UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

NINA ROSA DE OLIVEIRA MARTINS

DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA NA POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF/LAPA - RJ

Rio de Janeiro
2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

NINA ROSA DE OLIVEIRA MARTINS

DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA NA POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF/LAPA-RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientadora Profª Drª Claudia Leite Moraes

Rio de Janeiro
2007

NINA ROSA DE OLIVEIRA MARTINS

DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA NA POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF/LAPA - RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientadora Profª Drª Claudia Leite Moraes

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª Drª Claudia Leite Moraes
Universidade Estácio de Sá

_____
Profª Drª Valéria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

_____
Profª Drª Pauline Lorena Kale
Universidade Federal do Rio de Janeiro

À minha mãe, meus irmãos, aos meus filhos Fábio, pelo incentivo e motivação e ao Igor, pelo apoio e valiosa ajuda na parte de computação e reprodução de documentos, e acima de tudo, a Deus por ter caminhado até aqui.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra.Claudia Leite Moraes pela transmissão de ensinamentos tão importantes nesta caminhada.

À Dra. Anna Tereza Soares de Moura, pela orientação e ajuda na confecção e análise do banco de dados.

Ao Fábio e Fabrícia, pela disponibilidade e presteza na tradução do resumo do texto, mesmo estando do outro lado do Oceano.

Aos alunos Hélio Pincano G. Prado, Joice Duarte dos Santos, Luciana Klein V.M. dos Santos, Milena Cordeiro Afradique e Patrícia Aguiar Nogueira, com carinho e agradecimento especial pelo compromisso e dedicação na coleta dos dados.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, Rosalinda, Vera Lúcia, Catarina, Isis, Elizete como também a toda a equipe de profissionais do PSF-Lapa pela disponibilidade e atenção dispensados durante a pesquisa.

À Assistente Administrativa Aline Luna, pela atenção e tolerância para com os mestrandos quanto às informações tão necessárias para o bom andamento dos trabalhos do curso.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sócio-demográfico e de saúde da amostra estudada 73

Tabela 2: Freqüência de utilização do PSF – Lapa 75

Tabela 3: Prevalência de maus-tratos contra a criança na clientela adscrita ao PSF-Lapa, julho a outubro de 2006 76

Tabela 4: Distribuição dos casos positivos de maus-tratos contra a criança segundo o perpetrador na clientela adscrita ao PSF-Lapa, julho a outubro de 2006 77

Tabela 5: Distribuição dos casos positivos de maus-tratos contra a criança de acordo com o número de perpetradores na clientela adscrita ao PSF-Lapa, julho a outubro de 2006 78

Tabela 6: Proporção de itens perpetrados mais de uma vez em cada uma das escalas 79

Tabela 7: Prevalência de violência física grave e violência física total contra a criança nos diferentes subgrupos de clientela 80

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

UNESA – Universidade Estácio de Sá

PSF – Programa Saúde da Família

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

OMS – Organização Mundial da Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

CT – Conselho Tutelar

FNCMT – Ficha de Notificação Compulsória de Maus Tratos

SES – Secretaria Estadual de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Serviço Único de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde

WHO – World Health Organization

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ABRAPIA – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e a Adolescência

CONANDA – Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente

FIA – Fundação da Infância e Adolescência

SUMÁRIO

PARTE I: INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

1	**INTRODUÇÃO**	**14**
1.1	VIOLÊNCIA E SAÚDE	14
1.2	TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA	17
1.3	O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE DE SUAS VÍTIMAS	19
1.4	A IMPORTÂNCIA DA VIOLÊNCIA FAMILIAR NO ÂMBITO DAS VIOLÊNCIAS EM GERAL	21
1.5	VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇA	25
1.5.1	**Marcos históricos e conceituais**	**25**
1.5.2	**A magnitude do problema no mundo e no Brasil**	**29**
1.5.3	**Fatores de risco para a violência contra a criança**	**32**
1.5.4	**Conseqüências da violência contra a criança**	**34**
1.5.5	**Ações para o enfrentamento da violência contra a criança no Brasil**	**36**
1.6	ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA FAMILIAR NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	40
2	**JUSTIFICATIVA**	**44**
3	**OBJETIVOS**	**47**
3.1	OBJETIVO GERAL	47
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47

PARTE II: ARTIGO CIENTÍFICO

4	**ARTIGO DA DISSERTAÇÃO: PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA EM FAMÍLIAS RESIDENTES NO CENTRO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO – UM INQUÉRITO POPULACIONAL**	**48**
4.1	RESUMO	48
4.2	ABSTRACT	50
4.3	INTRODUÇÃO	52
4.4	PROCEDIMENTOS E MÉTODOS	54
4.4.1	**Cenário do estudo**	**54**
4.4.2	**Desenho de estudo, tamanho amostral e seleção dos participantes**	**55**
4.4.3	**Trabalho de campo**	**55**
4.4.4	**Instrumentos de coleta de dados**	**55**
4.4.5	**Variáveis estudadas**	**56**
4.4.6	**Análise de dados**	**57**
4.5	RESULTADOS	58
4.6	DISCUSSÃO	61
	REFERÊNCIAS DO ARTIGO	71

PARTE III: CONSIDERAÇÕES FINAIS

5	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**82**
	REFERÊNCIAS	**84**
	ANEXOS	**88**

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é um dos subprojetos do projeto "Avaliação da Estratégia da Saúde da Família em dois Municípios da área metropolitana do Rio de Janeiro" da Universidade Estácio de Sá – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (UNESA), financiado através do Edital 37/2004 do CNPq, coordenado por Hesio de Albuquerque Cordeiro. O projeto da UNESA visa avaliar o processo de implantação da Estratégia da Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro através de diversos subprojetos que abordam tanto as ações específicas praticadas pelo Programa Saúde da Família (PSF), quanto às relações existentes entre suas unidades e outras unidades da rede pública. Os temas abordados no projeto da UNESA não costumam constituir o núcleo das avaliações em curso no PSF, contribuindo de forma original e complementar a estas, com vistas ao aprimoramento do Programa. Todos os subprojetos do projeto principal pretendem identificar facilidades e limitações da Estratégia Saúde da Família na abordagem de alguns temas presentes no dia-a-dia das equipes, dentre os quais a violência familiar contra a criança, objeto central deste subprojeto.

A importância que vem sendo dada ao fenômeno da violência é evidenciada não só na imprensa e no restante da sociedade civil, como também no meio acadêmico. Nos Estados Unidos observa-se um destaque maior a essa questão em conseqüência das estatísticas alarmantes encontradas neste país ao longo dos últimos anos (STRAUS & GELLES, 1995). Porém, o impacto causado pela violência pode ser visto de várias formas em diversas partes do mundo. No Brasil, mais recentemente, também vem sendo observado um interesse maior de diversas instituições em enfrentar esse problema pelo impacto que provoca na vida das pessoas, causando seqüelas graves na saúde física e psicológica da população.

O tema acompanha a trajetória humana desde tempos imemoriais. Inumeráveis são as formas pelas quais se expressa, adaptando-se as especificidades culturais e às possibilidades de cada momento histórico. Desta forma, o conhecimento que hoje se possui a respeito da

violência ainda está em processo de construção em função da amplitude e da complexidade do fenômeno.

Portanto, definir a violência é tarefa complexa. Trata-se de tema de conceituação controversa e polissêmica, de modo geral relacionada aos atos que têm potencial de ocasionar danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais, com profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas das sociedades.

O tema vem sendo tratado como uma questão de saúde pública, particularmente após a sistematização do conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal, engloba não só as questões médicas e biomédicas, mas também às relativas aos estilos de vida e aos condicionantes familiares, ambientais e sociais. A partir da década de 80 o fenômeno vem sendo alvo de um debate cada vez maior no campo da saúde que se incorpora às demais áreas que enfrentam o problema, utilizando os instrumentos que lhe são próprios, tais como, estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, assim como das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação das famílias em situação de violência.

A prevenção e a detecção precoce da violência contra crianças se constituem em grandes desafios atualmente, sendo colocadas para todos os segmentos do governo e da sociedade civil devido, principalmente, ao significativo aumento de sua importância na morbimortalidade deste grupo etário. Tal mobilização visa, em especial, fortalecer e potencializar as ações realizadas pelos serviços de saúde através do envolvimento de profissionais de diferentes áreas de atuação na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema. Para tanto, é fundamental a sensibilização e a capacitação das diferentes categorias profissionais que atendam às pessoas em situações de violência.

Entretanto, o modelo assistencial predominante no país, caracterizado pela prática "hospitalocêntrica", não se mostra adequado ao enfrentamento desta e de outras questões

relacionadas à saúde contemporânea. Com base nesse contexto e visando a reorientação do modelo assistencial vigente, o Ministério da Saúde assume, a partir de 1994, como resposta intencional a essa conjuntura, a implantação do Programa Saúde da Família – PSF. A estratégia do PSF prioriza a atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial visando atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua.

Tendo como um de seus pressupostos fundamentais, a vigilância em saúde, a estratégia do PSF pode contribuir decisivamente para o enfrentamento da violência familiar nos serviços de saúde. Através de ações que facilitam a integração e estreitam as relações entre o serviço de saúde e a comunidade, o Programa tem grande potencial para identificar famílias de risco e detectar precocemente o problema, o que permite uma avaliação mais consistente da extensão do mesmo com vista à elaboração de ações mais efetivas para o seu enfrentamento. Apesar disto, as equipes de PSF apontam que a tarefa não é simples em função de várias questões: segurança do profissional, falta de treinamento das equipes para a abordagem do problema, ausência de comunicação com os conselhos tutelares (dificultando as possibilidades de referência e contra-referência), entre outros. Tais problemas fazem com que não se tenha ainda, uma idéia nítida da relevância do problema nas populações adscritas, prejudicando uma abordagem sistematizada da questão.

Considerando que estimar a magnitude do fenômeno é o primeiro passo para um planejamento de ações que sejam efetivas para a abordagem das famílias em situação de violência, esta pesquisa teve como objetivo estimar a prevalência da violência familiar contra a criança no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), no bairro da Lapa – RJ.

A dissertação está organizada em três partes. A primeira parte compreende três seções, a saber, introdução, justificativa e objetivos. Na segunda parte, encontra-se o artigo originado do trabalho de pesquisa e na última estão dispostas algumas considerações finais e referências bibliográficas.

A primeira seção da parte I, refere-se à introdução, com a apresentação de alguns marcos conceituais e questões relacionadas à temática da violência familiar contra a criança como um "pano de fundo" para discussão do estudo. Na primeira seção da introdução (seção 1.1), são abordados alguns aspectos sobre violência no âmbito da saúde, tendo como base o modelo ecológico. São mencionados os principais fatores de risco relacionados ao tema e sua implicação nos agravos que acometem a saúde da população e da sociedade em geral. A seção 1.2 contempla uma breve classificação das diferentes categorias de violência. O impacto da violência na saúde de suas vítimas e a sua dimensão no quadro dos problemas sociais são dispostos na seção 1.3. A seção 1.4 procura definir a relevância da violência familiar no contexto das violências em geral e avaliar sua magnitude e conseqüências. Na seção 1.5, é abordada a violência familiar contra a criança com uma breve classificação sobre os tipos de maus-tratos, principais fatores de risco e conseqüências da violência na saúde e desenvolvimento da criança. O serviço de saúde enquanto *lócus* privilegiado para o enfrentamento da violência contra a criança assim como algumas particularidades da abordagem da violência familiar no Programa Saúde da Família (PSF), é discutido na seção 1.6.

Na segunda seção do documento, aponta-se como justificativa do estudo a necessidade de se avaliar a prevalência da violência familiar contra a criança na população adscrita ao PSF-Lapa. Por se tratar de uma comunidade, caracterizada por condições predisponentes às relações familiares violentas, objetiva-se o desenvolvimento de um atendimento estruturado para enfocar esse problema. Na terceira seção, são detalhados os objetivos geral e específicos da pesquisa.

Na segunda parte do documento, encontra-se o artigo gerado do trabalho de pesquisa e está dividido em seis seções. A primeira e a segunda compreendem respectivamente, o resumo e sua versão em inglês. Na introdução, abordada na seção 4.3, são retomadas questões

importantes relacionadas à violência familiar contra a criança como um “pano de fundo” para discussão de possíveis formas de atuação junto as equipes do PSF-Lapa. A seção 4.4, descreve os procedimentos e os métodos utilizados para o alcance dos objetivos. Os resultados, que compreendem as prevalências das diferentes formas de violência encontradas entre as famílias entrevistadas, são descritos na quinta seção. A última seção (4.6), referente à discussão, aponta para a necessidade de revelar os resultados encontrados ao PSF-Lapa, no sentido de buscar, através de estratégias de sensibilização e acolhimento voltados para a clientela envolvida com a violência, conforme suas necessidades, a integração de ações instituídas por sua equipe de saúde que possa desenvolver uma abordagem ampla da violência familiar na infância. Na terceira parte, são apresentadas, na quinta seção, algumas considerações finais, seguidas pelas referências bibliográficas utilizadas ao longo da pesquisa, apresentados na sexta seção e ao final estão os anexos referentes aos instrumentos utilizados nesta pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

1.1 VIOLÊNCIA E SAÚDE

O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência por seu legado de destruição em massa, de violência imposta. É um legado que se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. Muitos dos que convivem com a violência diária assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser modificadas (OMS, 2002).

Um dos problemas enfrentados pelos que pesquisam sobre o tema é a sua etiologia pluricausal. Trata-se de um fenômeno eminentemente social, ela nasceu com a sociedade. Todos os mitos originários conhecidos da humanidade, em alguma medida, falam da luta fratricida como elemento constitutivo das organizações sociais. A história de Caim e Abel na Bíblia é exemplo de como é quase impossível falar de qualquer trajetória humana sem reconhecer a convivência com o uso da força, da experiência de dominação e das tentativas de exclusão do outro.

A violência - termo de origem latina - vem da palavra *vis* que significa força e se refere à idéia de constrangimento, de superioridade física sobre o outro, a conflito de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. No entanto, se é simples dizer que a violência se enraíza nos fundamentos das relações sociais, é muito difícil determinar suas causas e emitir um juízo de valor sobre seu sentido. Portanto, trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade (MINAYO, 2005).

Em 1966, a questão da violência foi reconhecida mundialmente como um importante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo pela 49ª Assembléia Mundial de Saúde (OMS, 2002). Ressaltaram-se suas importantes conseqüências para indivíduos, famílias, comunidades e países, tanto no curto como no longo prazo e seus prejuízos para o desenvolvimento. Nessa ocasião a Organização Mundial de Saúde definiu violência como: "*o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".* (OMS, 2002). Esta definição associa intencionalidade com a prática do ato violento, independentemente do resultado produzido.

Elaboradas teorias científicas contemporâneas (sociais, jurídicas, biológicas, psicológicas entre outras) que procuram definir as causas da violência, associam-se, porque nenhuma consegue, isoladamente, explicar o fenômeno. O Relatório da OMS, propõe um modelo ecológico para explicação das "raízes da violência", identificando-a como o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais para a compreensão da natureza multifacetada da violência (OMS, 2002).

A abordagem ecológica desenvolvida por Bronfenbrenner (1977, 1989, 1996) aborda os estudos da pessoa em suas diferentes fases de desenvolvimento ao longo da vida, também de forma contextualizada, visando apreender a realidade de forma abrangente, tal como é vivida e percebida pelo ser humano no contexto em que habita, indicando que a violência pode ser causada por diferentes fatores em diferentes estágios da vida. O ambiente ecológico de desenvolvimento humano, segundo este autor, não se limita apenas a um ambiente único e imediato, e deve ser "*concebido topológicamente como uma organização de estruturas concêntricas, cada uma contida na seguinte*" Esse conjunto de estruturas que no dizer do autor parece lembrar um jogo de bonecas russas encaixadas uma dentro da outra, interferem

mutuamente entre si e afetam conjuntamente o desenvolvimento da pessoa. Cada uma das estruturas é chamada pelo autor de micro-, meso-, exo- e macrossistema (BRONFENBRENNER, 1996).

O modelo ecológico da OMS acima citado, e adotado ao longo desta pesquisa, enfatiza que o entendimento e a compreensão da forma como os diferentes fatores da violência estão interrelacionados, facilita na abordagem da saúde pública no sentido de evitar a violência (OMS, 2002).

Este modelo analisa as raízes da violência numa perspectiva ecológica, considerando-a como o resultado de vários níveis de influência sobre o comportamento humano. Relaciona fatores ligados ao indivíduo, às relações que ele desenvolve, à comunidade onde vive e à sociedade em geral que atuam de forma conjunta no aparecimento de situações de violência.

Nesta proposta, é importante enfatizar o sentido dinâmico da produção da violência, onde são evidenciadas a retroalimentação entre os fatores e a reflexividade dos fenômenos. Por isso, a teoria e metodologia propostas no modelo ecológico englobam os aspectos biológico, subjetivo e social. Isso significa que para se conseguir dimensionar e compreender a etiologia e o impacto da violência sobre a saúde são imprescindíveis estudos interdisciplinares.

Até bem pouco tempo, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como um expectador, um contador de eventos, um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais, considerados externos a ele, tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais, provocadas por catástrofes, guerras, genocídios e terror político (MS, 2005).

Essa visão começa a mudar a partir da década de 1960, quando a pediatria americana passa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada "*síndrome do bebê espancado*", situando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Uma década depois, vários países haviam criado, dentro dos setores sociais e de saúde, programas

preventivos e assistenciais voltados para o enfrentamento da violência familiar, tornando público e passível de intervenção um problema até então tratado como de foro íntimo (OMS, 2002).

O movimento feminista na década de 1970 contribuiu com seus pressupostos teóricos e métodos de trabalho em mudanças essenciais na abordagem da violência fundamentada no gênero, passando a fazer parte da agenda dos serviços de saúde pública em vários países. Essa conquista política, propiciou a elaboração de muitas pesquisas e redundou na criação de estratégias de diagnósticos e de prevenção na atenção às mulheres (SOARES, 1999).

No Brasil, considerando a definição do documento intitulado "*Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*", o Ministério da Saúde (2001), assim a conceitua: "*a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, classes, nações, ou omissões, que ocasionam a morte de seres humanos, ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual*". Nesse sentido, a violência apresenta profundas raízes nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dialética entre vítimas e agressores, e entre os aspectos coletivos, objetivos e subjetivos.

1.2 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

A tipologia proposta pelo documento "*O Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*" (MS, 2005) para classificação da violência, acompanha o Relatório Mundial da OMS (2002) que categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas, em violência dirigida contra si-mesmo (auto-infligida), violência interpessoal e violência coletiva.

Por violências auto-infligidas são caracterizados os comportamentos suicidas e os auto-abusos. No primeiro caso referem-se ao suicídio, ideação suicida, e tentativas de suicídio. O auto-abuso nomeia as agressões a si próprio e as automutilações.

As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário. A violência familiar ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente neste. Inclui várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra idosos. A violência familiar está relacionada, em geral, com a forma de comunicação entre as pessoas e, quando é detectado um tipo de abuso, com freqüência, ali pode existir, de forma rotineira, uma inter-relação que expressa várias formas de violência.

A violência comunitária é aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos, e se expressa através da violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataque sexuais e inclui a violência institucional que ocorre em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Por violências coletivas são entendidos os atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria, são incluídos os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político, além das guerras estão os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A violência coletiva contempla também ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação.

Na classificação criada pelo Relatório da OMS (2002), é acrescentado um tipo de violência denominada estrutural. Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser

quantificada, aparentemente sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos tipos de violência acima citados parece ter sua base na violência estrutural (OMS, 2002).

1.3 O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE DE SUAS VÍTIMAS

Algumas informações acerca do impacto da violência sobre a vida e a morte dos indivíduos ressaltam a dimensão desse tema no quadro dos problemas sociais. A Organização Mundial de Saúde identifica que 40 a 70% das mulheres assassinadas são vítimas de seus maridos ou companheiros e um a cada vinte idosos experimenta alguma forma de violência em seus lares. O documento revela ainda, outros números assustadores, mostrando que 545 crianças e jovens morrem de forma violenta a cada dia, representando mais de 20 mortes por hora (OMS, 2002).

O Brasil é um dos países onde a violência se tornou significativa pelo impacto que provoca no campo da saúde. Desde a década de 1980, o quadro de mortalidade geral apresenta as causas externas como fenômeno relevante, acompanhando o processo de urbanização. Em 1930, 2% das mortes se deviam à violência e a acidentes. Em 1980, esse percentual subia para 10,5%; em 1988, para 12,3%, e atualmente representa 15% do total dos óbitos (MS, 2005).

Cerca de 70% de todos os homicídios ocorreram, nos últimos 20 anos, nas faixas etárias de 10 a 39 anos, mais de 83% deles em jovens do sexo masculino, em sua maioria, pobres e vivendo nas periferias das grandes cidades (SOUZA *et al*., 2005). A importância dos homicídios no perfil epidemiológico brasileiro também se torna evidente ao se observar que segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, sua

ocorrência aumentou em 50,2% entre 1991 e 2000, enquanto que a população cresceu apenas 15,6% no mesmo período (MS, 2005).

Apesar de possuírem as mesmas determinações macrossociais, econômicas, políticas e culturais, existem singularidades na conjuntura e na dinâmica que gera a violência nas diversas regiões, estados e capitais brasileiras que não podem ser explicados de forma generalizada ou unicausal. Portanto, é necessário considerar diversidades e particularidades e características econômicas, políticas e culturais das regiões, estados e municípios no contexto das desigualdades sociais e do crime organizado e globalizado no Brasil. Entre os principais determinantes relacionados ao crescimento da violência em geral e dos homicídios em particular no Brasil, são apontados a perda do poder aquisitivo da população ao longo dos últimos 20 anos, deteriorando a qualidade e as condições de vida; as dificuldades de acesso a serviços públicos como hospital, escola e justiça e o crescimento do mercado ilegal de drogas e de organizações criminosas (MINAYO, 2003; MS, 2005).

Em geral, os homens morrem mais por causas externas do que as mulheres. No entanto, dependendo da faixa etária e da causa específica, podem ser constatadas especificidades entre os gêneros, apontando uma maior vitimização feminina em determinados casos. O impacto dessas mortes também pode ser analisado por meio de um indicador desenvolvido pela Epidemiologia relativo aos "*Anos Potenciais de Vidas Perdidos (APVP)*". Este estimador possibilita valorizar a importância da perda do potencial criativo e produtivo das mortes precoces levando em consideração os prejuízos na coletividade da perda do potencial econômico e social de um indivíduo. O fato de incidirem particularmente nos grupos de adolescentes e jovens do sexo masculino, os acidentes e violências são hoje responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos, quando se analisa o quadro geral dos óbitos, como nos aponta Reichenheim e Werneck (1994). No Brasil, esse indicador aumentou 30% entre 1981 e 1991, ao passo que todas as mortes pelas causas

biomédicas se encontram em queda. As internações por lesões devidas a armas de fogo são muito expressivas, tendo tido um crescimento de 95% do início para o final da década de 1990.

Apesar da magnitude da violência ser avaliada principalmente pelas estatísticas de mortalidade referentes às causas externas, é importante ressaltar que esta forma de abordagem desvenda a ponta de um grande *iceberg*, pois não contemplam a grande maioria dos casos não-fatais, que, a cada dia, assumem mais um lugar de destaque nos quadros de morbidade de mulheres, crianças, adolescentes e adultos jovens (REICHENHEIM *et al*., 1999).

1.4 A IMPORTÂNCIA DA VIOLÊNCIA FAMILIAR NO ÂMBITO DAS VIOLÊNCIAS EM GERAL

Apesar da necessidade de se conhecer o fenômeno a ser enfrentado, o processo de definição da violência familiar está longe de ser "concluído". As definições mais utilizadas são provenientes de órgãos oficiais, entre estas, o Ministério da Saúde que aponta, inicialmente, para questões referentes ao conceito da família, que se modifica segundo contextos sociais, culturais e históricos. Enfatiza a importância do papel da família baseada em poucos indivíduos e adscrita à convivência nos limites do espaço doméstico compartilhado, que vem substituir as famílias extensas, baseadas em uma ampla rede de parentesco e que entrelaçava sua funcionalidade à da produção rural e comércio de mercadorias. Atualmente, existem várias formas de organização familiar – as famílias monoparentais, as reconstruídas, as uniões estáveis, os casais do mesmo sexo e as famílias tradicionais. Sendo assim, uma criança pode ter um pai biológico e pais sociais (que se integram ao grupo familiar, assumindo papéis paternos) (BRASIL, 2002).

Tendo como base as definições de violência familiar da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde (MS) define a violência familiar como sendo "*toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra*" (MS, 2002).

Este conceito sobre violência familiar referido pelo MS, não se reduz apenas ao espaço físico onde ocorre a violência, considerando também, as relações entre seus membros. Este termo engloba a violência entre o casal, entre pais e filhos, entre irmãos e outras relações, dependendo da estrutura familiar. Entretanto, a violência doméstica distinguiu-se da violência familiar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam, em geral, de forma esporádica no ambiente doméstico (SOARES, 1999).

A violência familiar, só foi reconhecida como um problema social por profissionais e pela sociedade em geral há poucos anos. Sua importância é decorrente da grande magnitude nos últimos anos, principalmente nos Estados Unidos. As grandes transformações vivenciadas por esta Nação em relação à violência familiar nas duas últimas décadas, decorrentes das pressões e da ação criativa do feminismo, resultaram em dois modelos teóricos: a) a perspectiva feminista – que define o problema como "violência contra a mulher", causada pelo desejo masculino de exercer poder e controle sobre as mulheres; b) a perspectiva não feminista ou da "violência doméstica ou violência familiar – que abrange o conjunto de ações violentas ocorridas no mundo privado. Na prática, estes modelos se confundem, se articulam e são intercambiáveis (SOARES, 1999).

A vitimização da mulher no espaço conjugal, em especial, foi um dos maiores alvos de atuação do movimento feminista no sentido de desnaturalizar os abusos, os maus-tratos e as

expressões de opressão, possibilitando formas de proteção às vítimas da violência, alocação de recursos para prevenção e o combate à violência doméstica. Dessa forma, problemas que permaneciam como segredos do âmbito privado, passaram a ter visibilidade social.

O modelo da violência doméstica ou violência familiar, modelo concorrente ao feminista, baseia-se na Teoria do Conflito que tem como pressuposto a idéia de que os desentendimentos nas relações humanas são inevitáveis, mas não o uso da agressão para resolvê-las (STRAUS, 1979). Segundo Soares (1999), é na família que se encontra o eixo que dá sentido a esta perspectiva. Neste modelo, a violência é vista como um fenômeno que atravessa todas as classes, onde os mais pobres são considerados mais vulneráveis do que os que estão em melhores condições. Para os adeptos do modelo familiar, todos os membros da família podem ser vítimas e perpetradores da violência.

Gelles e Straus (1995), em suas pesquisas, apontavam uma instância específica da violência endêmica da sociedade, onde o local de moradia representava um espaço tão ou mais perigoso do que a rua. Estes pesquisadores sugerem que a violência familiar endêmica seria resultante da combinação de diferentes fatores como o estresse a que estão submetidas as famílias no atual contexto econômico e social; a própria estrutura da vida em família (tempo de convivência, interesses comuns, entre outros); padrões sociais que utilizam a violência como forma de solução de conflitos; a socialização da criança feita através da punição pela força física, onde a violência seria gerada pela própria família e transmitida de geração em geração; dentre outros.

Os autores acima apontam ainda que o homem tem sido tradicionalmente considerado mais agressivo e violento do que a mulher, mas comparando-se os casais em que apenas o homem comete atos de violência e aqueles em que ambos o fazem, o padrão mais comum é o da violência recíproca (GELLES & STRAUS, 1995). Já para as feministas essas pesquisas

falhavam por considerarem apenas os episódios de violência sem revelarem as circunstâncias em que ocorreram os abusos (SOARES, 1999).

Se contrapondo à idéia de total reciprocidade da violência, pesquisas indicam que pelo menos dois milhões de mulheres sofrem agressão por seus companheiros a cada ano, e que 1 em cada 5 ataques contra as mulheres envolvem o uso de armas de fogo. As lesões dobram quando parceiros (e não "estranhos") estão envolvidos. Além disso, cerca de metade dos homicídios em que as mulheres são vítimas, foram cometidos por seus maridos ou namorados. Por outro lado, os homicídios cometidos por mulheres ou namoradas constituem apenas 3% dos casos de homicídio masculino (STRAUS *et al*., 1996).

No Brasil, a magnitude da violência familiar ainda não pode ser bem dimensionada, sendo um desafio para os pesquisadores da área estimar sua ocorrência, porém, há evidências crescentes de que o problema é significativo. Estudo recente aponta que a incidência de agressões físicas graves contra mulheres grávidas pode chegar a 16,5% (MORAES & REICHENHEIN, 2002).

A Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar realizada no ano de 1988 (IBGE, 1989), indica que 55% das mulheres vítimas de agressão na Região Sudeste do Brasil haviam sido vitimizadas em seus próprios lares, sendo que, em 62,2% dos casos, os agressores foram seus parentes ou conhecidos. No caso das crianças e adolescentes, a proporção foi ainda maior. Conforme o documento acima, 80% das agressões físicas foram perpetradas por esses agressores (MS, 2005).

1.5 A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA

1.5.1 Marcos Históricos e Conceituais

No Brasil, assim como em outras partes do mundo, em diferentes culturas e classes sociais, independentes de sexo ou etnia, crianças são vítimas cotidianas da violência doméstica, sendo este um fenômeno universal e endêmico.

Relatos de infanticídio, mutilação, abandono e outras formas de violência datam de antigas civilizações. Porém, como descrito anteriormente, a questão só recebeu atenção por parte dos profissionais da área médica e do público em geral em 1962 com a publicação de Kempe e colaboradores descrevendo a "*Síndrome da Criança Espancada*" onde as manifestações clínicas do abuso físico em crianças foram consideradas um grave problema para o desenvolvimento infantil (OMS, 2002). Já a preocupação com os possíveis efeitos psicológicos daí resultantes é mais recente (GARBARINO et al., 1987).

No Brasil, também foram os pediatras que trouxeram o tema da violência doméstica contra crianças para os serviços de saúde no sentido de prevenir problemas de crescimento e desenvolvimento, assim como problemas sociais (DESLANDES, 1994).

Atualmente, quatro décadas mais tarde, há uma clara evidência de que a violência contra a criança é um problema global, que está profundamente enraizado nas práticas culturais, econômicas e sociais dos diferentes povos. Neste contexto, qualquer abordagem global ao abuso, deve considerar os diferentes padrões e expectativas em relação ao comportamento parental em uma variedade de culturas em todo o mundo, já que a cultura, aqui entendida como fundo comum de crenças e comportamentos de uma sociedade e seus

conceitos de como as pessoas devem se conduzir, ajuda a definir os princípios normalmente aceitos na criação das crianças e cuidados com as mesmas (OMS, 2002).

No Brasil, mesmo antes do seu descobrimento oficial, a chegada das primeiras crianças foi marcada por situações de desproteção. Na condição de órfãs do Rei, como grumetes ou pagens, eram enviadas com a incumbência de casarem com os súditos da Coroa. Poucas mulheres vinham nas embarcações, e as crianças eram "obrigadas a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos". Por ocasião dos naufrágios comuns na época, eram deixadas de lado pelos adultos, entregues à fúria do mar (RAMOS, 1999).

A violência contra crianças no Brasil se apresenta através de diferentes formas. Dentre as muitas tentativas de definição do fenômeno, pode-se dizer que ela se apresenta de forma individual ou coletiva, interpessoal ou mediada por estruturas sociais. Fala-se de violências que incluem desde as que são decorrências históricas das políticas e modelos econômicos, produzindo exclusão e segregação social, trazendo conseqüências para uma cidadania precária, até as formas culturalmente arraigadas e banalizadas (BRASIL, 2001; OMS, 2002).

No Brasil, a consciência a respeito das expressões de violência contra crianças e adolescentes tem sido cada vez mais presente. As variadas situações de violência, atualmente denunciadas por movimentos sociais e políticos, incluem a ação de grupos de extermínio, o tráfico de drogas, os abusos e maus tratos, o abandono familiar, o exercício da sexualidade como meio de sobrevivência, a desnutrição, a miséria, entre outros. Dentre esse conjunto de situações desfavoráveis persistentes, a exploração do trabalho infanto-juvenil, apresenta-se como uma das formas de violência mais antiga e presente na sociedade capitalista. Ao entrarem no espaço fabril, jogadas às máquinas, permaneciam sob a supervisão de estranhos e eram forçadas a longas jornadas de trabalho sem intervalo, recebendo um pagamento inferior ao do adulto pelo seu trabalho (MYNAYO-GOMEZ *et al.*, 1997).

Dessa forma, a caracterização da violência contra a criança pode diferir substancialmente de acordo com os cenários onde ocorre. O termo violência familiar já traz, por si só, uma dificuldade na sua definição. Os modelos familiares se apresentam em constante movimento, atualmente sendo considerados como núcleos familiares, situações anteriormente não aceitas como tal.

A família, além de um espaço de afeto, é também um local de conflito e contradições. No contexto familiar, as relações construídas entre pais e filhos são baseadas em formas diferenciadas de proteção à infância, de castigo como instrumento pedagógico, de hierarquia familiar, de dominação do mais forte, possibilitando o surgimento de estresse e conflitos emocionais, principalmente na primeira infância (0 a 6 anos). Ao chegar à fase da adolescência, os confrontos tendem a se intensificar, configurando um cenário de luta por espaço e poder (BAUMAN & FRIEDMAN, 1998).

Sendo a infância uma fase da vida extremamente importante e delicada, requer grande investimento afetivo, de cuidados e de apoio social, que pode ser oferecido pela família, por outros grupos sociais e instituições. Tais suportes influenciam grandemente sua possibilidade de sobrevivência e de qualidade de vida. O desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao desenvolvimento infantil como elevada auto-estima, curiosidade, flexibilidade, bom humor, empatia, entre outras, são baseadas na exploração do meio ambiente e na interação com as pessoas com quem convive e se relaciona. Dessa forma, as crianças por serem dependentes de seus cuidadores no atendimento de suas necessidades básicas como alicerce para um desenvolvimento saudável, são vítimas em potencial de distúrbios familiares e seus conflitos, principalmente quando vivenciam situações de violência dentro de casa, resultando em impacto profundo na saúde da criança e comprometendo vários aspectos a ela relacionados (MOURA, 2005; DESLANDES, 1994).

Diversos pesquisadores da área têm contribuído na tentativa de encontrar uma definição teórico-operacional que possa caracterizar melhor o fenômeno da violência. Considerando as variáveis que o problema envolve, a definição proposta pela *American Medical Association* refere-se à violência doméstica como um padrão de comportamento coercitivo, que pode incluir lesão corporal, agressão psicológica, abuso sexual, isolamento social progressivo, privação e intimidação (KNAPP, 1998). Na visão de Emery (1989), a violência na infância, está relacionada com a natureza do ato, sua forma, intensidade, freqüência e o impacto sobre a vítima, que poderia ser físico ou não. Além dos transtornos causados à vítima, o autor considera algumas questões referentes ao agressor tais como sua intenção e responsabilidade sobre a criança, como também os padrões de condutas existentes em cada sociedade. Gough (1996) sugere que sejam consideradas duas características na definição de um ato perpetrado contra a criança como violento: o nível da lesão causada e o grau de responsabilidade do agressor sobre a vítima.

Como visto vários autores e instituições envolvidos na área da violência contra a criança têm envidado esforços no sentido de encontrar uma classificação homogênea para caracterizar os tipos de maus-tratos contra a criança, capaz de ser aceito em várias culturas, porém este é um processo ainda em construção. A proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a definição de maus tratos contra a criança vem sendo utilizada de forma bem abrangente. Em seu relatório de 2002, classifica a violência contra a criança em quatro categorias que não são excludentes, como descrito a seguir (OMS, 2002):

Abuso físico – atos de acometimento, por parte da pessoa responsável pelos cuidados com a criança, que causam real dano físico ou apresentam a possibilidade de um dano.

Abuso psicológico – falha de um responsável pelos cuidados com a criança em proporcionar um ambiente apropriado e de amparo, e inclui atos que têm um efeito adverso sobre a saúde e o desenvolvimento emocional de uma criança tais como: restrição dos

movimentos de uma criança, atos denigridores, exposição ao ridículo, ameaças e intimidações, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil.

Abuso sexual – envolvimento da criança em práticas sexuais que ela não é capaz de compreender, consentir, ou ainda não está suficientemente desenvolvida para consentir. O abuso sexual é evidenciado quando esta atividade entre a criança e um adulto, ou uma criança mais velha, ocorre em uma relação de poder, responsabilidade ou confiança e a atividade tem a intenção de satisfazer a outra pessoa.

Negligência – incapacidade dos pais em prover a criança, se os mesmos estiverem em uma posição apropriada, nas esferas da saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição e segurança.

No Brasil, a definição do conceito vem sendo alvo de reflexão já a algum tempo. Ampliando a tipologia proposta pela OMS, o Ministério da Saúde propõe que "*Maus tratos contra a criança constitui-se como todas as formas de agressão física e/ou psicológica, abuso sexual, negligência, exploração comercial ou outra forma de exploração que resulte em dano atual ou potencial à saúde da criança, à sua sobrevivência, seu desenvolvimento ou dignidade, que ocorra em um contexto de relacionamento de responsabilidade, poder e confiança*" (BRASIL, 2001).

1.5.2 A magnitude do problema no mundo e no Brasil

As estimativas globais de homicídios infantis sugerem que bebês e crianças muito jovens estão na faixa de grande risco, com índices para o grupo de crianças de 0 a 4 anos duas vezes maior que para o grupo de crianças de 5 a 14 anos, sendo a diferença ainda maior em certos países da África. O quadro deve ser ainda mais preocupante, já que parece consensual

que devido à classificação incorreta da causa da morte, há um grande sub-registro destas fatalidades (OMS, 2002).

Outra questão importante a ser novamente ressaltada é que as estimativas de mortalidade refletem apenas uma parte do problema. Os acidentes e as violências não fatais respondem pela parte menos visível e numericamente mais significativa. Sugere-se que para cada morte por traumas, ocorreriam 45 hospitalizações, 1.300 atendimentos de emergência e 2.600 casos dariam entrada em ambulatórios ou seriam tratados em casa (MS, 2005).

No Brasil, a magnitude do problema ainda não pode ser totalmente dimensionada já que não existem inquéritos populacionais suficientes, e as estatísticas disponíveis se baseiam, em sua maioria, em estudos que descrevem a clientela de Instituições que prestam algum tipo de atendimento às situações de violência ou naqueles que retratam o perfil dos casos que chegam ao conhecimento das instituições responsáveis pela vigilância dos maus-tratos infantis (DESLANDES, 1994).

Em análise das notificações feitas por profissionais de saúde no Rio de Janeiro e compiladas pela Secretaria Estadual de Saúde do mesmo Estado, por exemplo, este órgão divulgou que foram registrados 3.103 casos de maus-tratos no período de 2000 a 2002. Destes, a maioria foi por negligência e abandono, seguido pelas agressões físicas, abuso sexual e o abuso psicológico. Considerando-se os tipos de maus-tratos analisados, a mãe aparece como a principal agente da agressão (56,6%), exceto nos casos de abuso sexual em que figuram os desconhecidos (33,7%) e o pai (22,9%) como os principais responsáveis. Do total das notificações, 62,7% foram contra crianças de 0 a 9 anos, sendo 46,4% meninos e 53,6% meninas. Considerando apenas as crianças menores de 01 ano, houve um predomínio de registros de vítimas masculinas. Vale ressaltar que estes dados não têm representatividade em termos populacionais, já que retratam apenas os casos notificados. Estes têm,

possivelmente, características próprias que os diferem das demais situações de vitimização (OLIVEIRA, 2004).

Em estudo que investigou a história de violência na infância de 1.600 pessoas com 16 anos ou mais de idade em dez capitais das cinco regiões brasileiras em 1999, 14% dos entrevistados afirmavam ter apanhado quase todos os dias quando eram crianças. Cintos e varas foram os objetos escolhidos pelos agressores para perpetração dos maus-tratos. No extremo oposto, apenas 20% deles disseram nunca terem apanhado dos pais quando crianças (CÁRDIA, 1999). Os dados divergem entre as capitais e deixam antever hábitos culturais distintos: pessoas de Porto Velho, Goiânia e Salvador se sobressaem pela informação do uso mais regular de castigos corporais e de punição física na família. Os moradores dessas cidades são os que mais concordam com a afirmativa de que "os pais têm o direito de corrigir os filhos como bem entendem" (CENTEVILLE, 1997; GONÇALVES, 2003).

Em termos de mortalidade, observa-se que apesar das estatísticas de mortalidade para crianças menores de 1 ano por todas as causas de morte terem caído ao longo da década de 90 no país, o total de óbitos por causa violenta chama atenção. Levando-se em conta todo o período, ocorreram 12.897 óbitos em menores de 1 ano por acidentes e violências, resultando numa estatística para o Brasil de 3,5 mortes diárias por estas causas. Entre os principais fatores envolvidos é destacado o percentual de 67,7% de óbitos decorrentes de inalações; 24,3% que indicam riscos não especificados à respiração, 6,4% por afogamentos e 1,6% por sufocações e estrangulamentos acidentais na cama. A natureza acidental assumida pelos serviços de saúde no momento do atendimento destas crianças pode, algumas vezes, estar ocultando situações de maus-tratos e negligência (MS, 2005).

A relação entre o óbito infantil por este grupo de causas e o nível de saúde e qualidade de vida das populações é indicada pelo Ministério da Saúde. Segundo o mesmo, as capitais com maiores taxas de mortalidade de crianças por acidentes e violências são aquelas que

possuem o pior índice de desenvolvimento humano (IDH), especialmente quando se correlacionam longevidade e renda, como também os domicílios com maior percentual de pessoas abaixo de 15 anos e acima de 64 anos. Estas capitais apresentam as menores taxas de esperança de vida ao nascer, pior grau de urbanização, menor renda familiar per capita e média mais baixa de anos de estudo. Os critérios que caracterizam o IDH representam uma forma padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, especialmente o bem-estar infantil (MS, 2005).

1.5.3 Fatores de risco para a violência contra a criança

Existem diversas teorias desenvolvidas para explicar a ocorrência de abuso dentro das famílias, porém, o modelo referido pela OMS, apresentado na seção 1.1, tem sido o mais adotado por organizar os fatores de risco em níveis interacionais, resultantes da influência dos fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. O modelo ecológico foi introduzido pela primeira vez ao final da década de 1970, e inicialmente aplicado à violência contra a criança para, posteriormente, à violência juvenil. Quando aplicado à violência contra a criança e à negligência, considera as características individuais da criança e de sua família, as características da pessoa responsável pelos cuidados com a criança ou do perpetrador do abuso, a natureza da comunidade local, o ambiente social, econômico e cultural (OMS, 2002; BELSKY, 1993).

Entre os fatores do nível individual do modelo ecológico da OMS que apontam para uma maior vulnerabilidade ao abuso de qualquer tipo, depende em parte da idade da criança; quanto mais nova a criança, maior o risco de abuso físico e morte. As crianças pequenas além de serem fisicamente mais frágeis são mais suscetíveis às injúrias o que facilita o diagnóstico

e a notificação. Fatores como baixo peso ao nascer, pré-maturidade, ser portador de deficiências, ter retardo mental ou alterações no desenvolvimento, podem interferir na ligação e no vínculo parental, tornando-a mais vulnerável ao abuso (OMS, 2002).

O nível relacional explora as relações sociais mais próximas como a interação quase diária ou o convívio em uma casa com alguém que possa aumentar a oportunidade de confrontos violentos. Entre estes, figuram os pais solteiros e padrastos/madrastas; pais e mães adolescentes; gravidez indesejada; pouco espaço entre o nascimento dos filhos; a limitada escolaridade dos pais e o desemprego; depressão; ansiedade; comportamento anti-social; consumo de álcool e drogas; famílias numerosas que acabam por dividir recursos materiais e emocionais; pais que presenciaram, foram vítimas ou foram expostos a altos níveis de violência familiar na infância parecem estar mais propensos a serem abusadores como também, os cuidadores que não têm vínculo biológico parecem estar sob maior risco de abusar das crianças que cuidam.

O terceiro nível analisa os fatores comunitários como escolas, locais de trabalhos e vizinhança onde se destacam um alto nível de mobilidade residencial (em que as pessoas não ficam por muito tempo em uma mesma moradia e mudam-se muitas vezes); a heterogeneidade (população muito diversa com pouco "vínculo" social); problemas como tráfico de drogas, altos níveis de desemprego e isolamento social.

O quarto nível do modelo aponta os fatores sociais mais amplos que influenciam os índices de violência. Neste nível, reside o centro da perspectiva ecológica onde existe a suposição de que a sociedade dispõe-se a tolerar altos níveis de violência familiar, estabelecendo desta forma o palco para sua ocorrência. Fatores como a pobreza, escassez de recursos, falta de moradia, menor rede de apoio social, normas que apóiam conflitos políticos; normas que validam o uso abusivo da força pela polícia contra os cidadãos, acesso a armas de

fogo e políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos os níveis de desigualdade social (OMS, 2002; BELSKY, 1993).

1.5.4 Conseqüências da violência contra a criança

As conseqüências da violência contra a criança podem ser devastadoras, acarretando danos físicos, psicológicos, cognitivos e comportamentais, cabendo ressaltar que tais conseqüências afetam as famílias, comunidades e a sociedade em geral (GELLES, 1997). Alguns pesquisadores apontam que o problema afeta uma conjunção de fatores como o desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança. O vínculo afetivo entre o agressor e vítima, a representação do abuso para a criança e a duração do mesmo, a natureza da agressão, ou ainda, ações em curso para a prevenção de abusos futuros. (REICHENHEIM *et al*., 1999).

Os danos físicos podem variar de arranhões e machucados menores até incapacidades permanentes, como lesão cerebral e morte. Porém, na maioria das circunstâncias, as lesões são leves e podem passar por despercebidas. As conseqüências emocionais são de identificação difícil, podem variar de baixo senso de amor-próprio, dificuldades de relacionamento e comportamentos como agressividade, timidez, isolamento social até distúrbios psiquiátricos, como estados dissociativos. Os problemas cognitivos variam de distúrbios do aprendizado, déficit de atenção até formas graves de desordens cerebrais de origem orgânica. Os problemas comportamentais incluem dificuldades de relacionamento com outras pessoas, comportamentos violentos ou criminosos e suicídio (OMS, 2002; REICHENHEIM *et al.*, 1999).

As conseqüências da negligência são mais difíceis de serem caracterizadas e identificadas. Estas incluem atrasos no esquema de vacinação, hábitos higiênicos inadequados, assim como problemas na adesão aos tratamentos propostos pela equipe de saúde. Também é possível postular que crianças pouco supervisionadas e negligenciadas pela família tenham maior risco de serem vítimas de "acidentes domésticos" do que crianças não negligenciadas.

Nos abusos sexuais, relatos apontam que estes podem ocorrer sem que haja qualquer violência física ou vestígios corporais, sendo perpetrados repetidamente por alguém conhecido da família. Porém, em alguns casos, ocorrem conseqüências físicas imediatas, como lesões himenais, escoriações, laceração de períneo, em decorrência do abuso físico simultâneo (REICHENHEIM *et al.*, 1999). Também podem ser observados comportamentos sexuais impróprios como estimulação sexual freqüente e em público e contatos sexuais com outras crianças, maior risco de detenção por práticas criminosas (inclusive crimes sexuais) e de prostituição, quando adultos (GELLES, 1997).

A maioria das crianças que sofrem abuso não apresenta manifestações extremas. Algumas têm habilidades para enfrentar e lidar com seus problemas melhor que outras crianças maltratadas. Parecem existir diversos fatores que protegeriam tais crianças dos efeitos dos maus-tratos como o grau de inteligência, bom desempenho escolar, temperamento, relacionamento com uma pessoa especial e tipos de intervenção, inclusive permanência fora de casa. A interação entre atributos pessoais, o apoio recebido do sistema familiar e da comunidade, caracteriza a criança resiliente, ou seja, àquela que possui habilidade para suportar a adversidade, adaptar-se, recuperar-se e ter uma vida produtiva. É importante lembrar que a idade e o grau de desenvolvimento da criança no momento do abuso também parecem influenciar nos desfechos da experiência negativa. Entre crianças mais novas, algumas das maiores conseqüências são o baixo desempenho escolar e desatenção às regras

sociais. Em adolescentes e adultos jovens predominam as manifestações de agressão física, comportamento anti-social e delinqüência juvenil. Evidências indicam que maus-tratos aumentam o risco de problemas com álcool e drogas (OMS, 2002).

Nas duas últimas décadas, alguns autores têm enfatizado que as crianças que vivem, sofrem ou testemunham a violência entre seus pais e cuidadores experimentam uma série de sensações negativas que podem resultar em distúrbios de conduta, baixo rendimento escolar, agressividade, baixa auto-estima, transtorno no sono e doenças somáticas crônicas, entre outras. Pesquisas apontam que, as conseqüências emocionais da convivência das crianças em situações de grande conflito podem ser até piores do que quando são elas mesmas o alvo da violência. A percepção de que vivem em famílias sem limites, conflituosas e perigosas direcionam a culpa para si mesmas, para minimizar a sensação de desamparo decorrente da violência (MOURA, 2005; OMS, 2002; REICHENHEIM *et al*., 1999).

1.5.5 Ações para o enfrentamento da violência contra a criança no Brasil

No Brasil, entre as leis e instituições existentes para o enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente, temos a Constituição Federal de 1988 onde no artigo 227 apregoa que, "*é dever da Família, da Sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão*" (BRASIL, 1990).

Neste contexto, e, alicerçado pela Constituição Federal, é promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) através da Lei nº 8.069, de 13.07.1990, que define a

obrigatoriedade da comunicação em casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança e o adolescente às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar (CT). Ainda com base na mesma lei do ECA, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, política nacional ancorada em seis diretrizes atuantes em cada estado da federação, com a finalidde de deliberar e controlar a política de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, como também, fiscalizar as ações de execução previstas no ECA, no nível federal (BRASIL, 2005). Instituído pela Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991, atualmente está vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos, órgão da Presidência da República.

Além de instituições governamentais, outros órgãos acompanharam esta mobilização de forma ativa como a ABRAPIA – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e a Adolescência, criada em dezembro de 1988 e a FIA – Fundação da Infância e Adolescência (MOURA, 2005)

Os CTs tem como objetivo principal zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes dispostos no ECA (OLIVEIRA, 2004). Cada município deve ter o seu CT, composto por cinco membros que são escolhidos pela comunidade local, com mandato de três anos (BRASIL, 2002). O artigo 262 do ECA estabelece que "*enquanto não são instalados os Conselhos Tutelares, as atribuições a ele conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária*". Nesses casos as notificações devem ser encaminhadas ao Juizado da Infância e da Juventude, à Vara da Família, ao Ministério Público ou a qualquer outra autoridade judiciária existente na localidade onde reside a vítima (BRASIL, 2001).

Preconiza-se que a política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente seja elaborada de forma articulada através de ações governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Para atender a regulamentação proposta pelo ECA, as secretarias de saúde do estado e do município do Rio de Janeiro criaram um instrumento

capaz de acompanhar as ações desenvolvidas pelos CTs e para estimar a magnitude da violência contra a criança e o adolescente através da Ficha de Notificação Compulsória de Maus-tratos (FNCMT) (BRASIL, 2001).

A partir de 2001, o Ministério da Saúde tornou obrigatório para todas as instituições de saúde pública ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional a FNCMT e seu encaminhamento aos órgãos competentes, entre eles os CTs e os Ministérios Públicos, objetivando formar uma rede de informação e ação capazes de interromper o processo e prevenir sua recorrência (BRASIL, 2002ª).

A criação da ficha de notificação compulsória representa uma iniciativa importante ao incorporar um instrumento oficial à abordagem das situações de maus-tratos contra a criança e adolescentes menores de 18 anos, e deficientes físicos nas unidades de saúde. Além de prover informações que permitem traçar o perfil da situação e o atendimento do caso suspeito, a ficha pode resgatar o bem estar físico, social e emocional da criança, do adolescente e de sua família, promover a intersetorialidade na abordagem das vítimas, ao estabelecer parcerias tanto no setor saúde quanto com outras instituições, assim como ser um instrumento educativo para o profissional que lida com a abordagem da violência (BRASIL, 2002ª).

Porém, apesar da sua importância e do seu alcance, a notificação dos casos de violência familiar contra a criança ainda é um processo em construção devido a má qualidade das informações geradas. Além disso, questões relacionadas ao fluxo da ficha de notificação, que não é conhecido por grande parte dos profissionais da rede de saúde, e questões relativas à cobertura do sistema são alguns dos problemas que nos fazem crer que sua implementação ainda não corresponda ao desejado. Deste modo, apesar do reconhecido avanço, as informações ainda são bastante imprecisas dificultando estimativas mais robustas sobre a magnitude da violência contra a criança e o adolescente e para o desenvolvimento de políticas para o enfrentamento deste fenômeno (MOURA, 2005).

Em 2001, com apoio de pesquisadores e profissionais foi lançada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, propondo ampla articulação interna do setor saúde para o atendimento das vítimas, monitoramento das situações de risco, capacitação dos profissionais e para o apoio ao desenvolvimento de pesquisas sobre o tema (BRASIL, 2001).

Outra atuação de âmbito nacional tem sido a Campanha Nacional de Prevenção a Acidentes e Violências na Infância e Adolescência promovida, de forma contínua desde 1998, pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Essas iniciativas objetivam sensibilizar e informar a sociedade, a capacitar pediatras e demais profissionais de saúde que assistem crianças e adolescentes sobre a prevenção das causas externas (MOURA, 2005). Apesar da falta de integração entre os serviços e dos dados pouco consistentes, o que já se possui permite apontar tendências e propor ações. Os estudos epidemiológicos – apesar de ainda insipientes - permitem estimar a magnitude do fenômeno e monitorar seu comportamento.

Atualmente no Brasil, desenvolvem-se ações de proteção infantil e de prevenção de maus tratos semelhantes às que são produzidas há décadas nos países com maior grau de desenvolvimento econômico. Porém, o escopo de atuação ainda está localizado em cidades de maior urbanização. A abrangência ainda é restrita e voltada para pequena parcela da população de menor poder aquisitivo, o grau de sensibilidade e amadurecimento para o problema ainda é preliminar, a avaliação dos programas é praticamente inexistente e a consciência social sobre prevenção em nível familiar ainda é incipiente. Um outro grande impasse nacional é a severa lacuna de atuação em rede, sendo comum a ausência de integração entre as instituições e os serviços de atendimento (MS, 2005).

Contudo, há ainda um longo caminho a ser percorrido. No País, há uma lacuna significativa quanto ao foco da atenção, que ainda recai mais sobre a criança e menos sobre o núcleo familiar. A família costuma ser compreendida apenas como a mãe, mais presente

durante os atendimentos dos serviços de saúde (MS, 2005). Merece destaque a precariedade de serviços que se dedicam ao atendimento da unidade familiar como um todo e ao autor da agressão. Essa visão sistêmica permitiria uma atuação mais adequada frente aos problemas. A priorização de uma intervenção focalizada na atenção à família ainda é um ideal a ser conquistado, pois as limitações estruturais e econômicas, aliadas a uma cultura individualista, restringem o âmbito da intervenção a favor da criança e da mãe, quando é realizada (DESLANDES, 2003).

1.6 ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA FAMILIAR NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Através da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, em 1991, houve uma significativa redução das mortalidades infantis e maternas, principalmente nas áreas mais pobres das regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde. A partir do êxito alcançado pelo PACS, o Ministério da Saúde decidiu enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo, introduzindo a noção de cobertura por família.

A formulação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 pelo Ministério da Saúde visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através de serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (ROSA & LABATE, 2005).

Na abordagem do PSF a família é o foco principal e real da atenção considerada em sua identidade, possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, racionalidades,

intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. O ser e viver da família ultrapassa ao que corresponderia à soma das individualidades (RIBEIRO, 2004).

Esse movimento de "olhar a família" se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. Embora rotulado como programa, o PSF foge à concepção usual dos outros programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (ROSA & LABATE, 2005).

O Programa surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo contemporâneo e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde, pois não espera a população chegar para ser atendida, age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA & LABATE, 2005).

O fato de atuar como uma expansão da atenção primária à saúde, passou a incorporar práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis, suas ações exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas (VASCONCELOS, 1998). Dessa

forma, o PSF constitui a principal iniciativa voltada para a mudança de estratégia de atenção por se voltar para a reformulação das ações e serviços básicos de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o Programa tem como objetivo geral:

> "*contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, através de uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população* (BRASIL, 1997[a])."

Por se voltar para a reformulação das ações e serviços básicos de saúde, seu sucesso depende também de sua articulação com os níveis secundário e terciário de atenção. O principal mecanismo dessa articulação é o sistema de referência e contra-referência, que desempenha ao mesmo tempo, os papéis de sistema de informação e de encaminhamento de pacientes. Como tal é um instrumento chave para possibilitar a continuidade e a integralidade da atenção.

Os Programas de Saúde da Família têm papel fundamental na abordagem das situações de violência em suas diversas modalidades e peculiaridades, visto que as atividades realizadas tendem a estreitar as relações entre o serviço de saúde e a comunidade, facilitar a identificação de famílias de risco (adolescentes grávidas, famílias onde haja abuso de álcool e drogas ilícitas; etc.), possibilitar o levantamento das possíveis redes sociais de apoio disponíveis, e a permitir uma prática interdisciplinar consistente dos profissionais envolvidos com o atendimento. Apesar destas facilidades, a incorporação de ações de prevenção e assistência às vítimas da violência ainda representa um grande desafio para as equipes do PSF (DESLANDES, 1994).

Nesta perspectiva, as premissas, objetivos e formas de atenção propostas pelo PSF vão de encontro ao que especialistas da área de violência familiar vêm sugerindo como proposta para a abordagem do problema em serviços de saúde.

Segundo REICHENHEIM *et al.* (1999), as estratégias de ação para enfrentamento da violência familiar no setor saúde, podem ser desenvolvidas através de três etapas distintas. A

de prevenção primária que abarca atividades de educação continuada e supervisão rigorosa às rotinas dos serviços, para discussão de problemas e debate de possíveis soluções que possam garantir a identificação de casos e sua notificação, para que sejam tomadas as providências necessárias. Estas atividades devem envolver a discussão das atitudes e comportamentos das equipes frente aos conflitos familiares, a importância de a violência familiar tornar-se pública, as possíveis formas de manifestação da violência e suas principais características, informações sobre locais de atendimento às vítimas de violência familiar, e a importância da notificação.

As ações de detecção podem se desenvolver em dois momentos diferentes. O primeiro se refere às ações precoces de detecção cuja operacionalização envolve uma rede de captação formada por instâncias e atores particulares onde os fluxos de informação são de grande relevância, em especial os sistemas de notificação a partir de denúncias e eventos "sentinela", levantando a suspeita da situação de violência.

O segundo passo enfatiza a investigação desta suspeita que poderá ser ou não confirmada. Nesta etapa, as visitas domiciliares podem propiciar a formação de vínculos mais estreitos, favorecendo a troca de informações no acompanhamento da família, a busca de possíveis soluções que garantam a identificação e notificação de casos com a tomada de providências necessárias. Em caso positivo, o terceiro passo será a formulação de um plano de ação envolvendo os integrantes da família, os profissionais do serviço, e se possível, outras instituições de referência (REICHENHEIN *et al.,* 1999).

Tendo em vista as características do PSF, seu papel em cada uma destas etapas é evidente. Porém, a definição da melhor estratégia a ser implementada pelas equipes ainda é um processo em construção, necessariamente dinâmico e com muitas particularidades, dependendo, sobretudo, da importância do problema, tanto para os profissionais, como para a comunidade. Assim, a construção de propostas efetivas visando tanto à prevenção, como à

interrupção da situação existente e monitoramento de recaídas depende, dentre outras coisas, de um diagnóstico local acurado, de sua relevância e dos recursos disponíveis pelas famílias e comunidade que possam contribuir na tarefa de proteção à criança.

2 JUSTIFICATIVA

Como descrito nas linhas anteriores, a violência familiar contra a criança tem sido um tema cada vez mais presente como um dos problemas mais importantes a ser enfrentado em nosso país na atualidade. Tal relevância é fruto direto das estimativas iniciais do problema em nosso meio que sugerem sua grande magnitude, e das várias conseqüências nocivas para o crescimento e desenvolvimento das crianças vitimizadas e de toda a família.

Apesar dos serviços de saúde serem um *lócus* privilegiado para a identificação precoce de situações de violência contra a criança, já que muitas vezes são os espaços de revelação do problema, a detecção de casos nos serviços ainda deixa muito a desejar. A falta de especificidade de suas manifestações como: a pouca familiaridade dos profissionais da saúde com o fenômeno, permitindo que julgamentos individuais e preconceitos sociais dificultem a suspeição da situação, a falta de articulação entre os profissionais e a rede de proteção disponível, a precariedade de recursos nos serviços, o que muitas vezes limita o atendimento à uma prática "socorrista" que dificulta o questionamento das verdadeiras causas dos agravos são alguns dos fatores que parecem justificar essas dificuldades. Tal situação impede que se tenha uma idéia nítida da relevância do problema, o que dificulta seu enfrentamento.

Neste contexto, por terem como norte as práticas interdisciplinares de vigilância e promoção de saúde, prevenção e detecção precoce de agravos em populações adscritas, o Programa de Saúde Família surge como uma alternativa possível para uma melhor abordagem da questão da violência contra a criança. Contando com uma equipe multiprofissional, e com estratégias de busca ativa de famílias em situação de risco, é possível aumentar o vínculo com

a população, facilitando a suspeição e mesmo a revelação espontânea das situações de violência.

Porém, apesar destas facilidades, ainda não se têm políticas específicas dos PSFs para o enfrentamento da questão. Considerando que o primeiro passo para o planejamento de ações efetivas para a redução do problema é o seu correto dimensionamento, parece oportuno e relevante que sejam desenvolvidos inquéritos de saúde com este fim. Somente através de um diagnóstico local detalhado que propicie estimar a prevalência das várias formas de violência contra a criança, bem como as principais características das famílias que vivenciam o problema, será possível uma interlocução entre os membros da equipe de saúde e as demais instituições parceiras, visando um planejamento de ações integradas e, conseqüentemente mais efetivas, para a redução deste importante problema de saúde.

Atualmente no Brasil, desenvolvem-se ações de proteção infantil e de prevenção de maus tratos semelhantes às que são produzidas há décadas nos países com maior grau de desenvolvimento econômico. Porém, o escopo de atuação ainda está localizado em cidades de maior urbanização; a abrangência ainda é restrita e voltada para pequena parcela da população de menor poder aquisitivo; o grau de sensibilidade e amadurecimento para o problema ainda é preliminar; a avaliação dos programas é praticamente inexistente e a consciência social sobre prevenção em nível familiar ainda é incipiente. Um outro grande impasse nacional é a severa lacuna de atuação em rede, sendo comum a ausência de integração entre as instituições e os serviços de atendimento (MS, 2005)

Há ainda no País, uma lacuna significativa quanto ao foco da atenção, que ainda recai mais sobre a criança e menos sobre o núcleo familiar. A família costuma ser compreendida apenas como a mãe, mais presente durante os atendimentos dos serviços de saúde (MS, 2005). Merece destaque a precariedade de serviços que se dedicam ao atendimento da unidade familiar como um todo e ao autor da agressão. Essa visão sistêmica permitiria uma atuação

mais adequada frente aos problemas. A priorização de uma intervenção focalizada na atenção à família ainda é um ideal a ser conquistado, pois as limitações estruturais e econômicas, aliadas a uma cultura individualista, restringem o âmbito da intervenção a favor da criança e da mãe, quando é realizada (DESLANDES, 2003).

Desta forma, espera-se com este estudo estar contribuindo para o diagnóstico local da situação nas famílias adscritas ao PSF-LAPA, possibilitando a ampliação da discussão das formas de sua atuação frente ao problema. Além disto, diante da insuficiência de estudos populacionais sobre o tema em nosso meio, estimar a prevalência do problema, suas características, bem como as de seus principais atores estará contribuindo para a obtenção de um retrato mais fidedigno do fenômeno em populações de grandes centros urbanos do País.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência da violência física, violência psicológica e utilização de castigo corporal contra a criança entre as famílias cadastradas ao Programa Saúde da Família no bairro da Lapa. – Rio de Janeiro, no ano de 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência da violência física, violência psicológica e utilização de castigo corporal contra a criança menor de dez anos nas famílias que constituem a população adscrita ao PSF – Lapa;
- Identificar os principais perpetradores das diferentes formas de violência nesta população e o perfil de superposição destes atores de acordo com o tipo de violência sofrida pela criança;
- Avaliar a periodicidade das diferentes formas de violência praticadas.
- Estimar a magnitude da ocorrência de violência física nos diferentes subgrupos populacionais de acordo com as características sócio-demográficas e relativas à saúde das crianças e suas famílias cobertas pelo PSF-Lapa.

4 ARTIGO DA DISSERTAÇÃO

PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA EM FAMÍLIAS RESIDENTES NO CENTRO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: UM INQUÉRITO POPULACIONAL (PREVALENCE AND CHARACTERIZATION OF FAMILY VIOLENCE AGAINST CHILD IN FAMILIES RESIDENT IN DOWNTOWN OF RIO DE JANEIRO: A POPULATIONAL SURVEY)

4.1 RESUMO

Introdução: O artigo estima a prevalência de violência psicológica, utilização de castigo corporal e violência física contra a criança entre as famílias cadastradas ao Programa Saúde da Família em área urbana do município do Rio de Janeiro. Além de estimar a magnitude, o estudo identifica os principais perpetradores das várias formas de violência, a periodicidade e a distribuição das ocorrências em subgrupos populacionais classificados de acordo com as características sócio-demográficas e relativas à saúde das crianças e suas famílias. **Métodos:** Através de inquérito domiciliar, todas as famílias com crianças menores de 10 anos de idade (154) cadastradas no PSF-LAPA foram entrevistadas entre julho e novembro de 2006. As informações de interesse foram colhidas utilizando-se um questionário estruturado multidimensional, através de entrevistas face-a-face com as mães (ou principal responsável) e os indivíduos que permaneciam mais tempo com as crianças (cuidadores). Para caracterização da situação econômica das famílias, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2003). Para a identificação da violência familiar, utilizou-se o instrumento "*Conflict Tactic Scales: Parent-Child Version*" – CTSPC [1,2]. A criança foi considerada um caso de violência quando pelo menos um dos itens das respectivas escalas foi declarado positivo. Assumiu-se uma distribuição binomial para a estimação dos intervalos de

confiança. O teste *qui quadrado* foi utilizado para se avaliar as diferenças entre as prevalências nos diferentes estratos das variáveis de interesse. **Resultados:** A prevalência da violência familiar contra a criança foi alta, com a agressão psicológica ocorrendo em 93,6% dos lares. O castigo corporal foi referido por 84,6% das mães entrevistadas, a violência física de qualquer natureza foi declarada por 39,1% dos respondentes e a agressão física grave contra a criança por 9,0%. As mães mostraram-se mais agressivas do que os pais em todas as dimensões avaliadas. A maioria das crianças sofre situações de agressão psicológica e de castigo corporal de ambos os pais. A maior parte dos itens positivos de cada uma das escalas foi perpetrada mais de uma vez no ano anterior à pesquisa. Apesar de presente nos vários subgrupos populacionais, a violência física foi mais freqüente entre crianças com mais de seis anos, entre as que têm pai ou padrasto com escolaridade inferior ao segundo grau completo, cujos pais têm mais de 25 anos, nas que têm algum problema de saúde atual ou história de internação anterior; entre aquelas em famílias de baixa renda e nas que utilizam regularmente o PSF. **Conclusões:** Os Resultados encontrados reforçam a necessidade do estabelecimento da violência familiar como questão prioritária na atuação do PSF.

Palavras-chave: Violência familiar. Violência contra a criança. Prevalência. Inquérito populacional. Programa de Saúde da Família.

---

(1) Straus MA, Hamby SH, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. Child Abuse Neglect 1998; 22:249-270.

(2) Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento "Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC)" utilizado para identificar a violência contra a criança. Cad Saúde Pública 2003; 19:1701-1712.

4.2 ABSTRACT

Introduction: The article refences to the prevalence of psychological violence, corporal punishment and physical violence against children among families registered in the Health Family Program in the urban área of the Rio de Janeiro city. Besides evaluating magnitude, it identifies the main perpetrators of several forms of violence, the frequency and the distribution of the events in subgroups, which were classified in accordance with the features social-demographics and relative with the children and their family´s health.

Methods: Household survey including all families with children under ten years old (154) registered in the Health Family Program in the Lapa (PSF-Lapa) from July to November 2006. Information colected from a multidimensional questionnaire used to interview the mothers (or main responsible) face-to-face and the individuals that spend more time with the children (cuidador). The instrument "Conflict Tactic Scales: Parent Child Version" – CTSPC[1,2] was used for the identification of the family violence. The Criterion of Economic Classification of Brazil (ABEP, 2003) was used to range the economic situation of the families. A child was considered in a violence case when at least one of itens of the respective scales was declared positive. A binomial distribution was considered for the confidence interval. The test "X^2" was applied to evaluate the differents ranges of the resulted variable of interest.

Results The prevalence of the familiar violence against the child was high, with the psychological aggresion occurring in 93,6% of the homes. The corporal punishment was related by 84,6% of the interviewed mothers, the physical violence of any natures was declared by 39,1% of the respondents and serious psychological aggression by 9,0%. The mothers revealed to be more aggressive than the fathers in all evaluated dimensions but corporal punishment and psychological aggression against children come from both parents. The frequency of positive items in each scale happened more than once in the previously year

of the survey. Although the violence is presented in several subgroups of the population, the frequency of physical violence was higher between children older than 6 years, whose father or stepfather did not finished high school, with fathers older than 25 years, in children that have presented health problems in the year of the survey (or previous ones), presenting financial problems and frequent use of Health Family Program (PSF).

Conclusion: The results of the survey reinforce that family violence is a top priority subject to PSF scope of work.

Key words: Family violence. Child abuse. Prevalence. Populational survey. Family health program.

CTSPC References:

(1) Straus MA, Hamby SH, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. Child Abuse Neglect 1998; 22:249-270.

(2) Reichenheim ME, Moraes CL. Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC)", an instrument used to identify parental violence against children. Cad Saúde Pública 2003; 19(6):1701-1712.

4.3 INTRODUÇÃO

A violência familiar há muito vem sendo discutida no meio científico, despertando interesse em vários campos do conhecimento. Sua inserção na pauta de discussão no âmbito da saúde é, porém, mais recente. Aos primeiros casos descritos na década de 60, observou-se uma profusão de grupos de pesquisa interessados pelo problema, além de debates envolvendo setores governamentais e a sociedade civil articulada, principalmente nos Estados Unidos e alguns países da Europa. Atualmente, a violência familiar, em especial aquela direcionada à criança, está sendo considerada pela OMS como um grave problema de saúde pública a ser enfrentado em todo o mundo (OMS, 2002).

No Brasil, apesar do interesse no campo da saúde ser mais recente, o tema já vem sendo discutido de maneira integrada, resultando em alguns avanços. A promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e a criação do Sistema de Notificação de Maus-tratos contra a criança e o adolescente podem ser considerados como marcos históricos e diferenciados na ampliação do olhar sobre o tema (MS, 2001; 2002). Programas estaduais e municipais também vêm sendo criados e implementados no sentido de garantir a abordagem das vítimas e de suas famílias nos serviços de saúde, incluindo de maneira definitiva o problema na agenda da saúde (SOARES, 1999).

Apesar de toda esta mobilização e das recomendações explícitas quanto à abordagem dos casos nos serviços, surgem alguns questionamentos quanto à adequação do setor da saúde para este fim. Até que ponto, os serviços estariam adequadamente estruturados e seus profissionais sensibilizados e capacitados para dar conta desta nova demanda são interrogações ainda sem respostas claras. Enquanto que alguns serviços exibem iniciativas isoladas e genuinamente interessadas em abordar o problema de maneira diferenciada, atendendo pelo menos parcialmente às recomendações, em outros, porém, o cenário atual

ainda parece longe do necessário, resultando em uma abordagem fragmentada e pouco eficiente dos casos. (MOURA , 2005)

Neste contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) pode se apresentar como uma resposta para o preenchimento de algumas das lacunas identificadas. Este novo modelo de atenção à saúde pode surgir como cenário adequado na abordagem das situações de violência. Ao realizar ações que se aproximam do cotidiano dos usuários, favorece a identificação de seus problemas, permitindo maior visibilidade das necessidades existentes. Além disso, através de diálogo mais estreito com as famílias, as equipes podem conhecer suas reais dificuldades e desenvolver práticas interdisciplinares consistentes e comprometidas com seu atendimento (BRASIL, 1997[a]).

Apesar destas facilidades, a abordagem das situações de violência em PSFs ainda é um grande desafio. A escassez de literatura nacional que estime a magnitude do problema no âmbito populacional, a inexistência de protocolos de fácil implementação, visando à detecção precoce e o manejo das situações, e a falta de integração entre as equipes e as instituições de proteção à criança, são alguns dos fatores que dificultam a definição do problema como uma prioridade a ser enfrentada pelas equipes.

Visando ampliar o conhecimento sobre o tema em nosso meio e contribuir para um maior engajamento das equipes de PSF nas ações de proteção à criança, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de violência psicológica, da utilização de castigo corporal e violência física contra crianças pertencentes às famílias adscrita ao PSF-Lapa, localizado no centro da cidade do Rio de Janeiro. Alem de estimar a magnitude do problema, pretende-se avaliar os principais perpetradores das várias formas de violência, a concomitância dos mesmos, a periodicidade e a distribuição da violência física em subgrupos populacionais, classificados de acordo com características sócio-demográficas e relativas à saúde das

crianças e suas famílias. Além de permitir um diagnóstico populacional, o estudo pretende ampliar a discussão sobre possíveis formas de atuação de equipes de PSFs frente ao problema.

4.4 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

4.4.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado com a clientela adscrita ao *Programa Saúde da Família do bairro da Lapa* (PSF-Lapa) situado no centro da cidade do Rio de Janeiro e vinculado à 2ª Região Administrativa do município. O PSF-Lapa funciona em parceria com a Universidade Estácio de Sá (UNESA) e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, integrando a CAP-1 desde janeiro de 2001. Desde então, o projeto pedagógico da Faculdade de Medicina passou a ter o Programa Saúde da Família como modelo de atenção médica e eixo central do currículo.

No ano da pesquisa, existiam 1500 famílias cadastradas correspondendo a uma população adscrita em torno de 4.000 pessoas assistidas por equipe formada por 06 médicos, 02 enfermeiras e 05 agentes comunitários, conforme dados disponíveis no serviço, gerados em 13.01.2006. De forma diferenciada, a equipe desenvolve atividades de ensino para alunos de graduação em medicina e áreas correlatas, que participam ativamente da rotina de atendimento do serviço.

4.4.2 Desenho de estudo, tamanho amostral e seleção de participantes

Trata-se de um estudo transversal que abordou o censo das famílias cadastradas no PSF-Lapa que possuíam crianças menores de 10 anos de idade, num total de 155 famílias. Foram excluídas da pesquisa as famílias que mudaram de domicílio durante o período de

levantamento de dados (12). Nas famílias onde havia mais de uma criança na faixa etária estudada, realizou-se um sorteio para eleger a criança índice da pesquisa.

4.4.3 Trabalho de campo

A coleta de dados ocorreu no período de julho a novembro de 2006. As entrevistas foram realizadas no domicílio no período da manhã, tarde e noite, nos 07 dias da semana, com duração de aproximadamente 30 minutos, por uma das autoras (NROM) e cinco alunos do Programa de Iniciação Científica do curso de medicina da UNESA, previamente treinados.

As entrevistas foram realizadas com a mãe e com a pessoa que era identificada por ela como a principal cuidadora da criança em sua ausência em dois momentos distintos. As informações relativas às características da família e de seus membros foram coletadas na entrevista com as mães, que forneciam também às referentes à violência praticada pelas mesmas e seus companheiros. As informações relativas à violência praticada pelos cuidadores foram colhidas com os mesmo.

4.4.4 Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizado um questionário estruturado, multidimensional, baseado em revisão de literatura, contemplando características sócio-demográficas e de utilização dos serviços de saúde pela família. O primeiro módulo do questionário continha dados de identificação da criança e da família tais como: nome da criança, endereço, idade, sexo, grau de parentesco do respondente, ordem de nascimento, freqüência escolar, série, tempo de amamentação, peso e altura atuais, problemas de saúde e número de internações hospitalares; identificação da mãe, idade, cor, número de gestações, estado civil, coabitação, naturalidade, anos de estudo,

profissão, número de habitantes e situação do domicílio (número de cômodos, posse de utensílios domésticos), utilização dos serviços do PSF, além de itens para avaliação de hábitos de vida. Os dados do companheiro se referiram à idade, anos de estudo, naturalidade e itens sobre hábitos de vida.

Para identificar as situações de violência familiar vivenciada pela criança, utilizou-se, no segundo módulo, a versão em português do instrumento "*Conflict Tactic Scales: Parent-Child Version - CTSPC*" (STRAUS *et al*., 1998), previamente adaptada para uso no Brasil (REICHENHEIM & MORAES, 2002). O instrumento visa identificar as atitudes dos pais ou cuidadores diante de situações de conflitos com seus filhos. Seu módulo principal é composto por escalas que visam captar as estratégias de disciplinação utilizadas pelos responsáveis no trato com a criança, tais como: formas não violentas de disciplina (4 itens que abordam colocar de castigo, dialogar e retirar regalias); agressão psicológica (5 itens que envolvem atos como xingar, gritar, ameaçar, dentre outros) e violência física (13 itens que abarcam dar tapas ou beliscões, sacudir, chutar, queimar, bater com a mão ou com objetos duros, dentre outros). De acordo com a gravidade dos atos perpetrados, a última escala é ainda subdividida em três, separando os atos de punição corporal (6 itens), maus-tratos físicos menores (3 itens) e maus-tratos físicos graves (4 itens). Neste estudo não foi utilizado o módulo suplementar da *CTSPC* que aborda as táticas utilizadas para disciplina infantil na semana anterior à entrevista, situações de negligência e abuso sexual.

4.4.5 Variáveis estudadas

Os dados referentes à idade da criança foram categorizados em três níveis, a saber: menor de 2 anos, de 2 a 5 anos e de 6 a 9 anos. Também foram colhidas informações sobre a ordem de nascimento da criança na família, relato de algum problema de saúde no momento

da entrevista (morbidade referida) e ocorrência prévia de internação hospitalar. O grau de instrução dos responsáveis foi categorizado de acordo com a última série concluída. Com relação à variável naturalidade da mãe e seu companheiro, avaliou-se se estes eram nascidos no Rio de Janeiro ou em outros Estados.

No que se refere à situação conjugal, considerou-se casada àquelas que de fato possuíam esta condição e as que viviam maritalmente com seus companheiros. Para a classificação econômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) que permite estratificar a população em cinco classes econômicas (de A até E) com base nas respostas do entrevistado no que se refere à posse de bens e grau de instrução do chefe da família (ABEP, 2003).

A freqüência de utilização dos serviços de saúde foi obtida através do questionamento direto à respondente, após leitura das opções de resposta (clinica médica, pediatria, vacinação, nutrição, etc.). As demais variáveis estudadas por serem auto-explicativas são apresentadas nas tabelas da seção de Resultados.

4.4.6 Análise de Dados

Para a identificação das diferentes formas de violência, considerou-se um caso positivo quando o respondente afirmava ter praticado pelo menos um item das respectivas escalas nos doze meses anteriores à entrevista.

A distribuição das situações de violência de acordo com o tipo e o número de perpetradores (tabelas 4 e 5) considerou negativa para cada uma das situações aquelas em que a relação não havia sido investigada pela inexistência do perpetrador.

Assumiu-se uma distribuição binomial para a estimação dos intervalos de confiança. O teste *qui quadrado* foi utilizado para se avaliar as diferenças entre as prevalências nos

diferentes estratos das variáveis de interesse (ALTMAN, 1991). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando o p-valor foi igual ou inferior a 0,05 e limítrofes quando inferiores a 0,10 e superiores a 0,05. Os questionários foram codificados e digitados utilizando-se o programa Epi-Info versão 6.04 (DEAN *et al*., 1990). O processamento e a análise dos dados foram realizados em Stata 9.0 (GLEASON, 2000).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Estácio de Sá uma vez que respeitou os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e a resolução 196 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Aos participantes foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias para assinatura, antes da realização da entrevista.

4.5 RESULTADOS

Participaram do estudo 155 famílias e destas somente uma respondente se recusou a responder o módulo referente aos atos de violência praticados pelo companheiro. Como pode ser observado na tabela 1, a amostra estudada foi formada por crianças de ambos os sexos, com predomínio daquelas com idade entre 6 e 9 anos (média de idade de 4,7 anos (dp = 2,8)), já freqüentando escola ou outros serviços de cuidado. Cerca de 35% das mães relatou que a criança apresentava algum problema de saúde na data da entrevista e um terço das mesmas referiu já ter sido necessário internação hospitalar anterior. Com relação às características maternas, chama à atenção a baixa proporção de mães adolescentes, a grande parcela das maiores de 30 anos (média de idade de 32,3 anos (dp = 9,0)) e a alta proporção de mulheres que é natural de outros estados do Brasil. Ademais, percebe-se que a maioria das entrevistadas tinha mais de oito anos de estudo, estava casada ou morava com companheiro e não trabalhava fora no momento da entrevista. Seus companheiros têm perfis semelhantes, sendo

um pouco mais velhos, com escolaridade ligeiramente menor, e mais freqüentemente oriundos de outros estados. Com relação ao nível econômico, trata-se de uma população de baixa renda, já que cerca de 75% das famílias foram classificadas nas classes D ou E do CCEB. Praticamente todas as famílias (96%) utilizam os serviços oferecidos pelo PSF, sendo que a maioria já teve contato com diferentes profissionais da equipe (tabela 2).

Ao se considerar a prevalência das diferentes formas de violência (tabela 3), chama a atenção a grande parcela de crianças que foi submetida a atos de violência psicológica (insultos, ameaças, xingamentos, depreciações, etc.) tanto das mães, como de seus companheiros e/ou de outros cuidadores nos doze meses anteriores à entrevista. A alta prevalência das várias facetas da violência física também foi identificada. A utilização de castigos corporais como forma de disciplinação ainda é prática bastante freqüente entre as famílias entrevistadas, estando presente em cerca de 85% dos lares. Como apresentado, cerca de 40% das famílias praticam ou permitem que outros cuidadores pratiquem atos de violência física menor (tapas, beliscões, safanões, etc.) contra as crianças. Ao se considerar apenas os atos mais graves, a prevalência estimada é um pouco menor, mas ainda é bastante alta (9,0%). Observa-se que a mãe é a principal perpetradora das várias formas de violência, estando em posição semelhante ao companheiro apenas quando são considerados os atos graves. Percebe-se um nítido padrão decrescente de prevalências à medida que os atos perpetrados vão se tornando mais graves.

Conforme mostra as tabelas 4, 5 e 6, o perfil de ocorrência das diferentes formas de violência tem particularidades. Ao se observar os casos positivos de violência psicológica, percebe-se que a maioria das situações envolve tanto a mãe, como seu companheiro, sendo praticada também pelo cuidador em 10% dos lares. O mesmo perfil ocorre com relação aos atos de castigo corporal. Já ao se considerar as demais escalas de violência física, percebe-se que o padrão de violência é bastante diferente, não havendo este grau de concomitância de

perpetradores. Ao se considerar apenas os atos de violência física menor, a mãe se torna a principal perpetradora. Já ao considerar os atos de violência física grave, os companheiros e cuidadores passam a ter também um lugar de destaque na perpetração da violência. Como pode ser observado, a maior parte destas situações envolve apenas um perpetrador (mãe ou companheiro). Como visto na tabela 5, as crianças que sofrem violência psicológica e que são submetidas a castigos corporais raramente são vitimizadas por apenas um perpetrador. Já ao considerar às que são vítimas das demais formas de violência física, observa-se que o padrão é inverso, já que a maioria das situações envolve apenas um perpetrador. Percebe-se que as várias formas de violência doméstica não são praticadas ocasionalmente, já que a maior parte dos itens positivos de cada uma das escalas foi praticada mais de uma vez no ano anterior à entrevista (tabela 6).

As prevalências de agressão física grave e agressão física total contra crianças nos diferentes sub-grupos da clientela estudada estão expostas na tabela 7. Apesar da violência física estar presente em todos os subgrupos estudados, observa-se que sua prevalência não se distribui de forma homogênea nos diferentes estratos populacionais. Ao se considerar a violência física menor e grave conjuntamente (violência física total), observa-se que estas são mais freqüentes entre crianças com mais de seis anos e entre as que têm pai ou padrasto com escolaridade inferior ao segundo grau completo. A prevalência também é superior nas que têm algum problema de saúde atual ou história de internação anterior, entre aquelas cujos pais têm mais de 25 anos, em famílias de baixa renda e nas que utilizam regularmente o PSF, ainda que estas diferenças sejam consideradas limítrofes em termos de significância estatística *(p-valor* entre 0,06 e 0,10).

Ao se abordar apenas a forma grave de violência física, percebe-se que as diferenças entre as prevalências nos subgrupos são ainda mais marcantes. Como exposto na referida tabela, este tipo de violência não ocorreu entre os menores de dois anos, sendo cerca de cinco

vezes mais freqüente entre as crianças da faixa etária de 6 a 9 anos, quando comparadas às com idade entre 2 e 5 anos. As diferenças também são estatisticamente significativas entre os que apresentam ou não problemas de saúde; entre as que têm mães que não completaram o segundo grau *vis-a-vis* às demais, e entre os que têm ou não outros irmãos. Em todas estas situações a prevalência do problema ocorre de forma triplicada quando comparados aos que não apresentam a característica.

4.6 DISCUSSÃO

Tradicionalmente, o uso de algumas formas de agressão como gritos e palmadas vem sendo legalmente e culturalmente aceitos se constituindo em um instrumento bastante freqüente na educação dos filhos na sociedade brasileira. A utilização da agressão física como medida disciplinar tem sido parte integrante dos costumes pedagógicos transmitidos nas famílias de geração a geração. O limite entre disciplina e violência é difícil de ser estabelecido, dado que, geralmente, é definido pelos padrões comunitários de tolerância ao uso da agressão física contra crianças (OMS 2002; DAVOLI *et al*., 1996).

A diversidade de normas e padrões culturais existentes entre as sociedades e regiões de um mesmo país deve ser respeitada para que as situações de violência possam ser entendidas de acordo com o cenário onde ocorrem. Dessa forma, as estimativas da prevalência da violência familiar contra criança podem variar de acordo com a definição conceitual utilizada, as particularidades da população estudada e os métodos de avaliação empregados (GONÇALVES, 2003). Apesar destas fontes de heterogeneidade, no intuito de identificar semelhanças e diferenças, visando a sua compreensão, vale à pena comparar os achados deste estudo com os reportados em outros países e em outros cenários brasileiros.

Assim como em pesquisas realizadas em outras partes do mundo e regiões do Brasil, este estudo também identificou uma elevada prevalência de violência psicológica e física de

pais e/ou cuidadores contra suas crianças (NCCAPR – National Center on Child Abuse Prevention Research), 1992; OMS, 2002; MOURA, 2005; BRITO *et al*., 2005; RIBEIRO *et.al,* 2004; DESLANDES, 1994; ASSIS, 1994).

Ao se avaliar o perfil das agressões psicológicas, os achados do presente estudo também se assemelham aos reportados por outros autores no cenário internacional. Ao comparar os resultados aqui apresentados aos descritos em pesquisas realizadas em diferentes países, observa-se um padrão consistente no que se refere a maior prevalência de agressões psicológicas perpetradas pelas mães (OMS, 2002). Em pesquisas realizadas pelo *WorldSAFE – World Studies of Abuse in the Family Environment* (Estudos Mundiais do Abuso no Ambiente Familiar), a freqüência de "*berrar ou gritar com a criança"*, uma das formas mais comuns de agressão psicológica em diferentes partes do mundo, esteve presente em 85% das famílias norte americanas, 84% das chilenas, 82% na das Filipinas, 72% nas do Egito e 70% nas da Índia. Segundo a mesma pesquisa, outras formas de agressão psicológica, tais como, ameaça de abandono ou restrição ao domicílio, exposição ao ridículo, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil, também são práticas freqüentes no dia-a-dia da criança na maior parte dos países estudados (OMS, 2002).

A utilização do castigo corporal também se configura como uma prática bastante utilizada entre as famílias estudadas, estando presente em mais de 90% das relações entre mães e filhos. Na sociedade brasileira, a utilização da agressão física como medida disciplinar tem sido parte integrante dos costumes pedagógicos transmitidos nas famílias de geração a geração (DAVOLI *et al*., 1996). Considerando que a prática de atos de punição corporal mais leves possa ser um fator de risco para o aparecimento de maus tratos físicos mais graves e agressão psicológica, seria importante que estas famílias fossem alvo de ações específicas da equipe de saúde (STRAUS, 1998). A realização de atividades de educação e saúde, sejam através de contato individual dos agentes de saúde com as famílias, seja em grupos de

reflexão na unidade, poderia ser um bom canal para iniciar a reflexão conjunta equipe-famílias visando a redução do problema.

A discussão das conseqüências da violência familiar na saúde da criança, das práticas alternativas de educação infantil, o levantamento de recursos sociais de apoio em situações mais vulneráveis, dentre outros pontos, é uma estratégia que vem sendo utilizada em serviços de saúde, podendo se constituir ferramenta importante na redução da ocorrência destes atos e de abusos futuros. No âmbito do PSF, este enfoque é absolutamente pertinente, dada à abordagem integral, familiar e multiprofissional do Programa. Ademais, o vínculo dos profissionais da equipe, particularmente dos agentes de saúde com as famílias, é um facilitador importante na discussão de problemas desta complexidade que, na maior parte das vezes, não têm uma solução simples e objetiva, devendo ser buscada e negociada com toda a família.

Chama à atenção, a alta prevalência de violência física quando se considera os três possíveis perpetradores. Como apresentado na seção de Resultados, cerca de 35% das crianças estudadas são vítimas de atos desta natureza, principalmente praticados por suas mães. Assim como em outras pesquisas internacionais, as mães mostraram-se mais agressivas que o companheiro ou cuidador no trato com seus filhos nas situações que não envolviam atos considerados graves (OMS, 2002). No contexto brasileiro, em estudo realizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro que abrangeu os 3.103 casos de maus-tratos notificados no período de 2000 a 2002, a mãe também se constituiu a principal agente da agressão, sendo responsável por 56,6% dos atos quando se levou em conta as situações de violência psicológica, física e negligência (MS, 2005).

O papel da mãe como principal agressora da criança e os motivos que justificam tal constatação vêm sendo discutidos por diferentes autores. Alguns sugerem que este comportamento seja decorrente de uma maior oportunidade de prática dos atos violentos, por

estarem mais próximas fisicamente da criança, por lhes caber, culturalmente, o manejo das decisões cotidianas e a convivência doméstica (DESLANDES, 1994). Certos pesquisadores chegam a sugerir que uma vez igualado o tempo de permanência junto aos filhos, o pai passaria a ser o agressor mais freqüente. (CONDON, 1986). Outros estudos têm sugerido que a rotina doméstica, quase sempre estressante e cansativa, pode provocar frustrações que influenciassem no trato com os filhos, ocasionando uma relação conflitiva e violenta. Em muitas situações a mãe se vê obrigada a permanecer no lar por ter filhos pequenos ou por determinação do companheiro, se restringindo à "vida doméstica" quando também desejaria para si outros horizontes de realização pessoal (BRITO *et al*., 2005; OMS, 2002; SOARES, 1999; DESLANDES, 1994; BELSKY, 1993). Já ao se considerar os atos de violência física grave, não parece haver diferença entre os perpetradores, o que sugere ser este evento uma situação bem diferente da violência física mais branda, merecendo estudos específicos.

Ainda que com uma freqüência inferior às demais formas de violência, chama a atenção a alta prevalência de violência física grave (cerca de 10%) devido às sua possíveis repercussões na saúde física, mental e emocional da criança envolvida. Por envolver itens que investigam a ocorrência de atos como *espancar o máximo possível, queimar/derramar liquido quente de propósito, ameaçar com arma ou faca,* tais situações merecem enfrentamento imediato por parte da equipe de saúde. Estratégias de detecção sensíveis e específicas destas situações que permitam uma atuação precoce visando à interrupção do processo merecem ser desenvolvidas com urgência. Aqui, a necessidade de integração da equipe de saúde com as demais esferas institucionais de atuação na rede de proteção à criança é indiscutível. A notificação e acompanhamento do caso junto ao Conselho Tutelar da área podem se constituir ferramentas indispensáveis, na medida em que o enfrentamento da situação, na maioria das vezes, necessitará do envolvimento de outros setores da sociedade, nem sempre integrados com o setor saúde.

A ocorrência de maus-tratos físicos graves contra crianças cometidos no interior da família não é exclusividade brasileira. Em recente pesquisa realizada na Itália que utilizou o mesmo instrumento de aferição deste estudo, a prevalência de violência física grave foi 8%. Já em investigação semelhante, realizada em lares chineses, foi revelada uma prevalência anual de maus-tratos físicos graves contra crianças bastante superior, chegando a quase 50% em Hong-Kong (OMS, 2002).

No contexto brasileiro, estudos anteriores que utilizaram o mesmo instrumento de identificação ou uma versão anterior do mesmo apresentaram resultados bastante semelhantes aos do presente estudo. Em estudo realizado em 1992 entre escolares do município de Duque de Caxias-RJ, 8% e 9% das crianças e adolescentes se declararam vítimas de maus-tratos físicos graves provenientes dos pais e mães, respectivamente, alguma vez na vida. Em estudo mais recente, ao se avaliar a clientela do ambulatório geral de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto no Rio de Janeiro, estimou-se em 10,0% e 8,0% a prevalência de atos violentos físicos graves praticados pelas mães e companheiros, respectivamente. (MOURA, 2005). A similaridade das prevalências encontradas nos diferentes cenários e momentos do tempo indicam que, não obstante aos avanços nos campos jurídicos e sociais visando à recriminação da violência contra a criança, o problema ainda permanece atual e universal em nossa sociedade, merecendo ter suas políticas de enfrentamento reavaliadas.

O perfil de concomitância de diferentes perpetradores e a freqüência das práticas de violências também requerem reflexão e debate. Ao se considerar as situações de agressão psicológica e de castigo corporal, observa-se que a maioria das crianças é alvo de atos desta natureza de ambos os pais, traduzindo um padrão familiar e não individual de disciplinação. A concomitância de perpetradores pode ser considerada um indicador da gravidade da situação já que, por se configurar prática rotineira do casal, pode ter maior potencial de causar danos à saúde de suas vítimas. Outra questão importante é que ao ser praticado pelas duas grandes

referências da criança (pai e mãe) nesta fase de crescimento e desenvolvimento, o modelo de relacionamento interpessoal e de resolução de conflitos através da violência pode tornar-se inquestionável, propiciando o que vem sendo denominado de "aprendizado da violência"pela criança que passa a utilizar atos desta natureza em suas relações sociais atuais e futuras.

Estes achados indicam a necessidade do envolvimento desses pais/companheiros nas atividades de promoção de saúde e prevenção da violência contra a criança. Não basta realizar atividades apenas com as mães, que rotineiramente são as que mais freqüentam os serviços de saúde. A incorporação dos homens é essencial neste processo. É preciso que as equipes desenvolvam estratégias de sensibilização e acolhimento voltadas para este grupo, que podem implicar, por exemplo, em horários alternativos de atendimento. Considerando-se que praticamente todas as famílias cadastradas (96%) utilizam os serviços oferecidos pelo PSF, é possível pressupor uma forte adesão de sua clientela a estas propostas, desde que desenhadas de acordo com suas necessidades. A revelação de que boa parte dos atos violentos foi perpetrado mais de uma vez ao longo dos últimos doze meses, indica ser a violência uma prática rotineira nas relações entre pais e filhos na população estudada, sendo mais uma justificativa para o desenvolvimento de ações de enfrentamento do problema por parte da equipe de saúde.

Considerando-se as prevalências de agressão física grave e agressão física total contra crianças nos diferentes sub-grupos da clientela estudada, alguns resultados chamam a atenção. Os achados confirmam estudos anteriores que indicam que a violência física é mais freqüente entre crianças a partir de 3 anos (OMS, 2002; BELSKY, 1993). Já ao se enfocar a distribuição da violência física por sexo, os resultados se contrapõem à literatura internacional, já que não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas entre a freqüência de violência física como um todo ou violência física grave entre meninos e meninas. Segundo estudos

realizados sobre o tema em outros países ocidentais, em geral é o menino a principal vítima quando se considera apenas a violência física praticada por membro da família (OMS, 2002).

A discussão deste aspecto deve ser travada à luz do debate internacional sobre os motivos de maior vitimização masculina neste tipo de violência. Alguns autores explicam a maior perpetração de violência física contra os meninos a partir da idéia de que se trata de uma preparação para os papéis e as responsabilidades do adulto. Outros sugerem que esta atitude dos responsáveis seja decorrente da idéia de que os meninos precisam de mais disciplina física para uma boa educação. As grandes diferenças culturais entre as sociedades no que diz respeito aos valores atribuídos às crianças do sexo masculino e feminino impedem uma conclusão única a este respeito (OMS, 2002). É possível que no presente estudo não se tenha evidenciado esta tendência em função da estreita faixa etária pesquisada (crianças menores de dez anos), já que a diferença no comportamento dos pais com relação aos filhos de diferentes sexos se torna mais evidente com o crescimento e desenvolvimento da criança, sendo bem mais nítida a identificação dos papéis de gênero a partir da adolescência.

Chama a atenção, a maior prevalência de violência física entre as crianças que apresentavam algum problema de saúde no momento da entrevista e entre as que tinham história prévia de internação hospitalar. Tal fato também tem sido evidenciado em outros estudos. Alguns pesquisadores têm indicado que crianças portadoras de doenças ou deficiências físicas, problemas de saúde mental, que tenham sido prematuras ou que tenham nascido com baixo peso, por não terem um bom vínculo e ligação com os pais, se tornam mais susceptíveis aos maus-tratos. Outros correlacionam as maiores freqüências de violência nestes subgrupos à maior demanda de cuidado que estas crianças exigem, principalmente nas idades mais precoces. Contudo, é importante enfatizar que tal suscetibilidade parece ser condicional a outros fatores relacionados às características dos pais e da sociedade em que estão inseridos,

não sendo por si só um fator suficiente para a ocorrência de violência (BELSKY, 1993; OMS, 2002).

Algumas limitações da pesquisa também merecem ser destacadas. A prática de violência contra a criança não foi investigada no âmbito de todas as possíveis relações existentes em cada núcleo familiar. Por questões operacionais, optou-se por restringir a investigação à busca da prática de atos violentos por mães, pais/padrastos e principal cuidador, figuras mais envolvidas no cuidado com a criança no contexto familiar. Pode-se inferir que se todas as relações familiares fossem investigadas, as prevalências seriam ainda maiores. Outra limitação do estudo pode ter sido a coleta de dados baseada na entrevista face-a-face dos possíveis perpetradores. Tal estratégia pode ter levado a uma subestimação das verdadeiras prevalências, já que a entrevista abordava a prática de atos muitas vezes condenados socialmente, particularmente entre os envolvidos com as ações de saúde e proteção à criança.

O reduzido tamanho amostral do estudo também foi um fator limitante. Dado o perfil demográfico da população adscrita ao PSF-LAPA, que se caracteriza por ter um grande contingente de adultos sem filhos e pessoas idosas, mesmo trabalhando com todas as famílias com crianças nesta faixa etária, o estudo compreendeu um número não muito extenso de famílias. Desta forma, a análise de subgrupos pode ter ficado comprometida em função do baixo poder estatístico para rejeitar as hipóteses nulas de igualdade de proporções, dificultando a identificação de diferenças entre os grupos estudados.

Por outro lado, a utilização de um instrumento comprovadamente validado em estudos anteriores na captação das diferentes formas de violência foi relevante para que fosse possível minimizar as limitações apontadas acima. Por se tratar de um instrumento estruturado, composto por vários itens, que abarcavam as várias facetas de cada uma das formas de violência avaliadas, é possível postular que a dificuldade de revelação de situações limites

possa ter sido reduzida. O fato de somente uma respondente ter se recusado a responder ao questionário também mostra a qualidade do instrumento. A grande aceitabilidade do mesmo também deve ter sido decorrente da excelente integração dos pesquisadores com a equipe do PSF-Lapa. A participação das Agentes Comunitárias de Saúde na divulgação da pesquisa entre os usuários e o estímulo a sua participação, bem como o seu papel durante a coleta de dados na interface entre entrevistadores e a comunidade, com certeza, contribuiu para a baixa resistência da população adscrita à pesquisa.

Outro ponto positivo a ser destacado foi a opção por uma abordagem domiciliar que garantiu a cobertura de 100% das famílias cadastradas. Por não se restringir somente os usuários que comparecem à unidade, a amostra estudada tem potencial para representar outras populações com características sócio-demográficas semelhantes, permitindo a extrapolação dos resultados para o conjunto de famílias inscritas em PSFs do município do Rio de Janeiro e em sua região metropolitana.

Como discutido nas linhas anteriores, os resultados encontrados na pesquisa apontam prevalências significativas de vários tipos de violência familiar contra criança entre as famílias adscritas ao PSF-Lapa, indicando a necessidade de que ações integradas sejam instituídas por sua equipe de saúde o quanto antes. O fato de o serviço ser uma unidade-escola pode facilitar o planejamento e realização destas ações. Por ser um objeto presente no conteúdo programático das disciplinas saúde da mulher e saúde da criança, existe uma boa possibilidade de engajamento do corpo discente e docente em atividades voltadas para a prevenção da violência, podendo desafogar um pouco os profissionais da equipe, frequentemente sobrecarregados com as demais atribuições.

Há que se considerar que o PSF se apresenta como um local privilegiado na abordagem das situações de violência em suas diversas modalidades e peculiaridades, visto que as atividades realizadas na rotina tendem a estreitar as relações entre o serviço de saúde e

a comunidade. Ademais, ao focalizar suas ações na família e não no indivíduo e ao abranger atividade de promoção e vigilância à de saúde em seu dia-a-dia, a identificação de famílias de risco e o levantamento das possíveis redes sociais de apoio disponíveis são facilitados.

O fato de envolver e enfatizar ações de todos os atores envolvidos no processo, ou seja, profissionais de saúde e comunidade, de forma integrada e responsiva, já o diferencia das práticas tradicionais. Porém, todo este processo pressupõe um certo grau de sensibilização, conscientização, mobilização social e capacitação de cada profissional da equipe de trabalho que esteja realmente comprometida com o desafio de conhecer melhor o fenômeno dos maus-tratos como estratégia para encontrar formas de identificação e proteção para o mesmo (DESLANDES 1994; ASSIS, 1994).

Desta forma, espera-se que este estudo possa ter contribuído para tornar o tema menos assustador para os profissionais que atuam em programas de saúde da Família, possibilitando um novo "olhar" relativo às questões da violência. Além disto, diante da insuficiência de estudos populacionais sobre o tema em nosso meio, estimar a prevalência do problema, suas características e as de seus principais atores estará contribuindo para a obtenção de um retrato mais fidedigno do fenômeno em populações dos grandes centros urbanos do País.

4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ARTIGO CIENTÍFICO

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2003 – Disponível em www.abep.org. Acessado em 11.12.2006

ASSIS, S. G.. Crianças e Adolescente Violentados: Passado, Presente e Perspectivas para o Futuro. **Caderno de Saúde Pública**, 10 (supl. 1), p. 126-134, 1994.

ALTMAN, D.G.. **Practical Statistics for Medical Research** (1st ed.) London: Chapman & Hall, 1991.

BELSKY, J.. Etiology of Maltreatment: a developmental-ecological analysis. **Psychological Bulletin**, v. 114, p. 413-434, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997ª.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16.05.01. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Diário Oficial da União, Brasília, n. 96, seção 1E, maio/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência familiar: orientações para prática em serviço, nº 8**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2005.

BRITO A. M. *et al.*. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 10, v. 1, p. 143-149, 2005.

CONDON, J. T.. The Spectrum of fetal abuse in pregnant women. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, n. 174, p. 509-516, 1986.

DAVOLI, A. *et al.*. Prevalência de violência física relatada contra criança em uma população de ambulatório pediátrico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (1), p. 92-98, jan/mar, 1996.

DEAN, A. G. *et al.*. **Epiinfo, version 6.04: a word processing database, and estatistics program for epidemiology on micro-computers**. Atlanta, Geórgia, USA, Centers for Disease Control, 1990.

DESLANDES, S. F. Atenção à crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10 (supl.1), p. 177-187, 1994.

GLEASON, J. R.. Compare the contents of two stata data sets (insert dm 36). **Stata Technical Bulletin**, n. 28, 2000.

GONÇALVES, H.S. **Infância e Violência no Brasil**. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU, 2003.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E.. **Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)** Portuguese version used to identify violence within couples. **Cadernos de Saúde Pública**, ano 18, n. 3, p. 783-796, 2002.

MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. *et al*. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactis Scale (CTS2)" utilizado para identificar a violência entre casais. **Cadernos de Saúde Pública,** 18 (3), p 163-175, 2002.

MOURA, A. T. M. S.. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 4, p. 1124-1133, jul/ago., 2005.

NCCAPR. National Center on Child Abuse Prevention Research. **World Perspectivas on Child Abuse**. An International Resource Book, Chicago, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES C. L.. Adaptação transcultural do instrumento "Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC)" utilizado para identificar a violência contra a criança. **Cadernos de Saúde Pública,** n. 19, p. 109-118, 2003.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. *et al*. Adaptação transcultural para o português do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para indicar a violência entre pais e filhos. Apresentação em Pôster, Livro de Resumos, V Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Curitiba, Supl. Esp., n. 443, 2002.

RIBEIRO, E. M.. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-am Enfermagem**, n. 12, v. 4, p. 658-64, 2004.

SOARES, B. M.. **Mulheres invisíveis, violência conjugal e as novas políticas de segurança**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

STRAUS, M. A. *et al.*. Identification of child maltreatmente with parent-child conflict tactics scales: developmente and psychometric data for a national sample of american parents. **Child Abuse & Neglect,** v. 22, n. 4, p. 249-270, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). KRUG, G. L. L. *et al*.. **World Report on Violence and Health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

WORLD SAFE. **World studies of abuse in the family environment.** In World report on violence and health, Geneva, p.62-65, 2002.

Tabela 2: Perfil sócio-demográfico e de saúde da amostra estudada

Características da Amostra		Prevalência % (IC 95)
CRIANÇA		
Sexo		
	masculino	43,2 (35,3 - 51,4)
	feminino	56,8 (48,6 - 64,7)
Idade		
	Menor de dois anos	14,2 (8,7 – 19,8)
	2 a 5 anos	43,2 (35,3 – 51,1)
	6 a 9 anos	42,6 (34,7 – 50,4)
Ordem de nascimento		
	Primogênito	58,1 (49,9 - 65,9)
	Outro	41,9 (34,1 - 50,1)
Inserida na escola		
	Sim	67,7 (59,8 - 75,0)
	Não	32,3 (25,0 - 40,2)
Problemas de saúde		
	Sim	34.8 (27,4 - 42,9)
	Não	65,2 (57,1 - 72,6)
Internação hospitalar		
	Sim	31,6 (24,4 - 39,5)
	Não	68,4 (60,4 - 75,6)
FAMÍLIA		
Idade materna		
	Menor de 20 anos	5,2 (1,6 - 8,7)
	20 - 29	39,4 (31,6 – 47,1)
	30 - 39	32,3 (24,8 – 39,7)
	Maior de 40	23,2 (16,5 – 29,9)
Idade do companheiro		
	Menor de 20 anos	0,7 (0 – 2,0)
	20 - 29	29,3 (22,0 – 36,7)
	30 - 39	38,7 (30,8 – 46,5)
	Maior de 40	31,3 (23,8 – 38,8)
Escolaridade materna (rever)		
	Até primeiro grau completo	42,9 (34,9 – 50,8)
	Segundo grau completo ou não	45,5 (37,5 – 53,4)
	Terceiro grau completo ou não	11,7 (6,6 – 16,8)
Escolaridade do companheiro		
	Até primeiro grau completo	51,5 (42,9 – 60,5)
	Segundo grau completo ou não	37,1 (28,8 – 45,5)
	Terceiro grau completo ou não	11,4 (5,8 – 16,8)
Situação conjugal materna		
	Casada/mora junto	67,1 (59,6 – 74,6)
	Solteira	16,1 (10,3 – 22,0)
	Outros	16,8 (10,8 - 22,8)

Naturalidade materna do RJ		
	Rio de janeiro	38,1 (30,4 - 46,2)
	Outros	61,9 (53,8 - 69,6)
Naturalidade do companheiro		
	Rio de Janeiro	48,0 (39,8 - 56,2)
	Outros	52,0 (43,7 - 60,2)
Mãe trabalha fora de casa		
	Sim	47,7 (39,7 - 55,9)
	Não	52,3 (44,1 - 60,3)
Situação econômica da família		
	Classe A	-
	Classe B	3,2 (0,4 – 6,0)
	Classe C	20,6 (14,2 – 27,1)
	Classe D	67,7 (60,3 – 75,2)
	Classe E	8,4 (4,0 – 12,8)

Legenda: (a) Para a classificação econômica da família foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2003)

Tabela 2: Freqüência de utilização do PSF – Lapa

Serviços utilizados		n	% (IC 95%)
PSF		149	96,1 (91,8 - 98,6)
	Clínica médica	129	86,6 (80,0 - 91,6)
	Preventivo	79	53,0 (44,7 - 61,2)
	Pediatria	110	73,8 (66,0 - 80,7)
	Vacinação	54	36,2 (28,5 - 44,5)
	Grupos	26	17,4 (11,7 - 24,5)
	Fonoaudiologia	8	5,5 (2,4 - 10,5)
	Fisioterapia	7	4,8 (1,9 - 9,6)
	Nutrição	32	21,9 (15,5 - 29,5)
	Psicologia	7	4,8 (1,9 - 9,6)
	Enfermagem	19	13,0 (8,0 - 19,6)
	Odontologia	33	22,6 (16,1 - 30,2)
	Exames	74	50,7 (42,3 - 59,0)

Tabela 3: Prevalência de maus-tratos contra a criança na clientela adscrita ao PSF-Lapa, julho a outubro de 2006

Escalas	Perpetradores			
	Mãe n=149	**Companheiro n=138**	**Cuidador n=47**	**Total** n=156**
Agressão Psicológica*	92,6 (88,4 - 96,9)	63,8 (55,6 - 71,9)	83,0 (71,8 - 94,1)	93,6 (89,7 - 97,5)
Castigo Corporal	84,6 (78,7 - 90,4)	49,6 (41,2 -58,1)	48,9 (34,1 - 63,8)	84,6 (78,9 - 90,3)
Agressão Física Menor	32,9 (25,5 - 40,5)	16,5 (10,3 - 22,8)	12,8 (2,9 - 22,7)	38,5 (30,7 - 46,2)
Agressão Física Grave	4,7 (1,3 - 8,1)	4,3 (0,9 - 7,8)	6,4 (0 - 13,6)	9,0 (4,4 - 13,5)
Agressão Física Total	34,2 (26,5 - 41,9)	17,3 (10,9 - 23,6)	14,9 (4,3 - 25,5)	39,1 (31,4 - 46,8)

Legenda: (*) Intervalos de confiança (95%) entre parênteses.
(**) Corresponde a violência praticada por pelo menos um dos agressores.

Tabela 4: Distribuição dos casos positivos de maus-tratos contra a criança segundo o perpetrador na clientela adscrita ao PSF-Lapa, julho a outubro de 2006

Escalas	TIPO DE PERPETRADOR *						
	Apenas mãe (%)	Apenas companheiro (%)	Apenas cuidador (%)	Mãe & cuidador (%)	Mãe & companheiro (%)	Companheiro & cuidador (%)	Todos os perpetradores (%)
Agressão psicológica (n= 146)	25,3 (18,2 – 32,5)	1,4 (0 - 3,3)	2,7 (0,1 - 5,4)	22,6 (15,7 - 29,5)	57,5 (49,4 - 65,6)	12,4 (6,9 -17,7)	11,0 (5,8 -16,1)
Castigo corporal (n= 132)	35,6 (27,3 - 43,9)	0,8 (0 - 2,6)	3,0 (0,1 - 6,0)	13,6 (7,7 – 20,0)	50,8 (42,1 - 59,4)	5,3 (1,4 - 9,2)	4,5 (0,9 - 8,1)
Agressão física menor (n= 60)	53,3 (40,3 - 66,3)	11,7 (3,3 - 20,0)	5,0 (0 - 10,1)	3,3 (0 - 8,0)	25 (13,7 - 36,3)	1,7 (0 - 5,0)	0 (-)
Agressão física grave (n= 14)	42,8 (13,2 - 72,5)	28,6 (1,5 - 55,6)	14,3 (0 - 35,2)	0 (-)	7,1 (0 - 22,6)	7,1 (0 - 22,6)	0 (-)
Agressão física total (n= 61)	50,8 (37,9 – 63,7)	8,2 (1.1 – 15,3)	6,6 (0,2 – 12.9)	3,3 (0 –7,9)	29,5 (17,7 – 41,3)	1,6 (0 - 4,9)	0 (-)

Legenda: (*) Intervalos de confiança (95%) entre parênteses.

Tabela 5: Distribuição dos casos positivos de maus-tratos contra a criança de acordo com o número de perpetradores na clientela adscrita ao PSF-Lapa, julho a outubro de 2006

Escalas	Número de Perpetradores (%)*		
	1	**2**	**3**
Agressão psicológica (n= 146)	29,5 (22,0 - 36,9)	70,5 (63,1 - 78,0)	11,0 (5,8 -16,1)
Castigo corporal (n= 132)	39,4 (30,9 - 47,8)	60,6 (52,2 - 69,0)	4,5 (0,9 - 8,1)
Agressão física menor (n= 60)	70,0 (58,1 - 81,9)	30,0 (18,1 - 41,9)	0 (-)
Agressão física grave (n= 14)	85,7 (64,7 - 100,0)	14,3 (0 - 35,2)	0 (-)
Agressão física total (n= 61)	65,6 (53,3 - 77,8)	34,4 (22,2 - 46,7)	0 (-)

Legenda: (*) Intervalos de confiança (95%) entre parênteses.

Tabela 6: Proporção de itens perpetrados mais de uma vez em cada uma das escalas

Escalas	% ITENS perpetrados mais de uma vez *
Agressão psicológica (n= 146)	47,4 (38,7 - 56,2)
Castigo corporal (n= 132)	87,9 (82,2 - 93,5)
Agressão física menor (n= 60)	43,3 (30,4 - 56,2)
Agressão física grave (n= 14)	50,0 (20,0 - 80,0)
Agressão física total (n= 61)	45,3 (32,8 - 57,8)

(*) Intervalos de confiança (95%) entre parênteses.

Tabela 7: Prevalência de violência física grave e violência física total contra a criança nos diferentes subgrupos de clientela

CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA		n	Escalas	
			Agressão física grave	Agressão física total
CRIANÇA				
Sexo				
	masculino	67	10,5	41,8
	feminino	88	8,0	36,4
	p valor		*0,59*	*0,49*
Idade				
	Menor de 2 anos	22	0,0	0,0
	2 a 5 anos	53	3,8	34,0
	6 a 9 anos	80	15,0	52,5
	p valor		*0,02*	*0,00*
Ordem de nascimento				
	Primogênito	90	9,0	43,3
	Outros	65	9,2	32,3
	p valor		*0,94*	*0,16*
Problemas de saúde				
	Sim	54	16,7	48,1
	Não	101	4,9	33,7
	p valor		*0,01*	*0,08*
Internação hospitalar				
	Sim	49	14,3	49,0
	Não	106	6,6	34,0
	p valor		*0,12*	*0,07*
PAIS				
Idade materna				
	Até 24 anos	28	3,6	25,0
	Maior de 25 anos	127	10,2	41,7
	p valor		*0,26*	*0,10*
Idade do companheiro				
	Até 24 anos	12	0	16,7
	Maior de 25 anos	144	9,7	41,0
	p valor		*0,26*	*0,09*
Escolaridade materna				
	Até 2º grau incompleto	84	13,1	44,0
	2º grau completo ou mais	71	4,2	32,4

	p valor		*0,05*	*0,14*
Escolaridade do companheiro				
	Até 2º grau incompleto	75	12,0	48,0
	2º grau completo ou mais	81	6,2	30,0
	p valor		*0,21*	*0,02*
Situação conjugal materna				
	Separada	23	17,4	52,2
	Outros	132	7,5	36,4
	p valor		*0,13*	*0,15*
Número de filhos maternos				
	Um filho	93	5,4	
	Mais de um filho	60	15,0	
	p valor		*0,04*	*0,24*
Situação econômica da família *				
	Classes C, D ou E	142	9,9	40,9
	Classe A ou B	13	0,0	15,4
	p valor		*0,23*	*0,07*

Legenda: (*) Para a classificação econômica da família foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2003)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento científico que hoje temos acumulado sobre a violência é fruto do sofrimento de homens, mulheres e crianças, relatado nos documentos históricos de mais de 3.000 anos. A década de 80, do século XX, trouxe o começo da sensibilização e da atuação da sociedade como um todo frente a violência vivenciada e praticada por crianças e adolescentes no Brasil e no mundo. Os números alarmantes que apontam para elevada magnitude da violência familiar em todas as regiões do mundo, revelam que a abrangência do fenômeno, assim como os inúmeros obstáculos para identificar e quantificar os diversos tipos de violência que atingem de forma danosa a saúde da população, em especial a infantil, ainda é um conhecimento em construção (ASSIS, 1994).

Entretanto, mais importante que a estatística em si, é o significado social que o fenômeno possui na sociedade contemporânea, onde o florescimento do sentimento de insegurança e impotência da população prospera. A abrangência restrita de programas de proteção e prevenção contra maus-tratos, os poucos estudos existentes no Brasil sobre o fenômeno principalmente no âmbito dos PSFs, a falta de articulação entre os profissionais e a rede de proteção disponível, são fatores que tem dificultado cada vez mais o enfrentamento da violência.

Diante da relevância do problema, o PSF pode contribuir no preenchimento de algumas lacunas identificadas na abordagem das situações de violência. Este novo modelo de atenção, ao realizar ações que se aproximam do cotidiano dos usuários permite maior visibilidade das necessidades existentes através de práticas interdisciplinares consistentes, facilitando o planejamento das atividades a serem desenvolvidas.

Por outro lado, a parceria entre os equipamentos do estado, aliada ao envolvimento com a comunidade, tem sido referida como medida de absoluta necessidade na atuação junto às famílias que vivenciam a violência familiar.

A área da saúde tem sido um setor bastante sensível e importante nas suas propostas de ação, seja na produção de agendas de trabalho e programas como também nas articulações com outros setores governamentais e da sociedade em geral. Vários serviços têm criado mecanismos próprios de atuação, assumindo prioritariamente, a capacitação profissional como forma de promover uma atenção especializada e adequada para as situações de violência familiar identificadas (MS, 2005).

Estudos longitudinais vêm comprovando que programas de prevenção bem sucedidos são os que incluem visitas domiciliares associadas a programas pré-escolares (SCHERMAN, 1998; NUTTAL *et al*., 1998). Na última década, várias experiências internacionais ocorridas especialmente na Europa e Estados Unidos, destacam a importância do atendimento ao grupo familiar e através deste, promover o seu empoderamento, estimulando as capacidades nele existentes. Há uma constatação de que os pais têm capacidade para identificar o que é melhor para a família, respeitando e apoiando os valores dessa instituição, promovendo sua auto-estima e o resgate ou mesmo a construção do seu papel protetor e cuidador. Essa forma de atuação tem sido, aos poucos, incorporadas por vários serviços nacionais, embora ainda de forma dispersa e desigual (DESLANDES; ASSIS, 2003).

6.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

ABRAPIA. **Maus tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia de orientação para profissionais de saúde**. Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência. Rio de Janeiro, p. 1-32, 1992.

BAUMAN, L. J.; & FRIEDMAN, S. B.. Corporal Punishement. **Pediatric Clinics of North América**. USA, n. 45, v. 2, april, p. 403-413, 1998.

BELSKY, J.. Etiology of maltreatment: a developmental-ecological analysis. **Psychological Bulletin** 114: 413-434, 1993.,3

BRASIL. Lei 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, julho 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação social. **ABC do SUS/MS**. 2. ed. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997ª.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de atenção básica nº 8. Violência familiar: orientações para prática em serviço**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência e saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde** (Série a. Normas e manuais técnicos nº 167). Brasília, 2002ª.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**, Brasília, 2005.

BRONFENBRENNER, U.. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

CARDIA, N. Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Pesquisa sobre **atitudes, normas culturais e valores em relação a violência em 10 capitais brasileiras**. Brasília, 1999.

CENTEVILLE, M.. Incidência e tipos mais freqüentes de castigos aplicados pelos pais ou responsáveis a escolares da cidade de Campinas**. Pediatria Moderna**, v. 33, p. 99-105, 1997.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.. **Famílias – parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência familiar contra crianças e adolescentes**. UNICEF/FIOCRUZ/CLAVES, Rio de Janeiro, Relatório de Pesquisa, 2003.

DESLANDES, S. F.. Atenção à crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10 (sup. l.1), p. 177-187, 1994.

EMERY, R. E.. Family Violence. **American Psychologist**, n. 44, p. 321-328, 1989.

GELLES R. J.. **Intimate Violence in Families**. London. SAGE Publication, 1997.

GELLES R. J.; STRAUS, M. A.. **Physical Violencia in American families**: Risk factores and adaption to violence in 1845 families. New Brunswick, NJ, Transaction Publisher, 1995.

GONÇALVES, H.S. Infância e violência no Brasil. Rio de Janeiro, FAPERJ/NAU, 2003

GOUGH, D.. Defining the problem. **Child Abused & Neglect**, n. 20, p. 993-1002, 1996.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Crianças e adolescentes: Indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 1989.

KEMPE, C. F. *et al*. The battered child syndrome**. Journal of American Medical Association**, n. 181, p. 107-112, 1962.

KNAPP, J. F.. The impact of children witnessing violence. **Pediatric Clinics of North América**, n. 45, p. 355-361, 1998

MINAYO, M. C. S. Violência: um Velho-Novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 29, v. 1, p. 56, jan/abr., 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infra-estrutura política da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p. 223-242, 2003.

MORAES, C. L. *et al*. Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) utilizado para identificar a violência entre casais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 18, n.1, p. 163-175, 2002.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E.. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. **Cadernos de Saúde Pública**, ano 18, n. 3, p. 783-796, 2002.

MOURA, A. T. M. S.. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 4, p. 1124-1133, jul-ago, 2005.

MYNAYO-GOMEZ, C. et al. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, 13, (supl.2), p.135-140, rio de Janeiro, 1997.

OLIVEIRA, A. C.. **Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescente no âmbito da SES/RJ – 2000 a 2002**. Rio de Janeiro, 2004.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

OMS, CID-10. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, OMS (ed), Geneva, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

RAMOS, F. P.. A história trágico-marítma das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: Priore, MD (org.). **História das crianças no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1999.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H. *et al.* Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de proposta de ação. **Ciência e Saúde Coletiva,** n. 4, p. 109-121, 1999.

REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L.. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro. As mortes violentas em questão**. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 10, supl. 1, p. 188-198, 1994.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural do instrumento "Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC)" utilizado para identificar a violência contra a criança. **Cadernos de Saúde Pública,** n. 19, p. 109-118, 2003.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. *et al*. Adaptação transcultural para o português do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para indicar a violência entre pais e filhos. Apresentação em Pôster, Livro de Resumos, V Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Curitiba, Supl. Esp., n. 443, 2002.

RIBEIRO, E. M.. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-am Enfermagem**, 12 (4), p. 658-64, julho/agosto, 2004.

ROSA, A. G.; LABATE, R. C.. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-am Enfermagem**, n. 13, v. 6, p. 1027-34, novembro-dezembro, 2005.

SOARES, B. M.. **Mulheres invisíveis**, **violência conjugal e as novas políticas de segurança**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, E. R. *et al*. Análise temporal de mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: **Impacto da Violência na Saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 12-13, 2005.

STRAUS, M.A. and R.J. GELLES. Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families. New Brunswick, NJ, Transaction Publisher, 1995.

STRAUS, M. A. *et al.*. Social change and trends in approval of corporal punishment by parents from 1968 to 1994. In **Family violence against children** New York, Walter de Gruyter, p. 91-106, 1996.

STRAUS, M. A. *et al*.. Identification of child maltreatmente with parent-child conflict tactics scales: developmente and psychometric data for a national sample of american parents. **Child Abuse & Neglect,** v. 22, n. 4, p. 249-270, 1998.

STRAUS, M. A.. Measuring intra-familiar conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. **Journal of Marriage and Family**, USA, v. 41, p. 75-88, 1979.

VASCONCELOS, E. M.. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: Mendes E.V. **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

7.0 ANEXOS

1) carta convite às famílias

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Estácio

PESQUISA

SAÚDE DA CRIANÇA

O PSF – Lapa quer saber como está a saúde de suas crianças.

Se você tem filhos com até 9 anos, precisaremos da sua ajuda.

Estaremos visitando sua família entre julho e novembro/2006.

2) Termo de Consentimento livre e esclarecido

Meu nome é (nome da entrevistadora). Eu gostaria de **pedir a sua autorização para que a senhora e seu filho(a)** (nome da criança) façam parte da pesquisa que estamos realizando aqui no Programa Saúde da Família (PSF) da Lapa sobre as condições de saúde, hábitos de vida e formas de relacionamento familiares. Pretendemos conhecer as principais doenças que as crianças têm apresentado; os serviços de saúde que são utilizados quando a família necessita; alguns hábitos e condições de vida da família; as diferentes maneiras que a família utiliza para educar as crianças da casa; e como as famílias estão utilizando o PSF. Para isso **estamos entrevistando todas as famílias da área que tenham crianças com menos de dez anos**.

Se a Sra./V. não se incomodar, gostaríamos, então, de lhe fazer algumas perguntas sobre a a Sra./V. e sua família. É importante que a Sra./V. saiba que **essas informações serão utilizadas somente na pesquisa, e que as respostas são confidenciais**. A senhora **não é obrigada a participar**, de qualquer forma o acompanhamento de sua família pelo PSF será realizado normalmente.

Porém a sua participação na pesquisa é muito importante, porque com as suas respostas e de outras mães aqui do PSF, poderemos conhecer melhor as nossas crianças e suas famílias, o que pode nos ajudar a planejar nosso serviço para melhor atender as suas necessidades.

Qualquer dúvida que a Sra./V. tenha sobre a pesquisa **pode nos procurar** na recepção do **PSF-LAPA**, no hospital do Carmo, ou no telefone: 3231-6135 (Aline).

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa sobre saúde da criança no PSF – Lapa.

Data: _____

Entrevistador: _____

3) Manual do entrevistador

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS ADSCRITAS AO PSF / LAPA

(MANUAL DO ENTREVISTADOR)

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA NA POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF/LAPA - RJ

ALUNA: NINA ROSA DE OLIVEIRA MARTINS
ORIENTADOR: DRA. CLÁUDIA LEITE DE MORAES

PARTE I: QUESTÕES GERAIS

1.1) INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é um dos subprojetos do projeto "Avaliação da Estratégia da Saúde da Família em dois Municípios da área metropolitana do Rio de Janeiro" da Universidade Estácio de Sá, coordenado por Hesio Albuquerque Cordeiro. O projeto da UNESA visa avaliar o processo de implantação da Estratégia da Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro através de diversos subprojetos que abordam tanto as ações específicas praticadas pelo Programa Saúde da Família (PSF), quanto às relações existentes entre suas unidades e outras unidades da rede pública. Os temas abordados no projeto da UNESA não costumam constituir o núcleo das avaliações em curso no PSF, contribuindo de forma original e complementar a estas, com vistas ao aprimoramento do Programa. Todos os subprojetos do projeto principal pretendem identificar facilidades e limitações da Estratégia Saúde da Família na abordagem de alguns temas presentes no dia-a-dia das equipes, dentre os quais a violência familiar contra a criança, objeto central deste subprojeto.

Neste momento, estamos realizando a primeira etapa deste subprojeto que compreende um estudo transversal que objetiva avaliar a prevalência de violência doméstica contra crianças menores de 10 anos na população adscrita ao PSF/Lapa. Pretende-se avaliar todas as famílias que tenham crianças nesta faixa etária (197 famílias), investigando-se a ocorrência de violência psicológica e física contra uma das crianças do domicílio. As informações de interesse serão coletadas através de entrevistas face-a-face realizadas por equipe de entrevistadores com os responsáveis pelas crianças, bem como outros cuidadores, quando indicado. As entrevistas serão realizadas através de visitas domiciliares durante os meses de julho, agosto e setembro de 2006. O ingresso no estudo só poderá se dar com o consentimento da mãe da criança.

Neste momento, está se iniciando uma das etapas mais importantes da pesquisa. A etapa de coleta de dados é fundamental para estudos epidemiológicos como o nosso. Um trabalho de campo sem o cuidado necessário põe por terra todos os esforços conduzidos nas demais etapas da investigação. Nessa perspectiva, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores assume um papel de importância estratégica para que a pesquisa tenha sucesso.

Para assegurar que os dados reunidos sejam comparáveis, é imperativo que a pesquisa seja conduzida segundo procedimentos uniformes. Estas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Em pesquisas como esta, não há lugar para improviso. Em caso de duvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega ou a orientadora do projeto.

1.2) REGRAS GERAIS PARA UMA BOA ENTREVISTA

Há certas regras que você deve seguir para garantir uma entrevista imparcial. Sugerimos que você tenha em mente cada uma das seguintes regras:

- **Permaneça sempre neutro**
  - Você deve manter sempre uma atitude neutra para com a mãe. Não mostre surpresa com as coisas que ouve. Através de sua atitude descontraída, embora profissional, coloque a mãe à vontade e ganhe a sua confiança.
- **Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas**
  - Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso. Na maioria das vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta pode ser formulada de maneira mais simples, <u>não improvise</u>. Cada palavra tem um motivo para estar lá.
- **Faça as perguntas na ordem em que elas aparecem**
  - <u>Nunca mude a ordem das perguntas do questionário</u>. As perguntas seguem-se uma às outras numa seqüência lógica. Mudar esta seqüência destruirá o intento do questionário. Se a mãe está falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, <u>não pule nenhuma pergunta</u>, mesmo que haja alguma repetição. Se alguma mãe se irritar um pouco e disser: “Já falei isso...”, você pode dizer alguma coisa agradável como: “tenho que ter certeza de que V/S me deu a

resposta completa para isso", ou "V/S pode ter me falado sobre isso, mas deixe-me perguntar de novo para me certificar".

- No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará sempre claramente indicado e haverá instruções escritas para você seguir. As instruções de pulo e omissão de perguntas virão sempre em "**negrito**" perto das questões.

- **Certifique-se de que a mãe não esteja vendo as perguntas**
  - As mães podem ser influenciadas ao saber as perguntas que virão ou ao ver as categorias de respostas, que nem sempre são para ser mostradas. Existirá sempre uma indicação na pergunta quando as opções de resposta devem ser lidas para a mãe.
- **Não aceite um fácil "não sei" como resposta sem mais uma tentativa de obter a informação que precisamos**
  - Tente <u>mais uma vez</u> obter uma réplica para uma resposta "não sei" antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não antagonizar a mãe ou forçar uma resposta caso ela diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.
- **Direito da mãe de não querer responder**
  - Lembre-se que a mãe tem o direito de não responder a qualquer pergunta que ela queira. Nesses casos marque a opção NR (não respondeu) e passe para a próxima questão.
- **Checando as respostas**
  - Checar uma resposta é esclarecer ou confirmar a informação prestada pela mãe. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se a mãe não responder dentro das possibilidades previstas. Por exemplo, suponha que a mãe lhe dê uma resposta para uma pergunta estruturada que não se encaixa exatamente em nenhuma das categorias pré-estabelecidas. Você pode dizer: "Bem, qual dessas opções se aproxima mais?" e repetir as respostas que estão na pergunta.
- **Desestimule irrelevâncias**
  - Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que a mãe se lembre de alguma coisa ou relate alguma história ilustrativa da resposta que ele acabou de dar, sobretudo entre "entrevistadas faladoras". Você fará um favor tanto para si mesma quanto para a mãe se imprimir à entrevista um **tom profissional**. Se você se depara com uma mãe dispersa, digressiva, ou que envereda numa conversa irrelevante, não hesite em interromper e trazê-la

de volta ao ponto da pergunta, repetindo o que você quer saber. Ao mesmo tempo, é claro, tenha cuidado para não antagonizar a mãe.

- **Não explique palavras de uma pergunta a menos que haja indicação para isso**
  - Algumas vezes, as entrevistadas pedirão para que você explique palavras de uma pergunta ou partes dela. Em algumas situações especiais, você pode fazer isso. Mas, nesses casos, haverá uma indicação que lhe dirá qual a explicação ou definição a ser dada. Se não estiver especificado, você não pode oferecer sua própria definição ou explicação. Você deve responder à dúvida dizendo: "o que quer que isso signifique para V/S". Se a mãe não consegue responder a pergunta devido à sua falta de entendimento, codifique NS. Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

1.3) PROBLEMAS QUE PODEM AFETAR AS PERGUNTAS

- **Respostas divergentes**
  - Em alguns casos você se defrontará com alguns problemas que dificultam o manuseio das perguntas que têm opções de resposta. Por exemplo: às vezes a mãe não consegue escolher nenhuma das categorias de respostas oferecidas. Pode acontecer que a mãe sinta que nenhuma das respostas pré-definidas serve ou que ela escolheria uma resposta sob certas condições e outra resposta sob condições diferentes. Neste caso, você deve tentar induzi-la à generalização, repetindo a pergunta e dizendo: "De modo geral, é desse jeito ou do outro?" ou "na maioria das vezes..." ou "quase sempre...", etc. Se ela insiste que não pode escolher, escreva sua primeira resposta e anote do lado da pergunta que isso aconteceu.
- **Respostas vagas e generalizadas**
  - Nas conversas diárias, às vezes as pessoas conversam em termos vagos ou imprecisos. É comum que no início da entrevista as mães respondam de forma pouco precisa. É importante estimulá-la a se expressar de forma mais específica.

- **Respostas "não sei"**
  - Em geral, a entrevistada responde "não sei" a uma pergunta por um dos quatro motivos listados a seguir:

o ***Ela não entende a pergunta e diz "não sei" para evitar dizer que não entendeu.***

o ***Ela está pensando na pergunta e diz apenas para ganhar tempo para pensar mais.***

o ***Ela pode estar fugindo do assunto porque se sente pouco informada e tem medo de dar uma resposta errada.***

o ***Porque a pergunta lhe parece muito pessoal, íntima ou inoportuna.***

- Não se apresse para checar uma resposta "não sei". Se você ficar quieto – mas com uma atitude de expectativa – a mãe achará que há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são, geralmente, a melhor coisa a fazer nestas horas. Caso isso não funcione, você pode dizer: "mas, o que você acha disso?" ou "Em geral..., mais ou menos...?", etc.

- **Respostas à perguntas dependentes**
  - Perguntas dependentes são aquelas que são perguntadas somente à algumas entrevistadas. A determinação de quem deve ser perguntado "depende" da resposta à pergunta anterior. Por exemplo, se a mãe responde "não" à pergunta 35, a entrevistadora deve pular para a pergunta 37, marcando a alternativa NA (não se aplica) na resposta da perguntas 36.
  - Sempre que for necessário um pulo, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que a entrevistadora comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

1.4) REGISTRANDO AS RESPOSTAS

- Já falamos sobre como formular as perguntas e como esclarecer e completar as respostas. Ambas são tarefas muito importantes. No entanto, se você erra ao registrar a resposta, todos os seus esforços anteriores terão sido em vão. Em geral, é claro, o seu registro deve ser o mais fiel possível àquilo que a entrevistada diz. Como em nosso estudo, a grande maioria das perguntas são fechadas, isto é, tem opções de resposta já especificadas, devemos nos concentrar para descrever uma das opções oferecidas.
- Esteja pronto para escrever. Tenha a caneta preparada quando você fizer as perguntas. Nas poucas perguntas abertas do questionário, comece a escrever imediatamente, senão você perderá o começo.

- Use abreviações. No entanto, depois de terminada a entrevista, observe as abreviações que você usou. Se alguma puder causar confusão para o digitador do questionário, escreva o termo por extenso antes de entregar o trabalho. Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.
- Peça a mãe para falar devagar. As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você "não quer perder nada" ou "quer registrar tudo". Outras técnicas incluem você falar mais devagar; ir lendo à medida que escreve, e ler parte do que já escreveu, pedindo à entrevistada que complete o restante.
- Tenha sempre material extra. Anote sempre as respostas com caneta. Leve pelo menos três para o caso de alguma falhar.
- Desenhe um círculo em volta da opção de resposta dada pela mãe e preencha o campo de resposta (colchete à direita) com o código correspondente. Deve-se dar atenção especial ao desenho do círculo de modo que ele não inclua mais do que uma opção de resposta. Lembre-se: o número pre-codificado é aquele que entra no colchete correspondente à questão do lado direito da folha. Muito cuidado ao anotar o código da resposta. Problemas nessa etapa são impossíveis de resolver depois.
- Use um X ao lado da questão que tiver merecido algum tipo de esclarecimento por parte do entrevistador ou que tenha merecido alguma observação escrita no questionário.
- Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Use o espaço em branco disponível do questionário, exceto a margem direita, onde serão anotados os códigos da resposta, para isso. Você pode querer dar explicações, tais como: a mãe começou a se inquietar, a mãe riu, a mãe chorou e se recusou a responder a pergunta, etc. Todas as suas observações podem ser úteis.
- Se a mãe mudar de idéia depois de você fizer o círculo em torno de uma opção de resposta, risque-o com uma cruz e circule a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no parentese específico, faça uma cruz em cima da opção errada, circule a opção correta, apague o erro no campo de resposta com *líquid paper* e escreva o código correto.

1.5) REVISANDO A ENTREVISTA

- Depois de terminada a entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu acurada e completamente. Esse procedimento, mesmo que tome muito tempo, é parte

importante do trabalho do entrevistador, pois essa é a última chance de corrigir erros, anotar algo que tenha sido pulado ou tirar qualquer outra dúvida com a mãe, pois será muito difícil ter oportunidade de encontrá-la novamente. Alguns dos objetivos dessa revisão são:

- Identificar e corrigir ou explicar erros ou omissões no registro. Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas puladas erradamente e erros ao circular os códigos. Sob a pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros. A maioria deles pode ser corrigida se você faz a revisão logo após a entrevista.
- Aprender para que os erros não se repitam. Normalmente os erros que ocorrem em uma entrevista tendem a se repetir. Estude seus erros e fique atento para que não aconteçam novamente.
- Melhorar a caligrafia e escrever as abreviações por extenso.
- Anotar com caneta de outra cor as dúvidas e problemas que por ventura tenham ocorrido para ser checado com o orientador.

PARTE II: TRABALHO DE CAMPO

- O Entrevistador deverá chegar ao PSF 30 minutos antes do horário do seu turno: **manhã: 9:00hs**; **tarde: 13:00 hs**
- Dirija-se ao local onde deverá ficar guardado o material da pesquisa sobre Violência contra criança no PSF/Lapa;
- Cada entrevistador terá sua pasta com nome e canetas para o trabalho em campo;
- Teremos duas pastas contendo o seguinte material:
  - **1ª pasta ➔** questionários em branco para preenchimento; um caderno de Registro e Observações (livro preto) dividido em duas partes: uma para anotar recados ou qualquer observação pertinente ao trabalho em campo; a segunda para anotar o número do questionário, nome do entrevistador e data de retirada do questionário; e um Manual de Instruções para consultas;
  - **2ª pasta** – questionários respondidos pelos entrevistadores a cada dia. Este material deverá ser retirado diariamente por Nina e arquivado na sala do Mestrado esta pasta será guardada ao final do dia na gaveta da Cláudia na Sala dos Professores pela Nina.

- Os entrevistadores deverão sair para o trabalho de campo acompanhados dos agentes de saúde, segundo escala a ser divulgada conforme as micro-áreas das ACS;
- Ao **sair para o trabalho de campo** deverão levar **sua pasta com questionários numerados em branco e a planilha da micro-área para o registro do ocorrido na visita domiciliar** (quem foi entrevistado; agendamento de retornos ao domicílio; fechamento da entrevista; observações importantes)
- Ao chegar no domicílio ➔ apresentar-se; *"Bom dia/Boa Tarde. Meu nome é (nome do entrevistador). Qual o seu nome? Sou entrevistadora(or) da pesquisa sobre as condições de saúde das crianças matriculadas no Programa Saúde da Família (PSF) da Lapa e pretendemos conhecer as principais doenças, hábitos de vida e formas de relacionamentos familiares"...*
- O termo de consentimento livre e esclarecido deve ser feito em duas vias (uma p/entrevistador e p/entrevistado) e ser assinado por ambos. Caso o entrevistado não saiba escrever, assinar e justificar.
- Se for necessária uma segunda visita domiciliar, o entrevistador deve se informar se a pessoa a responder as perguntas já sabe da pesquisa. Mesmo que ela relate já saber do que se trata, devemos fazer uma breve síntese ao apresentar o termo de consentimento.
- Se não for possível encontrar alguém no domicílio, tentar mais 2 vezes em outros horários e dias da semana. **Registre no livro preto para que outro colega possa tentar em outro momento**. Caso o problema continue, registrar no livro preto e falar com a Claudia.
- Se a entrevista for interrompida, tentar negociar com o respondente e chegar até o final;
- Para avaliar a prevalência de violência contra a criança utilizaremos o questionário **CTSPC**, que será aplicado à mãe da criança e ao "principal cuidador", caso haja, segundo regras abaixo:

o **Entrevista com mãe que fica com a criança a maior parte do tempo e tem companheiro** ➔ CTSPC mãe e companheiro (respondida pela mãe);

o **Entrevista com mãe que NÃO fica com a criança a maior parte do tempo e tem companheiro** ➔ CTSPC mãe e companheiro (respondida pela mãe) ➔ agendar com principal cuidador, caso este fique com a criança no domicílio;

o **Entrevista com mãe que fica com a criança a maior parte do tempo e NÃO tem companheiro** ➔ CTSPC mãe e **pai da criança**, caso este tenha contato com a mesma;

- **Entrevista com mãe que NÃO fica com a criança a maior parte do tempo e NÃO tem companheiro** ➔ CTSPC mãe e **pai da criança**, caso este tenha contato com a mesma ➔ agendar com principal cuidador, caso este fique com a criança no domicílio;
- **Criança que não tem mãe presente/é criada por outra pessoa** ➔ questionário completo com principal cuidador ➔ CTSPC cuidador; CTSPC companheiro do cuidador **ou** pai da criança (aquele que ficar mais tempo com a criança (checar com o cuidador!)).

- Desta forma, serão **no máximo três questionários CTSPC por família**. As informações sobre o companheiro serão obtidas através de entrevista com a mãe da criança;

PARTE III: QUESTIONÁRIO

- As frases em **negrito** deverão ser lidas textualmente para as mães.
- As frases que estão dentro de caixas de texto são orientações aos entrevistadores.
- As questões que têm o campo de resposta hachurado devem ser codificadas <u>após</u> o término da entrevista.
- Para todo questionário: **88 ou NS** ➔ não sabe; **99 ou NA** ➔ não aplica.
- **Todas as questões puladas de acordo com resposta à questão anterior devem ser preenchidas com 99 ou NA, de acordo com orientação no questionário.**
- Todos os pequenos problemas em cada questão devem ser anotados ao lado das mesmas ou nas margens inferior e superior da folha. **<u>Atenção</u>**: não escrever na margem direita da folha para não prejudicar a digitação dos códigos das respostas. Isso também se aplica às informações julgadas interessantes pela entrevistador(a), mesmo que não seja o alvo central da pergunta.
- **ATENÇÃO: rever o questionário antes de sair da casa para checar se todas as questões foram preenchidas!**
- **QUESTÕES 1 a 7** ➔ deverão ser preenchidas de acordo com cadastro da família ao retornar para o PSF.
- Não esquecer de preencher horário de início e término da entrevista;
- **Se a mãe estiver em casa** ➔ passe para a leitura do termo e faça todo o questionário.
- **Se outra pessoa** (pai, companheiro, tia, babá, vizinha, etc.) ➔ vá p/Q 10.
  - **Se Q 10 for "1"** (principal cuidador) ➔ aplique CTSPC e encerre a entrevista agendando encontro c/ mãe.

- **Se Q 10 for "0"** (**NÃO** é principal cuidador) ➔ faz Q 11 e marca entrevista com a mãe e principal cuidador.

- **QUESTÃO 13** ➔ Não perguntar sobre o sexo da criança, preencher o item após saber o nome da criança.
- **QUESTÃO 15** ➔ Colocar nos colchetes o número correspondente a ordem de nascimento (ex:1º, 2º, 3º).
- **QUESTÃO 17** ➔ O entrevistador deve ter a seguinte tabela como referência:

Educação Infantil	Jardim
Ano inicial ou primeiro ano do ciclo	CA
Ano intermediário ou 2ºano do ciclo	1ªsérie
Ano final ou 3º ano do ciclo	2ªsérie
Turmas especiais (progressão, alunos especiais)	TE
3º série	3ºsérie
4º série	4ºsérie

- **QUESTÃO 19** ➔ Caso a criança mame até os dias de hoje marcar com um "X" ao lado da expressão "até hoje". Nos colchetes, colocar a conversão em dias ao rever o questionário já no PSF.
- **QUESTÃO 20** ➔ Anote mês e ano (ou NS).
- **QUESTÃO 21** ➔ Anote peso **em gramas**.
- **QUESTÃO 22** ➔ idem Q. 20.
- **QUESTÃO 23** ➔ Anote comprimento **em metros**.
- **QUESTÃO 26** ➔ Anote todos os problemas de saúde relatados pela mãe. Não importa se o diagnóstico foi dado por profissional de saúde.
- **QUESTÃO 28** ➔ Idem Q.26.
- **QUESTÃO 31** ➔ Leia as alternativas para a mãe. Caso ela fale que não se encaixa em nenhuma das opções, peça para ela identificar a que mais se aproxima... Caso ela não o faça, o entrevistador deve escolher a opção que mais se adeque.
- **QUESTÃO 33** ➔ Leia as alternativas para a mãe. Caso ela fale que não se encaixa em nenhuma das opções, peça para ela identificar a que mais se aproxima... Caso seja outra situação conjugal, descreva-a no espaço indicado. Se, por exemplo, a entrevistada for viúva e tiver outro relacionamento amoroso, colocar a opção 5 outros.
- **QUESTÃO 37** ➔ Se o entrevistado tiver o terceiro grau, mesmo que incompleto, colocar como resposta 3ºgrau.

- **QUESTÃO 39 ➔** O entrevistador poderá fazer a conta pelo entrevistado.
- **QUESTÃO 44 ➔** O entrevistador deverá fazer a conversão da dose e colocar nos colchetes. Cuidado para não errar! Veja orientação no questionário.
- **QUADRO DE MORADORES ➔** preencher com o nome de todos os moradores da casa, inclusive com o nome da criança que está sendo entrevistada. Após a entrevista preencher as perguntas 53, 54, 55, e 56 de acordo com os dados da tabela.
- **QUESTÃO 44 ➔** se não nasceu e não mora mais no RJ, preencha c/ NM.
- **CTSPC:**
    - ***0 ➔ Não aconteceu; 1 ➔ Aconteceu uma vez; 2 ➔ Aconteceu mais de uma vez.***
    - ***Caso ela tenha dito que já praticou algum dos atos abaixo e no momento do questionamento, ela negar que praticou, perguntar "mas a Sra./V não disse agora a pouco que fazia tal coisa?"***

4) Questionário da pesquisa

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS ADSCRITAS AO PSF / LAPA

JULHO/2006

As questões de 1 a 7 devem ser respondidas através da consulta ao cadastro da família.

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da criança _____

2. Nº do questionário ___ ___ ___

3. Prontuário _____

4. Nome do entrevistador (por extenso):
_____

5. Entrevista ---- / ----/ ---- (dia, mês, ano)

6. Micro área/ACS Responsável:
_____

7. Nome dos responsáveis:
_____

***"Bom dia, meu nome é (nome da entrevistadora). Sou entrevistadora da pesquisa sobre condições de saúde das crianças matriculadas no Programa Saúde da Família (PSF) da Lapa*".**

8. Qual o seu nome? _____

9. Qual o seu parentesco com (nome da criança)?
_____

Se for a mãe ➔ passe para a leitura do termo e faça todo o questionário. Se outra pessoa ➔ vá p/Q 10.
Se Q10 for "1" ➔ aplique CTSPC e encerre a entrevista agendando encontro c/ mãe.
Se Q 10 for "0" ➔ faz Q 11 e marca entrevista com a mãe e principal cuidador.

10. É a Sra./V. que fica a maior parte do tempo com (nome da criança) quando está em casa? [ ]
(0 – não; 1- sim)
(se a resposta for "1", pule para a questão 12)

11. Quem fica com ele(a) a maior parte do tempo quando ele(a) está em casa? (***anotar nome e parentesco com a criança***)
_____

"Então, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre (nome da criança), a Sra./V. e sua família"

Para todo questionário: 88 ou NS ➔ não sabe; 99 ou NA ➔ não aplica.

Início da entrevista (horário): _____/_____

CRIANÇA

12. Qual a idade de (nome da criança)?
__ dias __ meses __anos

13. Sexo da criança: (não perguntar) [ ]

14. O (nome da criança) tem irmão (aos)?
(0 – não; 1- sim) [ ]

15. O (nome da criança) é o primeiro, segundo, terceiro filho(a)? _____ [ ]

16. O (nome da criança) freqüenta creche ou escola?
(0 – não; 1- sim) [ ]
(se a resposta for "0", pule para a questão 18)

17. Qual a série que (nome criança) está cursando? [ ]
(0- creche, jardim ou CA; 99-NA)

18. O (nome da criança) esta mamando ou mamou no peito? **(0- Não; 1-Sim; 88-NS)** [ ]
(se 0 ou 8, pule para a questão 20)

19. Até quando ele(a) mamou? [ ]
___ dias ___ meses ____anos [ ] Até hoje

20. Qual foi a última vez que (nome criança) se pesou?
***(anote o mês e o ano) (*88-NS)** ____/____

21. Qual o peso dele(a) nesta data? **(88-NS)** _____g

22. Qual foi a última vez que ele(a) mediu sua altura?
(**88-NS**) ***(anote o mês e o ano)*** ____/____

23. Qual foi a altura? (**88-NS**) _____cm

24. O (a) (nome criança) tem algum problema de saúde?
(0- Não; 1-Sim; 88-NS) [ ]
(se 0 ou 88, pule para a questão 26)

25. Quais?
_____
_____

26. O (a) (nome da criança) já foi internada alguma vez?
(0-Não; 1-Sim; 88-NS) [ ]
(*se 0 ou NS, pule para a questão 29)*

27. Quantas vezes? [ ]

28. Com quais problemas?
_____
_____

MÃE

"***Agora vamos falar um pouquinho sobre a Sra./V...***"

29. Qual a sua data de nascimento? ___/___/___

30. Então, quantos anos a Sra./V. tem? [ ]

31. Qual a sua cor? (***ler as opções de resposta***) [ ]
(1- Branca; 2- negra; 3-parda; 4amarela; 5-indígena)

32. Quantas vezes ao todo a Sra./V. já engravidou, contando com a gravidez desse filho? [ ]

33. Qual a sua situação conjugal? [ ]
(1- casada/juntada; 2- solteira; 3- desquitada/separada; 4- viúva; outros_____).
(***se resposta for "1", pule para a questão 35)***

34. Atualmente, a Sra./V. tem algum tipo de relacionamento amoroso que já dure um mês ou mais? [ ]

35. Ele mora com vocês? [ ]
(0-Não; 1-Sim)

36. A Sra./V. já freqüentou ou freqüenta a escola? [ ]
(0-Não; 1-Sim)

37. Qual foi a última série que a Sra./V. completou?

_____série do _____grau

38. A Sra./V. nasceu no do Rio de Janeiro? [ ]
(0-Não; 1-Sim)
(se 1, pule para a questão 40)

39. Há quanto tempo mora no Rio de Janeiro? _____ anos

40. A Sra./V. trabalha fora atualmente? [ ]
(0-Não; 1-Sim)

"Agora vamos falar um pouquinho do que a Sra./V.gosta e costuma fazer no seu dia-dia..."

41. Você gosta de comer doces? [ ]
(0-Não; 1-Sim)
(se 0, pular para 43)

42. Você alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces? [ ]
(0-Não; 1-Sim)

43. Você bebe um chope, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 99-NA)

(Caso 0, pergunte: "nem de vez em quando ou em momentos especiais?") (Se 0, pule para a questão 51)

44. Quantas doses a Sra./V.precisa beber para se sentir "alta", ou seja, quantas doses são necessárias para que a Sra./V. comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"?**(99 – NA)** [ ]

Se a mãe responder em "doses" sem especificar o tipo de bebida, esclareça com ela. Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha

45. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 99-NA)

46. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 99-NA)

47. A Sra./V. come comida muito salgada? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 99-NA)
(se 0, pular para 49)

48. A Sra./V alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de sal da comida? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 99-NA)

49. Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando A Sra./V.bebe? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 99-NA)

50. Alguma vez a Sra./V.acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 99-NA)

51. Nos últimos doze meses a Sra./V. usou algum tipo de droga? [ ]
(0-Não; 1-Sim)
(Se 0, pule para o quadro abaixo)

52. Quais?
_____

"***Agora vamos falar um pouquinho sobre as pessoas que moram em sua casa...***"

A Sra./V.poderia me dizer o nome de cada uma das pessoas que moram com vocês na sua casa? (anotar também as informações da criança)

Nome	Sexo	Idade	Parentesco com a criança

Pular para a questão 57. Preencher as questões 53-56 após a entrevista.

53. Nº de filhos do casal que moram na casa: [ ]

54. Nº de crianças menores de 5 anos: [ ]

55. Nº de crianças entre 05 e 10 anos: [ ]

56. Nº total de pessoas que moram na casa: [ ]

57. Quem é a pessoa de maior renda na família? (grau de parentesco com a criança)
_____

Se for a mãe, preencha as Q. 58 e 59 de acordo com as Q36 e v37. Não faça as perguntas novamente.

58. Ele(a) já freqüentou ou freqüenta a escola? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS)

59. Qual foi a última série que ele(a) completou? [ ]
(88-NS) _____série do ____grau

As questões a seguir se referem ao companheiro atual. Caso ela não tenha, ao pai da criança.

COMPANHEIRO

"Mudando de assunto, agora podemos falar um pouco sobre seu companheiro?"

60. Qual a idade dele? [ ]

Se a pessoa de maior renda for o companheiro, preencha as Q. 61 e 62 sem fazer as perguntas a ela.

61. Ele já freqüentou ou freqüenta a escola? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS)

62. Qual foi a última série que ele(a) completou? [ ]
(88-NS) _____série do ____grau

63. Ele nasceu no Rio de Janeiro? [ ]
(0-Não; 1-Sim)
(se 1, pule para a questão 65)

64. Há quanto tempo mora no Rio de Janeiro?
_____ anos
(se não nasceu e não mora mais no RJ, preencha c/ NM)

65. O seu (ex) companheiro gosta de comer doces? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA)
(Se 0 pule para 68)

66. O seu (ex) companheiro alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces?
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA) [ ]

67. O seu (ex) companheiro bebe um chope, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA)
(Caso 0, pergunte: "nem de vez em quando ou em momentos especiais?") (Se 0, pule para a questão74)

68. Alguma vez o seu companheiro sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA)

69. As pessoas aborrecem o seu companheiro porque criticam o modo dele beber? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA)

70. O seu (ex) companheiro come comida muito salgada?
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA) [ ]
(Se 0 pular para 72)

71. O seu (ex) companheiro alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de sal da comida? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA)

72. O seu companheiro se sente culpado ou chateado pela maneira que costuma beber? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA)

73. O seu companheiro costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA)

74. Nos últimos doze meses o seu companheiro já usou algum tipo de droga? [ ]
(0-Não; 1-Sim; 88-NS; 99-NA)

75. Quais?
_____

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO

"Agora gostaria de conversar um pouco sobre a sua casa..."

A sua casa tem quantos cômodos ao todo contando com cozinha e banheiro e não contando com varanda corredor e área? [ ]

Vocês possuem:

Utensílios	Quantos?
Televisão a cores	76.
Rádio	77.
Banheiro	78.
Automóvel	79.
Aspirador de pó	80.
Máquina de lavar	81.
Vídeo-cassete e/ou DVD	82.
Geladeira	83.
Freezer (independente ou parte de geladeira duplex)	84.

85. Vocês têm empregada doméstica que venha todos os dias? [ ]
(0-Não; 1-Sim)

"Agora vamos falar um pouquinho sobre o que a Sra./V. costuma fazer quando (nome da criança) faz alguma teimosia ou alguma coisa errada..."

RELACIONAMENTO COM A CRIANÇA: APLICAR CTSPC

" Agora, para terminarmos, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre o PSF-LAPA..."

86. A Sra./V.já freqüentou ou já foi visitada pela equipe do PSF?

87. [ ]
(0-Não; 1-Sim) ***(se 0, pule para 89)***

88. Quais as ações que a Sra/V. e sua família costumam utilizar no PSF?

Ações	SIM	NÃO
Consultas clínicas gerais		
Preventivo		
Consulta de pediatria		
Vacinação		
Grupos (gestante, idoso, coral, etc.)		
Fonoaudiologia		
Fisioterapia		
Nutrição		
Psicologia		
Curativos/consultas de enfermagem		
Dentista		
Exames		
Outros:		

89. Qual o melhor horário para o agente de saúde vir a sua casa?
[ ]

(1-Manhã; 2-Tarde; 3-Noite; 4-Sábado)

Você gostaria de falar mais alguma coisa?
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

"Bom, agora terminamos!! Muito Obrigada!!!"

Fim da entrevista (horário): ____/_____

Observações do entrevistador:
_____
_____
_____
_____
_____

CTSPC-MÃE

1) Número do questionário:

2) Relação investigada: CRIANÇA x _____ (A*notar nome e parentesco com a criança)*

3) A Sra.V. acha (nome da criança) muito levado(a)? (O-Não; l-Sim) [ ]

- **0 ➔ Não aconteceu; 1 ➔ Aconteceu uma vez: 2 ➔ Aconteceu mais de uma vez.**
- **Caso ela tenha dito que já praticou algum dos atos abaixo e no momento do questionamento, ela negar que praticou, perguntar "mas a Sra./V não disse agora a pouco que fazia tal coisa?"**

"Crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. Eu gostaria de saber o que a Sra./V. costuma fazer quando o (nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz a Sra./v. ficar irritada ou zangada.

Eu vou ler algumas coisas que a Sra./V. pode ter feito nessas horas. "Eu gostaria de saber se, desde (mês da entrevista) do ano passado até o momento essas coisas aconteceram..."

"Nos últimos doze meses, quando (nome da criança) faz alguma coisa errada...."

4) A Sra./V. explicou a (nome da criança) porque o que ele/a estava fazendo estava errado? [ ]

5) A Sra/V. colocou ele/a de castigo do tipo: mandou ele ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar? [ ]

6) A Sra./V. sacudiu (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

7) A Sra./V. bateu no bumbum dele/a com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

8) A Sra/V. deu a ele/a outra coisa para fazer ao invés daquilo que ele/a estava fazendo de errado? [ ]

9) A Sra./V. falou alto, berrou ou gritou com (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

"Nos últimos doze meses, quando (nome da criança) fazia alguma coisa errada...."

10) A Sra/V. bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele/a? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

11) A Sra./V. deu uma palmada no bumbum de (nome da criança)? Isso aconteceu mais dé uma vez? [ ]

12) A Sra./V. agarrou ele pelo pescoço e o sacudiu? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

13) A Sra./V. xingou ou praguejou, quer dizer, "rogou praga", contra ele/a? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

14) A Sra./V. bateu muito em (nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que a Sra./V.conseguiu? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

15) A Sra./V. disse alguma vez que iria expulsar ele/a de casa ou enxotá-lo/a para fora de casa? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

16) A Sra./V. queimou ou derramou líquido quente em (nome da criança) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

17) A Sra./V. ameaçou dar um tapa nele/a mas não deu? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

No último ano quando (nome da criança) fazia algum mal-feito...

18) A Sra/V. bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

19) A Sra./V. deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

20) A Sra./V. tirou as regalias dele/a ou deixou ele/a sem sair de casa? [ ]

21) A Sra./V. deu um beliscão em (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

22) A Sra./V. ameaçou eleja com uma faca ou arma? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

23) A Sra./V. jogou (nome da criança) no chão? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

24) A Sra./V. chamou ele/a de estúpido/a, burro/a, preguiçoso/a ou de outra coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

25) A Sra./V. deu um tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

FAÇA A CTSPC - COMPANHEIRO (OU PAI, SE NÃO TIVER COMPANHEIRO). CASO NÃO TENHA COMPANHEIRO E NÃO TENHA CONTATO COM O PAI DA CRIANÇA ➔ VOLTAR PARA TERMINAR O QUESTIONÁRIO

CTSPC-COMPANHEIRO

1) Número do questionário: ----------_____

2) Relação investigada: CRIANÇA x ---------- _____*(anotar nome e parentesco com a criança)I*

3) O seu companheiro acha (nome da criança) muito levado(a)? (Não; l-Sim; 88-NS) [ ]

"Como eu disse, crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. Eu gostaria de saber o que (nome do companheiro) costuma fazer quando o (nome da criança) faz algumal coisa errada, ou faz ele ficar irritado ou zangado.
"Nos últimos doze meses, quando (nome da criança) faz alguma coisa errada..."

- **O ➔Não aconteceu; 1 - Aconteceu uma vez; 2 - Aconteceu mais de uma vez.**
- **Caso ela já tenha dito que o companheiro praticou algum dos atos abaixo e no momento do questionamento, ela negar que ele tenha praticado, perguntar "mas a Sra./V não disse agora há pouco que ela havia feito tal coisa?"**

4) O seu companheiro explicou a (nome da criança) porque o que eleja estava fazendo estava errado? [ ]

5) O seu companheiro colocou eleja de castigo do tipo: mandou ele ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar? [ ]

6) O seu companheiro sacudiu (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

7) O seu companheiro bateu no bumbum dele já com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

8) O seu companheiro deu a eleja outra coisa para fazer ao invés daquilo que ele/a estava fazendo de errado? [ ]

9) O seu companheiro falou alto, berrou ou gritou com (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

"Nos últimos doze meses, quando (nome da criança) fazia alguma coisa errada..."

10) O seu companheiro bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele/a? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

11) O seu companheiro deu uma palmada no bumbum de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

12) O seu companheiro agarrou ele pelo pescoço e o sacudiu? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

13) O seu companheiro xingou ou praguejou, quer dizer, "rogou praga", contra ele/a? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

14) O seu companheiro bateu muito em (nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que ele conseguiu? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

15) O seu companheiro disse alguma vez que iria expulsar eleja de casa ou enxotá-Io(a) para fora de casa? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

16) O seu companheiro queimou ou derramou liquido quente em (nome da criança) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

17) O seu companheiro ameaçou dar um tapa nele já mas não deu? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

No último ano quando (nome da criança) fazia algum mal-feito...

18) O seu companheiro bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

19) O seu companheiro deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

20) O seu companheiro tirou as regalias dele já ou deixou eleja sem sair de casa? [ ]

21) O seu companheiro deu um beliscão em (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

22) O seu companheiro ameaçou eleja com uma faca ou arma? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

23) O seu companheiro jogou (nome da criança) no chão? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

24) O seu companheiro chamou eleja de estúpido/a, burro/a, preguiçoso/a ou de outra coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

25) O seu companheiro deu um tapa, bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

VOLTAR PARA O QUESTIONÁRIO PRINCIPAL

CTSPC-CUIDADOR (2° entrevista)

1) Número do questionário: -------
*2)*Relação investigada: CRIANÇA x _____ *(anotar nome e parentesco com a criança)*

"Bom dia, meu nome é (nome da entrevistadora). Sou entrevistadora da pesquisa sobre condições de saúde das crianças matriculadas no Programa Saúde da Família (PSF) da Lapa." A (nome da mãe) Já conversou com a Sra.V. sobre o que é a pesquisa'2

Passe para a leitura do termo de consentimento e peça a assinatura da entrevistada

"Então, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre a Sra./V. e (nome da criança)"

3) Qual a idade de (nome da criança)

4) O (nome da criança) freqüenta creche ou escola? [ ]
(O - não; 1- sim) *(se a resposta for "O", pule para a questão 6)*

5) Qual a série que (nome criança) está cursando? (0- creche, jardim ou CA; 99-NA) [ ]

6) E a Sra./V. freqüenta ou já freqüentou a escola? [ ]
(O - não; 1- sim) *(se a resposta for "O", pule para a questão 8)*
___ série do __ __ grau

7) Qual foi o último ano que completou? (99-NA) [ ]

8) Quantos anos a Sra./V. tem? [ ]

9) Qual a sua cor? *(ler as opções de resposta)* (Branca; 2- negra; 3-parda; 4amarela; 5-indígena) [ ]

10) A Sra.V. acha (nome da criança) muito levado(a)? (O-Não; l-Sim) [ ]

"Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho sobre o que a Sra/V. costuma fazer quando (nome da criança) faz algum mal-feito"...

"Crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. Eu gostaria de saber o que a Sra.1V. costuma fazer quando o (nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz a Sra.1V. ficar irritada ou zangada.

Eu vou ler algumas coisas que a Sra./V. pode ter feito nessas horas. "Eu gostaria de saber se, desde (mês da entrevista) do ano passado até o momento essas coisas aconteceram ... "

- **0 ➔ Não aconteceu; 1 ➔ Aconteceu uma vez; 2 ➔ Aconteceu mais de uma vez.**
- **Caso ela tenha dito que costuma praticar algum dos atos abaixo e no momento do questionamento, ela negar que o tenha feito, perguntar "mas a Sra./V não disse agora há pouco que fazia tal coisa?"**

"Nos últimos doze meses, quando (nome da criança) faz alguma coisa errada ....

11) A Sra./V. explicou a (nome da criança) porque o que eleja estava fazendo estava errado? [ ]

12) A Sra./V. colocou eleja de castigo do tipo: mandou ele ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar? [ ]

13) A Sra./V. sacudiu (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

14) A Sra./V. bateu no bumbum dele já com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

15) A Sra./V. deu a eleja outra coisa para fazer ao invés daquilo que eleja estava fazendo de errado? [ ]

16) A Sra./V. falou alto, berrou ou gritou com (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? [ ]

"Nos últimos doze meses, quando (nome da criança) fazia alguma coisa errada ...."

17) A Sra./V. bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele/a? Isso aconteceu mais de uma vez?

18) A Sra./V. deu uma palmada no bumbum de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?

19) A Sra./V. agarrou ele pelo pescoço e o sacudiu? Isso aconteceu mais de uma vez?

20) A Sra./V. xingou ou praguejou, quer dizer, "rogou praga", contra ele/a? Isso aconteceu mais de uma vez?

21) A Sra./V. bateu muito em (nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que a Sra./V.conseguiu? Isso aconteceu mais de uma vez?

22) A Sra./V. disse alguma vez que iria expulsar eleja de casa ou enxotá-lo já para fora de casa? Isso aconteceu mais de uma vez?

23) A Sra./V. queimou ou derramou líquido quente em (nome da criança) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?

24 A Sra./V. ameaçou dar um tapa nele/a mas não deu? Isso aconteceu mais de uma vez?

No último ano quando (nome da criança) fazia algum mal-feito...

25)A Sra./V. bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez?

26) A Sra./V. deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?

27) A Sra./V. tirou as regalias dele/a ou deixou eleja sem sair de casa?

28) A Sra./V. deu um beliscão em (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?

29 A Sra./V. ameaçou eleja com uma faca ou arma? Isso aconteceu mais de uma vez?

30) A Sra./V. jogou (nome da criança) no chão? Isso aconteceu mais de uma vez?

31) A Sra./V. chamou eleja de estúpido/a, burro/a, preguiçoso/a ou de outra coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?

32) A Sra./V. deu um tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?

33) A Sra./V. gostaria de comentar mais alguma coisa?

Bom, então, terminamos a entrevista... Muito obrigada pela sua colaboração!

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo