

**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**A violência intrafamiliar e o adolescente que vive  
com HIV/Aids: fatores de proteção e  
de vulnerabilidade**

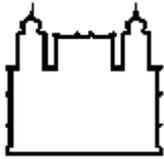
**Ana Cláudia Mamede Wiering de Barros**

**Rio de Janeiro  
Março de 2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

# **A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/Aids: fatores de proteção e de vulnerabilidade**

**Ana Cláudia Mamede Wiering de Barros**

Dissertação apresentada à Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof. Dra. Suely Deslandes  
Co-orientadora: Prof. Dra. Olga Bastos

Rio de Janeiro  
Março de 2009

## Agradecimentos

*“A solidão não constrói.*

*Uma obra, qualquer que seja, é sempre obra de muitas mãos.*

*Às minhas coube, ainda uma vez, reunir as contribuições de tantas outras na construção deste trabalho.*

*Caibam-lhes também, mais uma vez, estender-se para elas num gesto simples de gratidão. “Mais que isso: de comunhão.” (Maria Aparecida Mamede, 1977)*

Há muitos anos, minha mãe escreveu esse texto nos agradecimentos de sua tese de doutorado. Eu, ainda adolescente, vivenciei a corrida frenética para que o trabalho fosse terminado e, em uma época não informatizada, o barulho da máquina de escrever era uma constante. A casa virou um entra-e-sai de amigos e alunas, todos contribuindo, a seu modo, para que tudo desse certo.

Hoje sou eu que vivo esse momento. E esse texto traduz exatamente o que senti ao longo desses dois anos de mestrado. Já temos a facilidade dos notebooks, da internet, do e-mail e do celular, mas ainda dependemos dos amigos para construirmos nossos caminhos. E se eu cheguei até aqui, foi porque muitas mãos me foram estendidas, cada uma de um jeito diferente, mas todas elas me levaram para frente. Agora é o momento de agradecer.

A *Ricardo*, ao meu lado há tantos anos, um grande marido-amigo-parceiro. Sempre me incentivando, muitas vezes patrocinando meus desejos profissionais e principalmente, acreditando na minha capacidade. Não teria conseguido chegar até aqui sem sua ajuda. *Mãos que amam e me fazem muito feliz...*

À *Olga Bastos*, colega de “andar”- amiga- orientadora. Competente, otimista e sempre disponível. Mesmo diante de uma possível “catástrofe”, fazia piada, me deixando mais calma (ou menos ansiosa). Nossas “supervisões” na lanchonete com cafezinho e bolo de laranja jamais serão esquecidas. Serei

eternamente grata por tudo. Foi muito bom tê-la ao meu lado, agindo como um “fator de proteção”. Não poderia ter sido com mais ninguém. *Mãos que orientam e encorajam...*

À *Suely Deslandes*, por dividir comigo seu conhecimento, dando “aquele” toque especial a esse trabalho. *Mãos que ensinam...*

A *Marcos Pone*, chefe do Serviço de Dipe e grande amigo. Sempre disposto a ajudar, me liberando do ambulatório para estudos, aulas, trabalhos em grupo, apresentações. *Mãos que apoiam...*

À *Rachel Niskier Sanchez*, extremamente prestativa e preocupada com o andamento do mestrado. Suas palavras encorajadoras foram muito importantes nessa trajetória. *Mãos que incentivam...*

Às amigas de equipe *Cecy Dunshee de Abranches* e *Maria Luiza Falci Werner*, por me ajudarem emprestando livros, calculando “IMC” e, principalmente, por me ouvirem com paciência, me estimulando a seguir em frente, quando tudo parecia ser tão difícil. *Mãos que confortam...*

À *Tatiana Melino* e à *Mariza Saavedra*, pela boa-vontade ao me substituírem no ambulatório, todas as vezes que precisei me afastar por causa do mestrado. *Mãos que somam...*

À *Priscila Mattos*, por sua ajuda na aplicação dos questionários, sempre animada e disponível. *Mãos que alegam...*

À *Olga Bomfim*, de amiga do mestrado à amiga de todos os momentos, por tudo que passamos juntas. Parceiras de aulas, de trabalhos, de vida. *Mãos que acolhem...*

Às amigas de mestrado *Camila Aloísio Alves* e *Rúbia Villar*, pela força durante toda essa jornada. *Mãos que torcem...*

À *Flávia Nízia Ribeiro*, pela paciência e pela concepção dos slides da apresentação final. *Mãos que criam...*

À Banca examinadora, *Dra. Simone Gonçalves de Assis* e *Dra. Claudete Araújo Cardoso*, por aceitarem participar da minha defesa, ajudando na confecção desse trabalho. *Mãos que acrescentam...*

À *Dra. Martha Cristina Moreira* e à *Dra. Eloisa Grossman*, por ficarem disponíveis para qualquer eventualidade. *Mãos que solidarizam...*

A meus pais, *Apparecida* e *Mamede*, e às minhas irmãs, *Bel* e *Vicky*, pelo apoio recebido durante essa jornada. *Mãos que sustentam...*

À *Honey*, pelas muitas noites em que ficou ao meu lado me fazendo companhia. *Mãos que acompanham...*

À *Juliana* e a *Leonardo*, pela paciência nos momentos de estresse e descontrole. *Mãos que amam e que me fazem muito feliz...*

*“No campo da dor e do sofrimento excessivo, a tentativa de fazer ouvir a voz do outro se debate com a vontade de calar-se e também com a impossibilidade de dizer.”*

Pedro Paulo Gomes Pereira – “O terror e a dádiva”, 2004

## **Resumo**

O objetivo deste trabalho foi o de analisar os fatores de proteção e de vulnerabilidade à violência intrafamiliar física e/ou psicológica entre adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical. Este grupo encontra-se especialmente suscetível por apresentar fatores de vulnerabilidade como doença crônica, orfandade com conseqüente troca de cuidadores e comprometimento da imagem corporal.

Foi realizada uma pesquisa com adolescentes que vivem com HIV/Aids atendidos num hospital de referência, composta por duas etapas: quantitativa e qualitativa. A primeira abrangeu a análise dos prontuários dos adolescentes em relação aos fatores de vulnerabilidade, seguida pela aplicação dos instrumentos CTSPC e Escala de Violência Psicológica, para aferição do tipo de violência intrafamiliar acometida. A segunda parte constou de entrevistas semi-estruturadas com os adolescentes que apresentaram os maiores e os menores escores para violência nos instrumentos utilizados. A triangulação de métodos foi utilizada para análise dos dados.

As entrevistas evidenciaram a importância dos fatores de proteção na prevenção da violência intrafamiliar.

Tendo em vista que a violência intrafamiliar gera graves conseqüências àqueles por ela atingida, se torna fundamental que o profissional de saúde esteja atento a estas questões, não só na identificação das situações de violência, como também no reconhecimento dos fatores de vulnerabilidade e no incentivo aos fatores de proteção aos maus-tratos.

## ABSTRACT

A research was carried out with thirty four adolescents who are HIV/AIDS-infected, treated by a reference hospital, in two phases: quantitative and qualitative. The first one included the analysis of the adolescents' prontology regarding the vulnerability factors, followed by the application of the tools *Parent Child Conflict Tactics Scales* and *Scale of Psychological Violence*, to evaluate the type of intrafamilial violence attack. The second part was comprised of semi-structured interviews with eight adolescents who presented the highest and the lower scores for violence, by considering the adopted tools. The triangulation method was utilized for analysis of the data.

This work was aimed to analyze the protection and vulnerability factors to the physical and/or psychological intrafamilial violence among adolescents who are HIV/AIDS-infected by vertical transmission. This group finds itself specially susceptible since they present factors of vulnerability, such as chronic illness, orphanhood with consequent change of caretakers and the compromising of their corporal image.

Notwithstanding the detection of vulnerability factors to maltreatment, the interviews have disclosed the importance of the protection factors in the prevention of the intrafamilial violence.

Having in mind that this kind of violence generates serious consequences to those who are hit, it becomes paramount that every health professional is aware of these points, not only to identify the violence situations, but also in the

recognition of the vulnerability factors and encouragement of the protection factors for maltreatment.

Keywords: intrafamilial violence; AIDS; adolescent

## SUMÁRIO

### Páginas

<b>I. Introdução</b>	13
<b>II. Justificativa</b>	18
<b>III. Objetivos</b>	21
<b>IV. Referencial Teórico</b>	
IV.1- Violência intrafamiliar	22
IV.2- Adolescência e o adolescente que vive com HIV/Aids	28
<b>V. Pressupostos</b>	34
<b>VI. Metodologia</b>	35
VI.1- Estudo Quantitativo	
VI.1.1 – Análise dos Prontuários	37
VI.1.2 – Aplicação dos Instrumentos	39
VI.1.2.1 Instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales	40
VI.1.2.2 Escala de Violência Psicológica	43
VI.2- Estudo Qualitativo	44
VI.3- Análise dos Dados	46
<b>VII- Procedimentos Éticos</b>	48
<b>VIII- Resultados e Discussão</b>	
VIII.1- Caracterizando os adolescentes que vivem com HIV/Aids	49
VIII.2- Identificando os adolescentes que vivem com HIV/Aids vítimas de violência intrafamiliar	57

VIII.3- Conhecendo os adolescentes que vivem com HIV/Aids em relação à violência intrafamiliar	59
VIII.3.1- O diagnóstico e as suas conseqüências	60
VIII.3.2- As relações sociais	
VIII.3.2.1- Suporte social	69
VIII.3.2.2- Convivência social	72
VIII.3.3- Convivência familiar	
VIII.3.3.1- Vivendo sem violência intrafamiliar	75
VIII.3.3.2- Vivendo com violência intrafamiliar	78
<b>IX- Considerações Finais</b>	<b>93</b>
<b>X- Referências Bibliográficas</b>	<b>96</b>
<b>XI- Anexos</b>	<b>105</b>
<b>XII- Apêndices</b>	<b>117</b>

## I- INTRODUÇÃO

A violência é um problema de Saúde Pública, que afeta todas as camadas da sociedade, e é responsável por altas taxas de morbimortalidade. No Brasil, ao longo dos últimos vinte anos, os agravos provocados por violência e acidentes (causas externas), juntamente com as doenças crônicas e degenerativas, vêm apresentando maior incidência do que as doenças infecciosas, modificando o perfil epidemiológico do país (Minayo, 2007). É um fenômeno universal que atinge o próprio indivíduo, o outro, um grupo ou uma comunidade através da ameaça, da força física ou do poder real (Krug et al, 2002). Sua gênese é complexa e multicausal e repercute drasticamente na vida daquelas por ela atingida (WHO, 2006).

Dentre as muitas formas de apresentação da violência, a intrafamiliar atinge crianças e adolescentes e é reconhecida internacionalmente como uma questão que envolve direitos humanos, aspectos legais e sociais. Provoca lesões e traumas físicos e/ou emocionais, repercutindo no futuro daqueles que são por ela acometidos. Estudos mostram que a exposição aos maus-tratos e a outras formas de violência durante a infância e a adolescência, pode estar associada a comportamentos de risco na fase adulta, como por exemplo, perpetração da violência, depressão, obesidade e uso de drogas (Reichenheim, 1999; Krug et al, 2002; Hornor, 2005; Pinheiro, 2006; WHO, 2006).

Não existem dados fidedignos de violência intrafamiliar em relação à criança e ao adolescente. Mesmo dentre os países desenvolvidos, há um nível muito desigual no investimento da notificação dos casos de violência intrafamiliar. Um estudo da Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*)

realizado em 2006 pondera que a ausência de um sistema competente de controle, e o receio por parte das vítimas em realizar a denúncia seriam a explicação para tal. Assim sendo, as estatísticas oficiais não condizem com a realidade (Pinheiro, 2006).

No Brasil, o Sistema de Informação de Proteção à Infância e Adolescência (SIPIA), apesar das limitações que ainda apresenta, revela que entre os anos de 1999 a 2007, houve um total de 711.294 casos notificados referentes a todos os tipos de violação dos direitos humanos, envolvendo crianças e adolescentes entre 0 a 18 anos. Em relação ao gênero, foram notificados 333.344 casos no sexo feminino, e 377.950 no sexo masculino. A faixa etária compreendida entre 12 a 18 anos totalizou 340.964 casos. O SIPIA identifica algumas categorias de direitos violados, e entre elas, a “convivência familiar e comunitária”, que em todas as faixas etárias, totalizou 347.811 do total das notificações. O agente violador mais encontrado foi a mãe, seguido pelo pai, padrasto e avós da criança ou do adolescente (SIPIA, 2007).

Como medidas de combate à violência, as políticas públicas, através do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, têm como proposta criar intervenções que diminuam sua incidência (Portaria n. 737, 2001; Minayo, 2007).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990, vem ao encontro da necessidade de prevenir e proteger as crianças e os adolescentes, em especial aquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade aos maus-tratos. A partir de sua implantação, a criança e o adolescente passam a ser considerados portadores de direitos especiais, de respeito e de proteção

integral, por sua condição de pessoas em desenvolvimento físico, moral e psicológico (Ministério da Saúde, 2002). De acordo com o artigo 13 do Estatuto, uma vez verificada qualquer suspeita de maus-tratos, médicos, professores, responsáveis por estabelecimento de ensino, vizinhos ou parentes deverão obrigatoriamente comunicar o caso ao Conselho Tutelar da respectiva região.

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, mas não jurisdicional, que visa cuidar do cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes. Caso a notificação não seja realizada, os mesmos estarão sujeitos à penalidade (multa de três a vinte salários de referência), conforme prevê o artigo 245 (Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990). Embora todos os casos de maus-tratos devam ser notificados aos Conselhos Tutelares, os serviços de saúde apresentam dificuldades para diagnosticar e registrar os casos, levando a subnotificação de registros (Ministério da Saúde, 2001).

Outra providência no enfrentamento da violência foi a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria n. 737, de 16/05/2001). Seu objetivo é a promoção da saúde e a prevenção desses eventos, através de procedimentos de articulação com diferentes segmentos sociais. A Política Nacional apresenta sete diretrizes. A *promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros* visa envolver a mobilização da sociedade e da mídia, usando diferentes estratégias, como campanhas, debates, seminários e oficinas. A *monitorização da ocorrência de acidentes e de violências* pretende promover a capacitação e mobilização dos profissionais de saúde e dos gestores para aperfeiçoamento do sistema de informações e de investigações relativas aos acidentes e violências. A *sistematização, ampliação*

*e consolidação do atendimento pré-hospitalar* buscam usar medidas como preparação de pessoal e aquisição de materiais, que levem ao aperfeiçoamento dos serviços existentes, integrando este atendimento pré-hospitalar ao atendimento hospitalar de emergência. Sugere-se que a *assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências* sejam feitas através da organização e estruturação da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), para que violências e acidentes possam ser diagnosticados e os usuários possam receber atendimento digno e de qualidade. Assim sendo, além da criação de protocolos para padronização de condutas no tratamento das vítimas de acidentes e violências, também se orienta a valorização, a especialização e a atualização dos profissionais que trabalham nos serviços de emergência. A *estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação* englobam tanto regras relacionadas a estes processos, como também no investimento de aparelhos próprios para o atendimento desses pacientes. A diretriz *capacitação de recursos humanos* contempla toda forma de execução das diretrizes, sendo através de treinamento, capacitação ou criação de disciplinas relacionadas ao tema nos currículos dos cursos dentro da área de saúde. Finalizando, a última diretriz é o *apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas*, no qual pesquisas sócio-antropológicas, epidemiológicas e clínicas deverão juntas, identificar fatores de proteção e de vulnerabilidade à violência e acidentes.

Crianças e adolescentes são susceptíveis aos maus-tratos, e dentro desse contexto, aqueles com doença crônica que exijam cuidados complexos são ainda mais vulneráveis (Saito, 2001; WHO, 2006). Entre eles, os adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical formam um grupo singular de

análise. Além de terem uma doença crônica e estigmatizante, que por si só pode levar a suscetibilidade à violência intrafamiliar, também podem apresentar alterações quanto ao crescimento e desenvolvimento, seqüelas por doenças anteriores, vários episódios de internação e diversos efeitos colaterais pelo longo uso dos medicamentos antiretrovirais (Buchacz et al., 2003; Ministério da Saúde, 2007). Esse quadro pode levar à baixa auto-estima. Associado a isso, a orfandade e a troca freqüente de cuidadores, podem gerar sofrimento, contribuindo para potencializar uma maior vulnerabilidade do adolescente à violência intrafamiliar. (França-Júnior, 2006 et al.; Ministério da Saúde, 2006).

Entretanto, mesmo diante deste quadro, podem existir fatores que quando presentes nessas famílias protegem os adolescentes contra as diversas formas de violência intrafamiliar, os chamados fatores de proteção (WHO, 2006). Este trabalho propôs um estudo dos fatores de proteção e de vulnerabilidade relacionados à violência intrafamiliar no adolescente que vive com HIV/Aids, infectado por transmissão vertical.

## II- JUSTIFICATIVA

O interesse no presente trabalho está diretamente relacionado à minha trajetória profissional. Trabalho há onze anos no Ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas (DIPe) do Instituto Fernandes Figueira, coordenando o atendimento dos pacientes que vivem com HIV/Aids. Ao longo desse tempo, conforme as crianças cresciam e se tornavam adolescentes, pude perceber que alguns deles se sentiam diferentes dos seus pares. Apresentavam atraso no desenvolvimento físico, alterações corporais pelo uso crônico dos medicamentos antiretrovirais, seqüelas de doenças anteriores, alterações cognitivas e motoras, sentindo-se assim excluídos dos seus grupos. Alguns eram vítimas de violência intrafamiliar. Por outro lado, existiam famílias que embora estivessem dentro de um mesmo contexto, aparentemente não apresentavam qualquer tipo de ameaça, conseguindo superar as adversidades.

O presente estudo apresenta relevância social por potencialmente contribuir para que profissionais de saúde que atendem adolescentes que vivem com HIV/Aids tenham um olhar mais atento às situações de vulnerabilidade a que estes adolescentes possam estar sujeitos, prevenindo-os de sofrer violência intrafamiliar. Por outro lado, uma vez identificada a agressão, que esse profissional possa notificar e orientar essa família.

Numa busca bibliográfica realizada através da base de dados do PubMed, em janeiro de 2009, colocando-se como palavra chave “domestic violence” encontrou-se 27.052 artigos citados, 7.432 artigos sobre “domestic violence and adolescent”, mas ao acrescentar “chronic disease”, 297 foram achados. Quando procurado por “domestic violence and Aids” 367 artigos surgiram, e 139 sobre “domestic violence and adolescent and Aids”. A maioria dos

trabalhos encontrados eram relacionados à Aids como consequência ao abuso sexual, ao comportamento de risco para HIV/Aids em jovens que sofreram violência na infância, violência física entre casais e profilaxia pós abuso sexual. Na mesma data, uma pesquisa feita na base de dados Scielo, com as mesmas palavras-chaves encontrou 136 artigos sobre “violência doméstica”, 19 artigos sobre “violência doméstica e adolescente” e nenhum artigo sobre “violência doméstica e doença crônica”, ou sobre “violência doméstica e Aids”, ou sobre “violência doméstica e adolescente e Aids”.

Foram consultadas duas revistas específicas, de projeção internacional: Child Abuse & Neglect e Aids. Na primeira encontrou-se 2.164 artigos sobre “domestic violence”, 841 sobre “domestic violence and adolescent”, 17 sobre “domestic violence and chronic disease”, 22 sobre “domestic violence and Aids”, e 12 sobre “domestic violence and adolescent and Aids”. Na revista Aids verificou-se 9 artigos sobre “domestic violence”, sendo a maioria relacionada ao abuso sexual e prevenção da Aids pós violência sexual, e apenas 2 sobre “domestic violence and adolescent”, sendo um deles sobre orfandade e o risco de ter HIV entre adolescentes do sexo feminino, e o outro sobre violência entre parceiros e comportamento de risco para HIV. **(tabela 1)**

**Tabela 1 - Número de publicações encontradas entre 1992 – 2009**

Palavras-chaves	Número de artigos			
	Bancos de dados		Revistas científicas	
	Pub Med	Scielo	Child abuse & negl n = 2.437	Aids n = 9.372
<b>domestic violence</b>	27.052	136	2.164	14
<b>domestic violence and chronic disease</b>	297	0	17	0
<b>domestic violence and adolescent</b>	7.432	19	841	2
<b>domestic violence and Aids</b>	367	0	22	-
<b>domestic violence and adolescent and Aids</b>	139	0	12	-

### III- OBJETIVOS

#### III.1- Objetivo Geral

Analisar fatores de proteção e de vulnerabilidade à violência intrafamiliar entre adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical.

### **III 2 – Objetivos Específicos**

- ✓ identificar e analisar os relatos de situações/episódios de violência intrafamiliar
  
- ✓ analisar fatores de proteção presentes nos relatos de adolescentes
  
- ✓ analisar fatores de vulnerabilidade presentes nos relatos de adolescentes

## IV- REFERENCIAL TEÓRICO

### IV.1- Violência Intrafamiliar

Existem diversas maneiras da violência se manifestar. Segundo Minayo (2007:24),

*“a violência criminal é praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida, e aos seus bens,(...) Dentre os problemas temos o tráfico de drogas e de armas, gangues, exploração sexual e do trabalho infantil”*

Por *violência estrutural* compreende como a que está relacionada às desigualdades sociais, culturais, de gênero, de idade ou de raça, levando à miséria, à má distribuição de renda, a falta de saneamento, a falta de emprego e ausência de lazer. A *violência institucional* é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, judiciário e delegacias, onde principalmente através da rigidez dos regulamentos, produzem uma estrutura social injusta. A *violência auto-infligida* refere-se aos suicídios, às automutilações e às tentativas de se matar. A *violência cultural* é aquela que se manifesta através das discriminações e preconceitos em relação ao gênero, raça e a pessoas com deficiência. A *violência interpessoal* é a forma de violência que ocorre na relação entre pessoas, gerando autoritarismo, maus-tratos, ameaças e morte, por uma incompetência de resolver conflitos através do diálogo. Finalmente, a *violência intrafamiliar*, temática do presente projeto, é a violência interpessoal praticada dentro do ambiente familiar (Minayo, 2007).

Na *violência intrafamiliar*, formas agressivas e cruéis de relacionamento são freqüentemente usadas pelos pais ou por algum outro membro da família, incluindo aqueles indivíduos que passam a assumir função parental. Esse

conceito não se refere apenas ao espaço físico onde a violência se dá, mas à convivência entre os componentes daquele núcleo familiar (Ministério da Saúde, 2002). A família, que deveria ser um espaço de relações com vínculos afetivos positivos, passa a desempenhar um papel de subordinação-dominação, destruindo a integridade física, emocional, comportamental, intelectual e cognitiva da criança e do adolescente vitimizados, com conseqüências maléficas para seu crescimento e desenvolvimento (Deslandes, 1994; Reichenheim et al., 1999; Ministério da Saúde, 2001; Suárez e Menkes, 2006).

A violência intrafamiliar pode se apresentar de diversas maneiras, e com diferentes graus de gravidade, sendo geralmente os pais ou cuidadores seus maiores responsáveis (Reichenheim et al., 1999; Sidebotham et al, 2002; WHO, 2006). Pode ser dos seguintes tipos: a violência física, a sexual e a psicológica, bem como a negligência, sendo esse conjunto de atos violentos denominados “maus-tratos” (Deslandes, 1994). Mesmo que não sofra maus-tratos diretamente, a criança que testemunha violência entre familiares, poderá apresentar não somente distúrbios emocionais, como também, quando chegar à idade adulta, repetir o modelo de violência ao qual foi exposto (Suárez e Menkes, 2006; Sullica e Schirmer, 2006; WHO, 2006).

Os *maus-tratos físicos*, também chamados de abuso ou violência física, são atos violentos onde o uso da força física é realizado de maneira intencional, com o intuito de ferir, lesar ou destruir, deixando ou não marcas no corpo da pessoa agredida. Podem se apresentar com diferentes níveis de gravidade, desde tapas, empurrões, chutes e beliscões, até o uso de objetos que provoquem queimaduras, lesões corto-contusas, lesões por arma de fogo,

sufocações e mutilações (Ministério da Saúde, 2001 e 2002; WHO, 2006; Minayo, 2007). O tipo de maus-tratos mais freqüente é o físico, provavelmente porque existe o senso comum que a punição corporal faz parte da educação da criança, e assim sendo, os pais e os responsáveis não a consideram como um tipo de violência (Deslandes, 1994, Sullica e Schirmer, 2006, WHO, 2006).

O *abuso sexual* ou violência sexual é toda a ação que através do uso da força física, intimidação ou ameaças, estimula ou obriga a criança ou o adolescente a manter desde práticas eróticas até o contato sexual, com ou sem penetração (Ministério da Saúde, 2001 e 2002; Minayo, 2007).

Os *maus-tratos psicológicos*, ou violência psicológica, são todas as ações que geram humilhação, chantagem, desqualificação, discriminação, desrespeito, exploração, cobrança exagerada e terror. É muitas vezes difícil de ser diagnosticada, apresentando conseqüências devastadoras para a auto-estima e à construção da personalidade do indivíduo em formação (Ministério da Saúde, 2001 e 2002; Minayo, 2007).

A *Síndrome de Munchausen por procuração* é um tipo de maus-tratos onde os pais e ou responsáveis simulam doenças físicas na criança, fazendo com que a mesma realize exames laboratoriais desnecessários, use medicações sem nenhuma indicação real e fique hospitalizada para investigações. Esses atos poderão causar danos físicos e psicológicos, muitas vezes dramáticos (Ministério da Saúde, 2002).

A *negligência* ocorre quando pais ou cuidadores, mesmo dispondo de recursos financeiros, deixam de fornecer as necessidades básicas para o completo desenvolvimento físico e mental da criança ou do adolescente. A privação de consultas médicas, da higiene, do convívio social, e de freqüentar

a escola, são exemplos de tais atos. O abandono é a forma extrema de negligência. Diante da situação de miséria e de extrema pobreza que várias famílias se encontram no nosso país, o reconhecimento da negligência se torna muito difícil (Ministério da Saúde, 2002).

Este trabalho abordará a violência física e a violência psicológica, não abrangendo as outras formas de violência intrafamiliar.

Diversas teorias e modelos tentam explicar as causas, as conseqüências e a prevenção da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, sendo o modelo ecológico o mais aceito. Este reconhece a interação de fatores individuais da criança ou do adolescente, de relacionamento, os que dizem respeito à comunidade e ao ambiente cultural, social e econômico como responsável pela maior suscetibilidade ou proteção à violência (Krug et al, 2002; WHO, 2004 e 2006). A análise destes aspectos permite o reconhecimento de fatores de vulnerabilidade e de fatores de proteção aos maus-tratos.

Vulnerabilidade é um conjunto de aspectos que vão além do individual, englobando também aspectos coletivos, levando a maior suscetibilidade aos agravos, e a menor capacidade de se proteger. O conceito de vulnerabilidade está diretamente relacionado à violência intrafamiliar, e surgiu no cenário da saúde pública no início da década de 80, a partir do aparecimento da Aids, numa tentativa de explicar a tendência individualizante da doença. É diferente do conceito de risco, utilizado em estudos epidemiológicos, que significa a probabilidade que um indivíduo tem em apresentar determinado desfecho quando exposto a uma ou mais variáveis, deixando de pertencer a um determinado grupo identitário (expostos), para pertencer a outro grupo

(afetados) (Ayres et al, 2003; Calazans et al., 2006; Sanchez e Bertolozzi, 2007).

Vários são os fatores de vulnerabilidade apontados pela literatura, que podem ser sócio-ambientais e/ou sócio-familiares. Entre os sócio-ambientais destacam-se: condições de pobreza ou empobrecimento, carência de recursos econômicos, falta ou precariedade de moradia. Dentre os sócio-familiares encontram-se famílias em situação de crise (pais desempregados, separação do casal, doença crônica e/ou incapacitante, morte); famílias organizadas numa distribuição desigual de autoridade e poder ou cujas relações são centradas em papéis rigidamente definidos; família monoparental; pais ou cuidadores que consideram a punição física como método de disciplina ou que demonstram falta de controle ao serem contrariados ou diante de circunstâncias de tensão; história de violência intrafamiliar; prole numerosa; ausência de uma rede de apoio em situações de dificuldade; troca de cuidadores; baixa auto-estima; isolamento social; dependência química; antecedentes criminais (Deslandes, 1994; Ministério da Saúde, 2001; Gonzalvo, 2002; Krug et al 2002; Reichenheim et al 2006; Suárez e Menkes, 2006; Pinheiro, 2006; WHO, 2006).

Estudos evidenciam a maior vulnerabilidade à violência intrafamiliar em crianças e adolescentes com doença crônica ou com deficiência, pois necessitam de cuidados complexos, muitas vezes constantes e regulares (Gonzalvo, 2002 e 2005; WHO, 2006; Jaudes e Mackley-Bilaver, 2008).

Da mesma forma que existem fatores que aumentam a susceptibilidade aos maus-tratos, também tem aqueles que protegem crianças e adolescentes de

sofrer determinado agravo, os chamados fatores de proteção. Podem ser divididos em três tipos: individuais, familiares e sociais (Pesce et al, 2004).

Dentre os individuais destacam-se a auto-estima positiva, autocontrole, autonomia e sonhos pessoais definidos para o futuro. Os fatores descritos como de proteção familiares são: relacionamentos familiares pautados no apoio mútuo e proteção entre membros, educação acompanhada pelo diálogo aberto, preservação da individualidade do filho, presença de rede de apoio, identificação de figuras positivas na família e desenvolvimento de habilidades para resolução não violenta de conflitos. Em relação aos fatores sociais temos, entre outros, a participação em programas de auxílio sócio-econômico, sanitário educativo e de intervenção precoce nas famílias com história de violência doméstica, conduta anti-social, dependência química, transtornos psiquiátricos, deficiência, pobreza, desemprego e marginalidade. Projetos para o reconhecimento precoce de sinais e sintomas de violência e atividades que aumentem a auto-estima e melhorem a auto-imagem corporal dos adolescentes também fazem parte dos fatores de proteção à violência intrafamiliar (Portaria n. 737, 2001; IPSCAN, 2004; Pesce et al, 2004; Assis, Deslandes e Santos, 2005; Gonzalvo, 2005; Suárez e Menkes, 2006; WHO, 2006).

Os fatores de proteção apresentam papel fundamental na promoção de resiliência, que é *“a capacidade individual de enfrentar positivamente as dificuldades, apesar do impacto negativo da adversidade.”* (Assis e colaboradores, 2006). Segundo estes autores, as pessoas dispõem de mecanismos de proteção, que podem ser inerentes ao indivíduo ou adquiridos ao longo da vida, sendo essenciais para estimular a resiliência. Os tipos de

proteção seriam aqueles relativos ao indivíduo, como auto-estima positiva e autocontrole, aqueles concernentes à família, como respeito mútuo e apoio entre seus membros e, finalmente, do ambiente, através de relações afetuosas com amigos e parentes

O conhecimento dos fatores de proteção é importante para que profissionais de saúde e cuidadores possam atuar favoravelmente na promoção da proteção à violência intrafamiliar.

#### **IV 2- Adolescência e o adolescente que vive com HIV/Aids**

Na adolescência, por ser uma etapa do desenvolvimento humano na qual ocorrem grandes mudanças físicas e comportamentais, observa-se a vulnerabilidade a diversos agravos, inclusive em relação à violência intrafamiliar (Saito, 2001). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é definida como o período de vida compreendido entre 10 e 19 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) o considera como o período que vai de 12 a 18 anos. O presente trabalho irá adotar o critério etário do ECA.

A adolescência é dividida em fases que são marcadas por diferentes características biológicas, psicológicas e sociais. O conjunto de modificações biológicas é chamado puberdade, que se inicia com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e o início rápido do crescimento. A finalização se dá quando ocorre o completo desenvolvimento físico, juntamente com a parada do crescimento e a aquisição da capacidade reprodutiva (Leal e Silva, 2001; Behrman et al., 2003; Rudy, 2005). A época do início da puberdade e

seu desenvolvimento sofrem influência de vários fatores, como a etnia, herança familiar, meio-ambiente e a presença de determinadas doenças.

Paralelamente às alterações corporais, o adolescente enfrenta modificações psicossociais, caracterizando essa fase como rica em oportunidades e crises. Ocorre uma preocupação com as alterações pelos quais o corpo está passando, o autoconhecimento com aumento da introspecção, o desejo de ser atraente, e a apresentação de uma imagem corporal estável. No que concerne ao relacionamento familiar, o adolescente apresenta uma tendência à separação progressiva dos pais, com aumento da autonomia, finalizando com a independência. A convivência com os pares também tende a se modificar ao longo do adolescer, passando da convivência em grupos do mesmo sexo, para depois interagir com o sexo oposto (Behrman et al, 2003; Rudy, 2005).

Durante o decorrer da adolescência, completam-se processos básicos do desenvolvimento dos indivíduos, como a elaboração de projetos de vida e o pensamento abstrato (Serrano, 1995). Essa etapa de transição, entre o mundo infantil e o adulto, é fundamental para o processo de crescimento e desenvolvimento humano e a vulnerabilidade aos maus-tratos deve ser considerada (Saito, 2001). Dentre os fatores de vulnerabilidade à violência intrafamiliar, encontra-se a presença de doença crônica, entre elas, a Aids (WHO, 2006).

Ao longo desses vinte e nove anos de epidemia, a situação da Aids no mundo sofreu profundas mudanças. O aumento da transmissão heterossexual, que passou de 70,7% em 1992 para 93,5% em 2003, levou ao aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV, trazendo como consequência, a feminização da epidemia e um maior número de crianças infectadas por

transmissão vertical (materno-infantil) (UNAIDS, 2002; Ministério da Saúde, 2003).

Nos últimos anos, tem-se observado uma alteração no perfil de morbimortalidade das pessoas que vivem com HIV/Aids. Principalmente após 1996, com o surgimento de uma nova classe de drogas anti-retrovirais de alta potência, a doença passou a ser considerada uma doença crônica (Barlett, 2002). No Brasil, entre 1996 e 2005, houve redução da mortalidade em 40 a 70%, da morbidade em 60 a 80%, o que corresponde a 90 mil óbitos evitados, e a um aumento acentuado da sobrevida destes pacientes (Ministério da Saúde, 2003 e 2007).

Crianças que nasceram na década de 80 ou início dos anos 90 que foram infectadas pelo vírus HIV durante a gestação ou no parto (transmissão vertical), tinham pouca ou nenhuma chance de sobrevida ou tratamento. Contudo, contrariando as expectativas da época, cresceram e se tornaram adolescentes. São meninos e meninas que hoje vivem e convivem com o vírus. Esta realidade evidencia que houve uma mudança no conceito da Aids, de doença fatal, para tornar-se uma doença crônica. O aumento da longevidade trouxe novas implicações no desenvolvimento físico, psicossocial e neurocognitivo desses adolescentes. Diferentemente daqueles que se infectaram por transfusão de sangue ou por via sexual, os adolescentes que se contaminaram por transmissão vertical, por conviverem durante anos com uma infecção, e por terem feito diversos esquemas terapêuticos, podem apresentar alguns problemas pontuais. Seriam eles: lidar com a revelação do diagnóstico; a orfandade, a desestruturação familiar e a troca de cuidadores, os efeitos

colaterais e a toxicidade às drogas anti-retrovirais e o comprometimento físico (Ministério da Saúde, 2006).

A revelação do diagnóstico é um momento delicado na vida deste adolescente, devendo ser um processo gradual e progressivo, onde família e equipe multidisciplinar devem trabalhar em conjunto. As singularidades de cada adolescente/família devem ser respeitadas, assegurando à confidencialidade do diagnóstico (Ministério da Saúde, 2006).

A Aids afeta as famílias como um todo, principalmente as crianças e os adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical, porque muitos dos seus pais encontram-se doentes ou já são falecidos, gerando a troca de cuidadores, muitas vezes sem estabelecimento de um vínculo afetivo positivo. Os familiares se vêem diante de um dilema, tendo que assumir a responsabilidade por mais um membro, quando não raro, mais de um, que por sua vez, além da necessidade de acompanhamento médico, acarretará em aumento dos gastos familiares. Assim sendo, esta família expandida reluta em ficar com aquela criança ou adolescente, fazendo com que muitos precisem trocar de cuidadores recursivamente, quando não são institucionalizados. Além disso, aquela criança ou adolescente que vive com HIV/Aids, vivencia a doença e/ou a morte de seus pais, prevendo seu próprio destino (Nyandiya-Bundy e Bundy, 2002; McGaw e Wameyo, 2005; França-Junior et al., 2006; Ministério da Saúde, 2006).

Se por um lado, a evolução do tratamento da Aids levou a melhora importante na morbi-mortalidade da doença, por outro, ao fazerem uso de medicamentos anti-retrovirais potentes por muitos anos, esses adolescentes podem apresentar efeitos adversos às drogas, como Síndrome Metabólica

(dislipidemia, resistência à insulina, anormalidade na distribuição de gordura corporal, hipertensão arterial), disfunção mitocondrial, alterações hematológicas e reações alérgicas (Ministério da Saúde 2007).

Os adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical, além de carregarem todo o estigma inerente à sua condição, muitas vezes podem ter desnutrição e alterações relacionadas à puberdade. O efeito do vírus HIV no desenvolvimento puberal irá depender da gravidade e do tempo de duração da doença. Quanto maior o comprometimento do adolescente, mais lento será o início da puberdade. As meninas podem apresentar além do atraso no início da puberdade, desordens menstruais (como amenorréia) e baixa estatura (Peralta e Cely, 2005; Wiener, 2007). Os meninos também podem apresentar atraso no início da puberdade, podendo ou não apresentar baixa estatura, tornando-os, assim como as meninas, diferentes dos seus pares, o que leva muitas vezes à diminuição da auto-estima, à discriminação e ao isolamento do grupo (Buchacz et al., 2003; Chantry e Moye, 2005).

Os efeitos psico-emocionais característicos da adolescência são algumas vezes devastadores para o adolescente que vive com HIV/Aids, que sofre por ser, às vezes, diferente fisicamente dos outros e por ter que omitir um diagnóstico tão estigmatizante. Depressão, revolta, questionamentos e exclusão social colocam esse adolescente em situações que põem em risco sua integridade (Wierner et al., 2007).

O acompanhamento do adolescente que vive com HIV/Aids envolve uma equipe multidisciplinar, diversos exames complementares, (que levam a inúmeras idas ao hospital) e o uso de diferentes classes de medicamentos anti-

retrovirais. Muitos apresentam comprometimento imunológico grave, necessitando de mais medicações que atuem na profilaxia e no combate das infecções oportunistas. Além de ter de ingerir uma quantidade muito grande de remédios, a palatabilidade nem sempre é agradável e os efeitos colaterais podem ser intensos, interferindo na qualidade de vida do adolescente (Ministério da Saúde, 2007).

A adolescência com suas peculiaridades, a presença de doença crônica e a convivência com perdas familiares são fatores que podem aumentar a suscetibilidade aos maus-tratos.

## **V- PRESSUPOSTOS**

Adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical apresentam vários fatores de vulnerabilidade aos maus-tratos, embora, em alguns núcleos familiares, com as mesmas situações clínicas e sociais, alguns fatores de proteção se encontrem presentes.

## **VI- METODOLOGIA**

O desenho de pesquisa utilizado neste estudo agregou duas etapas. Na primeira foi realizado um estudo quantitativo, através da análise dos prontuários e da aplicação do questionário *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC - Straus e Hamby, 1997) e da Escala de Violência Psicológica (Pitzner & Drummond *apud* Avancini et al, 2005) em todos os adolescentes que vivem

com HIV/Aids atendidos em um ambulatório de Doenças Infecciosas em Pediatria.

A análise dos prontuários foi realizada para caracterização dos adolescentes que vivem com HIV/Aids, no sentido de identificar fatores descritos na literatura como de vulnerabilidade à violência intrafamiliar, como também, de conhecê-los clínica e socialmente.

A utilização dos instrumentos CTSPC e Escala de Violência Psicológica serviu como estratégia metodológica para identificar dentre estes adolescentes, quem sofria violência intrafamiliar.

A segunda etapa constou de um estudo qualitativo, onde foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em oito adolescentes que responderam previamente os questionários, e apresentaram os maiores escores por categoria. Assim sendo, quatro foram selecionados pela categoria não violência, e quatro de acordo com o tipo e a intensidade da violência sofrida. Caso houvesse uma categoria de violência na qual nenhum adolescente se enquadrasse, a entrevista seria realizada com aquele que apresentasse o maior escore em todas as categorias estudadas.

O local escolhido para o estudo foi o Instituto Fernandes Figueira (IFF), por ser um importante pólo de saúde do estado do Rio de Janeiro, sendo referência nos atendimentos secundários e terciários na atenção à saúde da mulher, criança e adolescente. É uma das unidades da Fiocruz e articula o tripé assistência - ensino – pesquisa, através da prestação de atendimento ao público, oferta de cursos de pós-graduação (*lato e stricto sensu*), residência médica, estágio e capacitação de corpo técnico para rede do Sistema Único de Saúde – SUS, e pesquisa nestas áreas.

Integrando as especialidades do Departamento de Pediatria do IFF, o Setor de Doenças Infecciosas em Pediatria (DIPe), fundado em 1988, tem como foco principal de atenção as crianças e adolescentes que vivem com HIV/Aids e bebês expostos ao vírus HIV durante a gestação. O setor acompanhava no momento da pesquisa 84 pacientes com infecção pelo HIV/Aids e 52 lactentes expostos ao HIV durante a gestação, cujo estado infeccioso ainda não havia sido esclarecido.

Do total de pacientes que vivem com HIV/Aids, 34 deles eram adolescentes (entre 12 e 18 anos, segundo o critério etário do Estatuto da Criança e do Adolescente) infectados por transmissão vertical (mãe-filho). Em geral, todos esses pacientes realizavam uma consulta de rotina mensal ou bimestral com a equipe da DIPe, dependendo do quadro clínico, adesão ao tratamento, realização de exames complementares ou necessidade de atendimento em outras especialidades.

## **VI. 1- Estudo Quantitativo**

### **VI.1.1 – Análise dos prontuários**

Foi realizado um estudo transversal descritivo, com informações sobre todos os adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical que estavam sendo acompanhados no ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas (DIPe). Neste sentido, foi feita uma revisão dos prontuários entre os meses de abril a junho de 2008, com o objetivo de analisar o *histórico social, pessoal e clínico* dos mesmos. Dentre os dados de identificação dos adolescentes, registrou-se a idade, o sexo e o ano de início do acompanhamento no Serviço.

O *histórico social* procurou identificar e analisar alguns fatores descritos como de vulnerabilidade aos maus-tratos (Gonzalvo, 2002; Krug et al 2002, Reichenheim et al 2006; Suárez e Menkes, 2006; Pinheiro, 2006; WHO, 2006). Presença de família monoparental (família mantida economicamente por apenas um dos pais); prole numerosa (presença de quatro ou mais filhos); moradia precária (ausência de saneamento básico); pobreza (renda mensal abaixo de um salário mínimo); famílias em situações de crise (história de dependência química, separação do casal, doença crônica ou incapacitante, desemprego e orfandade); história de violência na família; ausência de rede de apoio e troca de cuidadores (pelo menos uma troca ao longo da enfermidade) foram os itens analisados. Também foram identificadas as situações de violência intrafamiliar registradas ao longo da trajetória dos adolescentes. Os dados relevantes que não estavam claros ou disponíveis foram resgatados com os adolescentes e/ou seus responsáveis, durante as consultas médicas.

Em relação ao *histórico médico* foram investigadas as condições clínica e laboratorial dos adolescentes (carga viral e contagem de linfócitos CD4) no momento do estudo, e as características relacionadas aos que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical, que podem contribuir para a discriminação, a baixa auto-estima e o isolamento dos seus pares, fatores estes, de vulnerabilidade (McGaw e Wameyo, 2005; WHO, 2006). O número de internações ao longo da enfermidade; o tempo de uso dos antiretrovirais (em anos) e a presença de comprometimento físico foram os dados coletados para a análise em questão. **(apêndice 1)**

Para avaliação do comprometimento físico foram considerados: presença de seqüelas de doenças anteriores (pneumopatias, neuropatias, cardiopatias,

infecções oportunistas), efeitos colaterais dos antiretrovirais e problemas decorrentes da própria infecção pelo HIV (baixa estatura, desnutrição, atraso puberal).

O estado nutricional (peso e estatura) foi avaliado utilizando-se os parâmetros antropométricos de acordo com a idade e o sexo. Os dados tiveram como referência o gráfico do *National Centers of Health Statistics* (NCHS) (WHO, 1983). Para a classificação da estatura foi empregado o índice estatura para idade e foram considerados com baixa estatura, aqueles adolescentes que se apresentaram abaixo do percentil 5. O Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado a partir do peso e da estatura e posteriormente relacionado ao sexo e idade, foi utilizado para investigação de desnutrição. Aqueles que apresentaram resultado abaixo do percentil 5, foram classificados como desnutridos (CDC, 2000). Para análise de atraso puberal foram usados os Critérios de Tanner (Tanner, 1990).

#### VI.1.2 – Aplicação dos Instrumentos

Os questionários foram aplicados em trinta e um adolescentes dos trinta e quatro que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical, atendidos no Ambulatório de DIPE, que concordaram em participar do estudo. Foram excluídos do estudo três adolescentes. Um, por não poder aguardar a aplicação dos instrumentos, sendo posteriormente internado por doença e se ausentado do ambulatório por vários meses. Outro, por não comparecer às consultas agendadas pela equipe, e um último adolescente que se recusou a participar.

Um profissional treinado, que desconhecia a história pregressa dos adolescentes, aplicou os questionários em forma de entrevista, já que alguns deles apresentavam dificuldade na leitura do texto. Os dois instrumentos foram aplicados no mesmo momento. O adolescente respondeu às perguntas dos questionários sem a presença dos seus pais ou cuidadores, em um espaço previamente determinado, sem controle de tempo para resposta. Cada adolescente recebeu um número identificador que só foi revelado ao final da aplicação dos dois instrumentos, após a pontuação final, para que o sigilo em relação a sua identidade fosse mantido e não houvesse interferência no processo de seleção.

#### VI.1.2.1 - Instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales*

O instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC) foi instituído com o objetivo de mensurar maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos e negligência na relação pais-crianças ou adolescentes, assim como modelos não violentos de disciplina (Straus *et al.*, 1998). O CTSPC é uma versão nova do instrumento *Conflict Tactics Scales* (CTS), que por sua vez foi criado em 1970, inicialmente para medir maus-tratos entre casais. Quando utilizado em relação aos maus-tratos em crianças e adolescentes, detectaram-se limitações, tais como: alguns itens do questionário não estavam apropriados para a reação do pai/mãe em relação ao filho e alguns importantes comportamentos dos pais não estavam incluídos no instrumento (Straus e Hamby, 1997). A versão CTSPC explicita mais o comportamento parental do que a CTS. Apesar das diferenças entre as duas abordagens, ambas apresentam a mesma base teórica e o mesmo modo de operacionalização.

A base teórica do CTS e CTSPC é a teoria do conflito, que diz que esta é inevitável em toda relação humana (Straus et al., 1998). O modo de aplicação dos dois instrumentos é a utilização de questionários, que podem ser auto-aplicados, realizados através de entrevista, com questões que incluem maus-tratos físicos e psicológicos (Straus e Hamby, 1997; Straus et al., 1998). Diferentemente do CTS, o CTSPC apresenta uma escala suplementar sobre negligência e abuso sexual. Este projeto se limitou às escalas de violência física e psicológica. A diferença entre os dois instrumentos está na quantidade e no modo como as questões são abordadas. A administração é rápida, e ambos fornecem dados em relação à prevalência e cronicidade da agressão.

Neste estudo foi utilizado o instrumento CTSPC, adaptado transculturalmente no Brasil por Reichenheim e Moraes (2003). **(anexos 1 e 2)** Este foi aplicado nos adolescentes que vivem com HIV/Aids, infectados por transmissão vertical, que freqüentavam o ambulatório do Serviço de Doenças Infecciosas em Pediatria (DIPe) do Instituto Fernandes Figueira, com a finalidade de conhecer a prevalência e o tipo de violência (maus-tratos físicos e psicológicos) a que estão sujeitos na relação responsáveis/filhos.

A partir de um texto inicial que mostra que existem situações em que os filhos cometem erros, desobedecem, ou aborrecem os pais, o instrumento oferece vinte e duas opções que irão expor as possíveis reações dos pais em relação a determinados comportamentos do filho. Essas opções são divididas em três categorias: **disciplina não violenta**, **agressão psicológica** e **maus-tratos físicos**. Quando os filhos não sofrem nenhum tipo de agressão, pela opção dos pais por práticas disciplinares usadas como alternativa à punição corporal denomina-se **disciplina não violenta**, e quatro itens contemplam esta

opção. A **agressão psicológica** é composta por cinco itens como gritar, xingar e ameaçar bater e pretende medir atos verbais e simbólicos que causam medo na criança ou adolescente. Os **maus-tratos físicos** são divididos em três grupos, de acordo com a gravidade da agressão: *punição corporal*, *maus-tratos físicos* e *maus-tratos físicos graves*. A *punição corporal*, composta por seis itens, é considerada como de baixa gravidade dentre os maus-tratos físicos, por ser tradicionalmente aceita como regime disciplinador ao mau comportamento do filho. Sacudir, dar tapa na mão e beliscar, fazem parte dessa categoria. Os *maus-tratos físicos* (composto por três itens como bater com a mão fechada, bater com chinelo ou vara) e *maus-tratos físicos graves* (composto por quatro itens como ameaçar com arma ou faca, agarrar pelo pescoço), encontram-se na categoria de maior severidade da agressão.

O questionário tem uma disposição de apresentação das perguntas, mesclando as diferentes categorias e os diversos níveis de gravidade, numa ordem determinada randomicamente, como estratégia para um melhor resultado. Como os itens se encontram intercalados, as opções se tornam menos óbvias, fazendo com que a pessoa tenha que pensar em cada item, mais do que se estivessem agrupados por categoria. Por outro lado, acredita-se que dessa forma, dificilmente alguém responderá “não” a todas as opções ou não responderá a uma determinada categoria (Straus et al., 1998).

Em relação à cronicidade da agressão, o questionário apresenta as seguintes opções: nunca, raramente, às vezes, e muitas vezes. Seu uso apontará para a frequência que um determinado evento ocorreu, num certo período de tempo. Pode ser avaliada em relação ao ano anterior, aos últimos seis meses, ou em algum momento da vida daquela criança. O estudo

investigou a frequência relacionada ao último ano, assim como foi indagado se ocorreu violência em relação a algum momento anterior aos últimos doze meses. O questionário pode ser aplicado nos pais ou nos filhos, alterando apenas a quem está sendo direcionado o instrumento (“o que seu pai costuma fazer quando você”... ao invés de “o que você costuma fazer quando seu filho...”) (Straus, 1998). Este trabalho pretendeu avaliar, através do relato dos adolescentes, as reações do pai e da mãe, ou quando não presentes, do(s) responsável(eis) por eles, em relação a alguma situação de conflito em que ele tenha desobedecido às regras.

A pontuação é calculada dependendo do objetivo da aplicação do instrumento. Se a finalidade for calcular a prevalência de violência, como nesta pesquisa, o escore 1 indicará um ou mais atos de violência no último ano (ou em algum momento anterior ao último ano). Caso não tenha ocorrido nenhum ato violento, pontua-se com escore 0 (zero). Não se somam os resultados. A avaliação de cronicidade é calculada através da soma do número de vezes em que cada ato da escala foi realizado. Os itens relacionados à agressão física diferem muito em relação à gravidade, e a escala foi desenvolvida para levar em conta essa importante diferença. Assim sendo, a pontuação dos diferentes tipos de agressão física irá variar de acordo com a seriedade do ato, onde os mais graves terão escores mais altos do que os menos graves (Straus, 2004).

#### VI.1.2.2 Escala de Violência Psicológica

A Escala de Violência Psicológica foi elaborada por Pitzner & Drummond em 1997, sendo adaptada transculturalmente no Brasil por Avanci et al (2005). Ela se propõe a avaliar experiências negativas que crianças e adolescentes

vivenciaram em algum momento de sua infância ou adolescência, proporcionadas por alguém importante em suas vidas.

Esse instrumento consta de 18 opções de resposta, a partir de uma pergunta inicial (“durante a sua infância ou adolescência, alguma pessoa importante em sua vida”...), abrangendo aspectos de humilhação, culpa, crítica, desqualificação, desencorajamento, agressão verbal, recusa de afeto, responsabilização excessiva e falta de interesse. As opções de resposta são: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. Cada resposta varia de um a cinco pontos, e o maior escore indica presença de violência psicológica severa (Avanci et al, 2005). Embora tenha sido utilizada a contagem de pontos como estratégia de seleção para a etapa qualitativa, foram considerados como vítima de violência intrafamiliar os adolescentes que responderam “quase sempre” e/ou “sempre” em alguma das respostas da escala. **(anexos 3 e 4)**

Por este instrumento ser mais detalhado em relação à violência psicológica, quando comparado ao CTSPC, resolveu-se utilizar apenas o resultado desse questionário como critério de identificação de maus-tratos psicológicos.

## **VI. 2- Estudo Qualitativo**

A pesquisa qualitativa procura compreender como os indivíduos interpretam determinadas situações em suas vidas, e embora existam diferentes abordagens, todas contemplam *“uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes”* (Minayo, 2005:82)

A partir do levantamento da prevalência de casos de violência no universo de adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical atendidos no ambulatório de DIPE do Instituto Fernandes Figueira, foi realizada a análise de

oito casos. Diferentes fontes de informação e métodos foram usadas, tais como observações presentes nos prontuários, aplicação de instrumentos (fontes secundárias) e entrevistas semi-estruturadas.

Inicialmente foi pensado em escolher um caso para cada categoria de violência identificada (totalizando quatro casos), e quatro casos na categoria disciplina não violenta (DNV, segundo a escala utilizada). Mas como não ocorreu nenhum caso na categoria *maus-tratos físicos graves*, optou-se por entrevistar o adolescente que apresentou os maiores escores em todas as categorias de violência física e psicológica. Portanto, foram entrevistados quatro adolescentes na categoria DNV e quatro na categoria violência.

A técnica utilizada neste trabalho foi a de entrevista semi-estruturada, na qual a combinação de perguntas abertas e fechadas possibilitou aos adolescentes falarem sem se prender a um único tópico. O objetivo desta forma de conversação foi o de facilitar a exposição dos adolescentes em relação a sua vivência. Essa técnica se revelou adequada, pois, de uma maneira geral, são poucos os que discorrem livremente sobre sua vida.

Os principais aspectos abordados foram: a rotina do adolescente (escola, lazer, amigos); ambiente familiar e relação do adolescente com os seus responsáveis; presença ou não de rede de apoio. Para aqueles que trocaram de cuidadores, foi questionado como se deu esta troca, e para os que sabiam do seu diagnóstico, como foi a revelação, como se sentiu e como é conviver com a doença. Foi indagado também sobre as reações dos familiares diante de suas atitudes consideradas como negativas ou positivas e como se dão as situações de crítica e de incentivo às suas atitudes. Nesta etapa da pesquisa

também foram resgatadas as situações de violência e de proteção identificadas no questionário respondido na primeira fase do trabalho.

As entrevistas foram realizadas pela autora deste estudo, gravadas e transcritas. Durante as transcrições das fitas foram observados choro, pausa, repetição de palavras, mudança no tom de voz, que contribuíssem para a análise dos dados.

### **VI. 3- Análises dos Dados**

O tratamento dos dados desta pesquisa foi a análise de conteúdo, que através de uma descrição sistemática, quantitativa ou não, permite uma interpretação profunda dos textos, para além dos significados manifestos (Minayo, 1993).

Dentre os procedimentos metodológicos utilizados na análise de conteúdo, sob a ótica qualitativa, Gomes (2007) destaca: *categorização* (dividindo o material em partes, e estas partes em categorias, descrevendo-as), *inferência* (dedução dos resultados), *descrição* e *interpretação* (pautado no marco teórico adotado) dos resultados encontrados.

Segundo Minayo (2005:99),

*“quem propõe uma abordagem por triangulação de métodos quantitativos e qualitativos reconhece que na realidade a ser avaliada há processos que podem ser explicados em sua magnitude e compreendidos em sua intensidade.”*

Deste modo, a triangulação de métodos foi uma estratégia de abordagem utilizada para melhor conhecimento deste fenômeno, e reconhecimento dos fatores de vulnerabilidade e de proteção. Foi realizada a articulação entre os dados obtidos através da análise dos prontuários, da aplicação dos

instrumentos CTSPC e Escala de Violência Psicológica e da análise das entrevistas. A combinação de dados quantitativos e qualitativos, usados de forma complementar, respeitando-se a especificidade de cada método, favoreceu o resultado final da análise, permitindo uma melhor compreensão dos fatores envolvidos com a violência.

## VII- PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi apresentado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, de acordo com orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Após análise do Projeto e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **(apêndice 2)**, ele foi aprovado pelo CEP em 03 de abril de 2008, com o cadastro FR182662 com validade até 31 de março de 2009.

Antes de iniciarmos as entrevistas, os adolescentes e seus responsáveis foram esclarecidos sobre a pesquisa, e assinaram a autorização de sua participação somente após a leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento.

## **VIII – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **VIII.1 – Caracterizando os adolescentes que vivem com HIV/Aids**

A análise dos prontuários dos adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical, acompanhados no ambulatório de DIPE mostrou que, em relação ao sexo, este grupo era composto por dezesseis (47%) meninas e deztoitos (53%) meninos. Do total de adolescentes estudados, quatorze (41,2%) estavam situados na faixa etária de 12 a 14 anos, e vinte (58,8%) entre 15 a 18 anos.

Dentre os fatores de vulnerabilidade sócio-familiares descritos pela literatura (Deslandes, 1994; MS,2001; Gonzalvo, 2002; IPSCAN, 2004; Reichenheim et al, 2006 Suárez e Menkes, 2006; WHO, 2006), a orfandade foi a característica mais freqüente no grupo pesquisado atingindo vinte e dois (64,7%) adolescentes. Os pais destes haviam falecido por conseqüência das complicações de HIV/Aids. Sete (20%) órfãos tinham perdido tanto o pai quanto a mãe. A troca de cuidador foi o segundo fator mais freqüente, atingindo dezesseis (47%) adolescentes, quase metade do grupo. Doze (35,3%) deles fizeram uma troca, três (8,8%) mudaram duas vezes de cuidador e, em um caso, encontrou-se o registro de quatro mudanças, inclusive com um período de institucionalização.

Alguns dos fatores característicos de famílias em situação de crise, tais como, separação do casal e desemprego foram encontrados em onze (32,3%) famílias. Doença incapacitante apresentou-se em cinco (14,7%) casos. História de dependência química foi encontrada em onze (32,3%) prontuários, sendo o uso da maconha e da cocaína os mais descritos. O pouco relato do uso de bebidas alcoólicas pode ser explicado pelo fato de que a dependência química

usualmente é associada às drogas ilícitas, independente da intensidade e da frequência da utilização do álcool.

Embora a orfandade tivesse acometido mais de 60% dos adolescentes, somente oito (23,5%) famílias eram economicamente sustentadas por apenas um dos pais. Isto ocorreu devido a novos relacionamentos e arranjos familiares. Em relação à presença de prole numerosa, somente cinco (14,7%) adolescentes apresentavam famílias constituídas por quatro ou mais filhos. Os fatores de vulnerabilidade sócio-ambientais (moradia precária e pobreza) tiveram pouca expressão na análise, talvez por não terem sido identificados ou porque os prontuários não continham informações suficientes. **(tabela 2)**

**Tabela 2:** Fatores de vulnerabilidade sócio-ambientais e sócio familiares

Fatores de vulnerabilidade	n= 34 adolescentes	
	n	%
Orfandade	22	64,7
mãe	9	26,5
pai	6	17,6
ambos	7	20,6
Troca de Cuidadores	16	47
Dependência química	11	32,3
maconha /cocaína	6	17,6
álcool/maconha/cocaína	3	8,8
álcool	2	5,9
Desemprego	11	32,3
Separação do casal	11	32,3
Família Monoparental	8	23,5
Doença Incapacitante	5	14,7
Tamanho da prole ( $\geq$ 4 filhos)	5	14,7
Moradia Precária	3	8,6
Pobreza	3	8,6

A situação clínica dos adolescentes mostrou que vinte e sete (79,4%) se encontravam com a infecção sob controle, no que se referia à parte laboratorial (carga viral indetectável e contagem de linfócitos CD4 maior que 250 células) e

clínica (ausência de sintomas) no momento da pesquisa. Este achado revela a melhoria da morbidade em relação às pessoas que vivem com HIV/Aids após o advento da terapia anti-retroviral potente (Ministério da Saúde, 2003 e 2007).

Em relação às características relacionadas aos adolescentes que podem contribuir para o aumento da suscetibilidade à violência intrafamiliar por gerar baixa auto-estima e isolamento dos pares (Buchacz et al., 2003; Chantry e Moye, 2005), notou-se que vinte e quatro (70,5%) adolescentes faziam uso dos medicamentos antiretrovirais há 10 anos ou mais, sendo que em nove (26,4%), o tempo de tratamento era semelhante ao tempo de vida. O longo período de tratamento pode gerar efeitos adversos às drogas, e apesar disso, apenas três (8,6%) adolescentes apresentavam, na ocasião do estudo, efeitos colaterais significativos relacionados ao perfil lipídico. Onze (32,3%) tinham história de três ou mais internações desde o seu nascimento, enquanto oito (23,5%) apresentavam seqüelas de doenças anteriores. **(tabela 3)**

A avaliação do comprometimento físico dos adolescentes mostrou baixa estatura em doze (35,3%), oito (23,5%) apresentavam atraso no desenvolvimento puberal e sete (20,5%) eram desnutridos. Um estudo realizado por Buchacz e colaboradores (2003), com novecentos e oitenta e três crianças e adolescentes infectados pelo HIV por transmissão vertical, mostrou que a imunossupressão estava associada com atraso puberal e, que muitos adolescentes demonstravam preocupação em relação ao corpo, quando comparados com seus pares. Os autores relataram também que em alguns casos houve a necessidade de acompanhamento psicológico. Vale ressaltar que durante o estudo, não foram consideradas outras causas de baixa estatura, atraso puberal e desnutrição.

**Tabela 3:** Características relacionadas aos adolescentes que vivem com HIV/Aids

Características dos adolescentes	n= 34 adolescentes	
	n	%
<b>Controle de infecção (carga viral e CD4)</b>	27	79,4
<b>Tratamento e evolução da doença</b>		
Tempo de tratamento ( $\geq 10$ anos)	24	70,5
Número de internações ( $\geq 3$ )	11	32,3
Sequelas de doenças anteriores	8	23,5
Pneumopatia	3	8,6
déficit motor/cognitivo	2	5,9
déficit motor	1	3
Estrabismo	1	3
déficit cognitivo/estrabismo	1	3
Efeitos colaterais dos medicamentos	3	8,6
<b>Crescimento e desenvolvimento</b>		
Baixa estatura	12	35,3
Atraso no desenvolvimento puberal	8	23,5
Desnutrição	7	20,5

A análise dos prontuários mostrou dez (29,4%) relatos de violência intrafamiliar física e psicológica. Em todos eles havia pelo menos um fator de vulnerabilidade, além de doença crônica, presente em todos os casos. Os fatores mais descritos neste grupo foram: orfandade, que atingiu sete (70%) adolescentes, desemprego (seis adolescentes-60%), troca de cuidador (quatro adolescentes-40%), separação de casal (três adolescentes-30%) e dependência química (dois adolescentes-20%). Família monoparental, doença incapacitante, moradia precária e pobreza constavam em um (10%) registro cada. Este último dado reforça a observação assinalada em estudos, que não existe uma associação direta entre violência e famílias de baixo nível econômico, e que a violência é decorrência da associação de diversos fatores (WHO, 2006).

Dos vinte e quatro (70,5%) adolescentes que não tiveram história de maus-tratos referida nos prontuários, dezenove (56%) apresentavam um ou mais fatores de vulnerabilidade, além de sua doença. Somente cinco (14,7%) não apresentavam fator de vulnerabilidade, que não doença crônica. **(tabela 4)**

**Tabela 4:** Fatores de vulnerabilidade relacionados a cada adolescente estudado

Nome	Fatores de vulnerabilidade										Relato violência
	moradia precária	pobreza	doença incapacit.	prole numerosa	família mono	dep química	sep casal	desemprego	troca cuidador	orfandade	
A1			p	p	p		p		P	p	
A2					p					p	
A3	p	p			p		p	p			sim
A4							p		P	p	
A5					p					p	
A6											
A7			p			p	p		P	p	
A8	p	p	p			p	p	p			
A9					p			p			
A10						p			P	p	sim
A11					p	p				p	
A12			p	p		p	p		P	p	
A13									P	p	
A14											
A15											
A16						p	p	p		p	sim
A17	p	p		p		p	p	p	P	p	sim
A18								p		p	sim
A19						p				p	
A20								p		p	sim
A21					p						
A22							p				sim
A23									P	p	
A24											
A25			p					p	P	p	sim
A26									P	p	
A27									P	p	sim
A28											
A29								p	P	p	sim
A30				p		p	p	p	P		
A31				p		p	p	p	P		
A32					p					p	
A33						p			P	p	
A34									P	p	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>10</b>

p= fator de vulnerabilidade presente

Em relação às características específicas dos adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical que tinham registro de maus-tratos nos prontuários, o tratamento medicamentoso longo foi a característica mais observada, sendo vista em todos os casos. A baixa estatura, as seqüelas de doenças anteriores e as várias internações estavam presentes em quatro (40%) relatos, seguidos por desnutrição em três (30%), atraso puberal e efeitos adversos ao tratamento em dois (20%). Dos vinte e quatro (70,5%) adolescentes que não apresentavam em seus prontuários registro de violência, dezenove (56%) tinham características relevantes que podem contribuir para a maior vulnerabilidade à violência intrafamiliar. **(tabela 5)**

**Tabela 5:** Características relacionadas a cada adolescente estudado

Nome	Características								Relato violência
	controle infecção	desnutrição	atraso puberal	baixa estatura	tratamento longo	várias internações	efeitos colaterais	seqüelas doenças	
A1	p				p	p			
A2	p				p				
A3					p	p		p	sim
A4		p	p	p		p			
A5	p				p				
A6	p								
A7	p	p	p	p	p	p		p	
A8	p				p				
A9			p	p		p			
A10	p				p				sim
A11		p	p	p	p	p		p	
A12			p	p					
A13	p				p		p		
A14	p				p				
A15	p			p					
A16	p				p			p	sim
A17	p		p	p	p	p			sim
A18	p	p			p				sim
A19	p				p				
A20	p			p	p		p	p	sim
A21	p				p				
A22	p				p		p		sim
A23	p			p	p			p	
A24	p				p	p			
A25	p				p	p		p	sim
A26					p			p	
A27		p	p	p	p	p			sim
A28	p				p				
A29	p	p		p	p				Sim
A30	p								
A31	p								
A32	p	p	p	p		p			
A33	p								
A34	p								
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

p= característica presente

## VIII.2 – Identificando os adolescentes que vivem com HIV/Aids vítimas de violência intrafamiliar

Na análise dos resultados relativos ao *Parent-Child Conflict Tactics Scales*, na categoria *punição corporal*, encontrou-se treze (42%) adolescentes que sofreram algum tipo de punição corporal no último ano, sendo que destes, cinco (16%) já tinham sido vítimas anteriormente. O tipo de agressão mais encontrado foi “tapa na mão, no braço ou na perna”, seguido por “bater no bumbum com cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro”, Quinze (48,3%) adolescentes, embora não tivessem sofrido violência no ano anterior, já tinham sido vítimas de maus-tratos no passado, com o mesmo tipo de agressão do outro grupo. Sete (22,6%) adolescentes sofreram *maus-tratos físicos* no último ano. Em todos os casos a forma de violência empregada foi a mesma, isto é, “bater em alguma parte do corpo diferente do bumbum, com alguma coisa como um chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro”. O que diferenciou uns dos outros foi a frequência da violência empregada. Três (9,7%) adolescentes relataram esse mesmo tipo de abuso no passado, embora, atualmente, não sofressem mais esse agravo. Não houve nenhum caso na categoria *maus-tratos físicos graves*.

A aplicação do instrumento Escala de Violência Psicológica mostrou que vinte e um adolescentes (67,7%) tinham sido vítimas de violência psicológica e todas as diferentes formas de agressão citadas no questionário foram relatadas. Dos trinta e um adolescentes que responderam ao questionário, vinte e cinco (80,6%) adolescentes apontaram “disse que você estava errado(a) quando você disse ou fez alguma coisa”, como a agressão mais sofrida, enquanto que “culpou você por falhas cometidas por outras pessoas” atingiu dezessete (55%) e “não acreditou em você (você estava inventando alguma coisa/mentindo)” foi relatada em dezesseis (51,6%) casos. **(tabela 6)**

**Tabela 6:** Tipos de violência intrafamiliar

Tipo de violência	n=31 adolescentes	
	n	%
Violência psicológica	21	67,7
Punição corporal		
passado	15	48,3
último ano	13	42
último ano/passado	5	16,1
Maus-tratos físicos		
último ano	7	22,6
passado	3	9,7
último ano/ passado	0	0
Maus-tratos físicos graves		
último ano	0	0
passado	0	0
último ano/passado	0	0

A partir da aplicação destes instrumentos, formaram-se dois grupos, de acordo com os escores encontrados: o primeiro, composto pelos adolescentes que não sofriam violência, e o segundo, por aqueles que eram vítimas de agressão física e psicológica.

Os adolescentes que denominamos A10, A3, A19 e A20 apresentaram os maiores escores em *punição corporal*, *maus-tratos físicos*, *violência psicológica* e no conjunto das três categorias, respectivamente. Já na categoria *não violência*, os selecionados por terem a pontuação mais baixa nos dois questionários foram os seguintes adolescentes: A5, A6, A14 e A22. Foram estes os entrevistados na segunda etapa da pesquisa.

### **VIII.3 – Conhecendo os adolescentes que vivem com HIV/Aids em relação à violência intrafamiliar**

Os adolescentes selecionados para a segunda parte do estudo foram divididos em dois grupos distintos, um que era vítima de violência intrafamiliar e outro sem violência. Dos oito selecionados para as entrevistas, quatro apresentaram relato de maus-tratos descritos nos prontuários, sendo que três deles (A3, A10, A20) apresentaram os maiores escores para violência nos instrumentos aplicados. A19, que recebeu o maior resultado para abuso psicológico era o único que não tinha história de maus-tratos relatada, embora tivesse como fatores de vulnerabilidade a orfandade e a dependência química por parte do seu pai. Já A5, do grupo “não violência”, ainda que apresentasse também a orfandade como fator, não era vítima de maus-tratos. Isto significa que nem sempre a presença de fatores de vulnerabilidade levará à violência e que a presença dos fatores de proteção tem um papel importante na prevenção dos maus-tratos, conforme explicam Assis e colaboradores (2006).

As entrevistas realizadas com os adolescentes previamente selecionados abordaram os seguintes temas: o cotidiano, como se deu o conhecimento do diagnóstico e as suas reações diante deste fato, as relações sociais e a convivência familiar.

O cotidiano dos adolescentes entrevistados, independente da presença ou não de violência intrafamiliar, foi muito semelhante ao dia-a-dia dos que não vivem com HIV/Aids. As atividades diárias relatadas estavam relacionadas à escola, cursos, como inglês, aulas de violão ou informática, trabalho e para alguns, o lazer, como evidenciado no seguinte relato:

*“de manhã eu acordo, tomo banho, escovo os dentes, tomo café, arrumo as minhas coisas e vou prá escola (...) como, e depois eu vou para a explicadora, às vezes eu vou pro curso de inglês, que é às 3ª e 5ª, depois eu volto*

*do curso da explicadora, e aí fico vendo televisão, fico tocando violão, por causa que eu tenho curso de violão às 6ª.” (A19)*

Surpreende o fato que, embora os adolescentes fizessem uso de vários comprimidos antiretrovirais pelo menos duas vezes por dia, em horários rígidos e há vários anos, esta questão não surgiu como parte integrante de suas rotinas. De todos os adolescentes acompanhados na DIPe, 70% faziam uso de medicações há mais de dez anos.

### VIII.3.1 O diagnóstico e as suas conseqüências

A revelação do diagnóstico de HIV/Aids para as crianças e adolescentes ainda suscita nos pais muitas questões e desafios, e normalmente é permeada por culpa, insegurança e medo do que possa acontecer com eles e com os filhos, após o conhecimento do diagnóstico. A nossa prática profissional mostra que eles acreditam que seus filhos possam se revoltar, principalmente contra as mães, por terem transmitido a doença. Mais ainda, o receio de que ocorra discriminação muitas vezes os fazem adiar por tempo indeterminado a revelação da doença.

Michaud e colaboradores (2007) publicaram um trabalho sobre adolescência e doença crônica, mostrando o quanto é difícil revelar o diagnóstico na maioria dos casos de doenças consideradas crônicas. Marques e colaboradores (2006) reforçam essa situação ao descreverem o trabalho realizado com adolescentes que vivem com HIV/Aids no estado de São Paulo. Colocam que os fatores que dificultam esse momento são o medo do preconceito, da discriminação, da reação da criança e do que pode acontecer após a revelação, e a exposição do diagnóstico aos outros.

Dos oito adolescentes entrevistados, cinco sabiam do diagnóstico: A5, dezesseis anos; A14, dezoito anos; A22, treze anos; A10 e A3, quinze anos. Os outros três ainda desconheciam o diagnóstico por diferentes razões. A19, doze anos, já tinha noção da sua doença, embora não soubesse o nome dela. A20, dezesseis anos, por apresentar deficiência cognitiva, entendia que tinha uma doença crônica que necessitava tratamento, mas também não sabia o nome desta doença. Já A6, também com dezesseis anos, embora a equipe multidisciplinar tivesse exaustivamente conversado com sua mãe sobre a importância da revelação do diagnóstico, a mesma manteve-se irredutível, e disse que assim que o adolescente iniciasse um relacionamento, iria contar a ele sobre a doença. A equipe multidisciplinar continua trabalhando esta mãe, no sentido de apoiá-la e conscientizá-la a conversar com o filho sobre a doença.

Marques e colaboradores (2006) colocam que os principais motivos que levam os pais a revelarem o diagnóstico aos seus filhos são: má adesão ao tratamento, início de vida sexual, questionamentos por parte do adolescente sobre a sua condição física e abordagem inadequada do profissional de saúde. A mãe de A6 usava como justificativa a não atividade sexual de seu filho, adiando assim, o enfrentamento do diagnóstico e suas possíveis repercussões.

Portanto, aos adolescentes que sabiam do seu diagnóstico, foi perguntado como a revelação ocorreu e como se sentiam em relação a isso. Esta foi realizada de diferentes maneiras. Para A5, a explicação sobre sua doença foi sendo dada gradativamente pela mãe, conforme ela ia crescendo e amadurecendo, tornando mais fácil a compreensão dos fatores envolvidos:

*“Eu era bem nova. Acho que antes de eu entrar pro colégio eu já sabia. Foi contando. Eu não entendia direito o que era. Mas depois tive que entender.” (A5)*

A22 soube do seu diagnóstico também através da sua mãe, embora não lembrasse a idade que tinha na época:

*“Eu perguntei por que eu tinha que tomar tantos remédios. Ela falou que eu tenho uma doença (não disse que era Aids), e que eu tenho que ficar tomando esses remédios para não piorar. Aí eu fiquei quieto e tomei.” (A22)*

Já A14 foi desconfiando da sua doença conforme ia às consultas médicas:

*“Eu fui sabendo conforme eu fui crescendo. (...) Ela (a mãe) vinha me trazendo pro hospital, aí eu mesmo fui percebendo. Mas ninguém me falou não.” (A14)*

Muitas vezes, os adolescentes não verbalizam as desconfianças sobre seu diagnóstico aos pais ou cuidadores e à equipe de saúde, embora apreendam o significado das idas ao hospital, do uso das medicações e no momento da revelação, confirmam que já sabiam de sua condição clínica.

A3 soube do seu diagnóstico a partir de uma desavença entre sua mãe e sua tia. Seu relato mostrou que muitas vezes, dentro da própria família existe o preconceito em relação à Aids, não só pelos parentes, como também pela própria mãe, que tinha receio em contar o diagnóstico a filha, por ter sido ela a pessoa que lhe transmitiu a doença. Isso fica exemplificado na fala a seguir:

*“Foi através dessa briga. A minha mãe não queria me contar agora, porque eu era muito rebelde, e minha mãe ficou com medo de eu ficar com raiva dela. Aí ela ia esperar uma idade certa prá me contar (...). Elas (a tia e a mãe) brigaram, chamou minha mãe de aidética, e eu perguntei a minha professora de ciências que me explicou*

*(...). Aí eu falei com a minha mãe, e a minha mãe foi e falou.” (A3)*

Nota-se que apesar dos cuidadores terem a intenção em revelar o diagnóstico aos adolescentes, existia certa dificuldade em conversar claramente sobre o assunto, inclusive em relação a nomear a doença como Aids.

O estigma e a discriminação sempre estiveram associados à epidemia de Aids, e embora algumas vezes sejam utilizados com o mesmo significado, McGaw e Wameyo (2005) assinalam a diferença entre os termos. Enquanto estigma é a marca da desonra e da vergonha, discriminação é a consequência negativa dessa crença. Para os autores, estigma e discriminação são formas de violência, por causarem dano psicológico e por impedirem a criança ou adolescente de se relacionar com outros. Neste sentido, fala A3:

*“É a família da minha mãe é a que cria mais preconceito (...) A família do meu pai me trata bem, nunca falou, não falam coisas que eu fique magoada... Minha tia que diz: “tem HIV, vai ficar sozinha, ninguém vai te querer...”.Era assim... Me agredia assim, com palavras.(...) Dói mais do que um tapa!” (A3)*

Um estudo feito em Botswana por Nthomang e colaboradores (2009) mostra que o estigma está profundamente arraigado à sociedade e à cultura dos diferentes povos, que por sua vez, estimulam a não aceitação das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Muitas vezes a pessoa se sente estigmatizada, não conseguindo superar o fato de ter sido contaminada pelo vírus HIV. Isto fica demonstrado pela fala de A3, vítima de violência física e psicológica:

*“A sensação que me dá é que por qualquer coisinha ela (a mãe) quer me bater. Por causa do meu pai, por causa desse negócio (a mãe ser HIV positivo) mesmo...Sei que*

*minha mãe tem muitos problemas, esse negócio de tio falando, tem meu pai, ela bate no meu pai, meu pai tem outra mulher, ela não gosta e quer descontar em mim e no meu irmão. (...) Ela fica falando mal do meu pai, e eu não gosto que falem mal do meu pai, aí ela fala: “seu pai não presta”, e eu falo “deixa meu pai”, aí ela me bate. Ela diz “é por causa do seu pai que eu estou assim, que eu sou uma morta viva. A minha vida acabou.” (A3)*

Após o conhecimento do diagnóstico, o adolescente passa a ter que enfrentar um novo desafio, o dividir ou não esse segredo. Se por um lado a possibilidade de compartilhá-lo com alguém poderá trazer alento à sua vida, por outro, a divulgação poderá ser desastrosa, com rejeição ou discriminação. De um modo geral, os adolescentes que sabiam de sua condição sorológica, independentemente de sofrerem violência intrafamiliar ou não, foram categóricos em afirmar que não revelaram nem revelariam sua condição clínica para nenhum amigo, por receio de serem discriminados. Alguns deles tinham famílias que sabiam do diagnóstico e demonstravam não ter nenhum tipo de preconceito, fazendo com que eles se sentissem seguros e protegidos. Mesmo assim, esses adolescentes não tinham coragem de contar sua situação clínica a mais ninguém, demonstrando o quanto a doença ainda é estigmatizante. A pesquisa de Marques e colaboradores (2006) confirma a postura das famílias em restringir a revelação quando se trata de amigos ou vizinhos. As falas abaixo revelam essa situação:

*“Não gosto muito de tocar no assunto não. Quero contar nada não (para os amigos). Só prá mim mesmo. Eu deixo quieto.” (A14, mudando o tom de voz, visivelmente contrariado)*

*“Na família sabem (do diagnóstico) porque minha vó contou, mas eu não falei nada. (a família) Só pergunta se*

*eu tô bem, se eu tô tomando os remédios direitinho... mas nada constrangedor não". (A10)*

*"Nunca tive vontade de contar pra ninguém, porque sei lá, as pessoas mudam se chegar e dizer que está com raiva, sabe, fazer alguma coisa, só pra se vingar e falar, entendeu?(...) Na igreja assim, ninguém sabe, tudo mais, são eles lá e eu cá. Tem os meus colegas, meus amigos, o pessoal conhecido, mas... só os primos sabem" (A5)*

A22, apesar de ter dito que lidava bem com a doença, colocou a dificuldade em esconder dos amigos o seu diagnóstico, conforme evidenciado abaixo:

*"Meus amigos perguntam por que eu tenho que tomar remédio. A minha mãe disse prá eu falar que não sei, porque eu tenho que tomar". (A22)*

A mãe de A22 orientou o filho a usar de pretextos para não divulgar o diagnóstico, reforçando o medo da discriminação caso seus amigos soubessem da doença. Ao dizer que "não sabe" por que faz uso dos medicamentos, A22 fica isento de revelar sua condição clínica, não sendo assim estigmatizado. Skinner e Mfecane (2004) acreditam que o estigma destrói a identidade da pessoa e a capacidade de enfrentamento da doença. Apontam também que o temor da discriminação limita a revelação do diagnóstico a pessoas que poderiam dar apoio, como amigos e parentes.

A relação dos adolescentes entrevistados com a doença foi bastante semelhante, e quase todos sentiam dificuldade em lidar com a mesma. Por outro lado, ficou claro que houve a necessidade de aprender a conviver com essa situação, conforme evidenciaram os relatos a seguir:

*"Eu não gosto, né, mas já me acostumei" (A10)*

*"É chato, né, mas fazer o quê?" (A14)*

*"Prá mim é muito chato isso, com certeza é muito ruim, mas aí eu convivo com isso, não é?" (A5).*

O adolescente, ao receber o diagnóstico de uma doença crônica como a Aids, em que o tratamento é longo e duradouro, pode apresentar dúvidas quanto a sua capacidade de adequação aos horários dos medicamentos e ao seu dia-a-dia. Embora nem todos soubessem do seu diagnóstico, a administração dos medicamentos anti-retrovirais foi falada por todos eles. Alguns contavam com a ajuda de familiares e cuidadores para que o horário das medicações não fosse esquecido, dividindo com eles a difícil tarefa de tomar, dia após dia, os medicamentos antiretrovirais:

*“Às vezes eu lembro, se eu tiver com o relógio, se eu tiver no computador, eu olho a hora assim, “ih, mãe, tá na hora do remédio”, e eu tomo. Tem um que é sempre quando eu tô saindo de casa para a escola, tem que tomar, aí aquele ali eu já sei, aquele ali eu não esqueço, aí eu sempre tomo ele. Mais tarde assim, quando eu tô muito cansado, aí eu deito e durmo, aí minha mãe fala: “Vai, A6, vai, o remédio”. (A6)*

*“Minha vó. (lembra dos remédios) No final de semana, aí eu é que tenho que lembrar, porque às vezes, ela não tá comigo. Quando ela tá comigo, ela me lembra.” (A10)*

Para alguns adolescentes, o ter que tomar a medicação é um ritual desagradável, ainda que necessário para o controle da doença, como mostram os depoimentos abaixo:

*“É chato, né, mas fazer o quê? Tenho que tomar, né? Eu acho chato.” (A14)*

*“Ah, me aborrece. Não suporto tomar remédio, ainda mais na frente dos outros.” (A10)*

Somente um adolescente demonstrou gostar de fazer uso da medicação:

*“Até gosto de tomar remédio, gosto de tirar sangue, não sei porque, não tenho esses negócios...” (A22)*

A medicação anti-retroviral precisa ser administrada em horários específicos que podem ser coincidentes com a escola e o lazer. Por isso, algumas vezes, os adolescentes têm que usar de estratégias para que seus amigos não desconfiem do diagnóstico, como ilustrado a seguir:

*“Como eles são mais chegados, até tomo na frente deles. Não tem muito problema. Até que tomo rápido (...) apesar de ser grande, tomo rápido. (...) Nem dá pra perceber. É tão rápido que parece que é só um (comprimido). Só quando eu abro o potinho boto na minha mão, engulo, ou às vezes cai no chão. Mas é difícil.” (A22)*

*“Coloco num potinho. Por que minha mãe conseguiu um potinho. Aí eu boto. Aí enfio no bolso, ou boto num guardanapo e enfio no bolso. Boto em algum lugar. Dou um jeito.” (A5)*

Segundo o Ministério de Saúde (2008:14),

*“a adesão transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/Aids, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação e a adequação aos hábitos e necessidades individuais”.*

A adesão ao tratamento do HIV/Aids é a palavra-chave para que a resposta aos medicamentos seja satisfatória, porque assim a doença estará sob controle e o adolescente terá uma boa qualidade de vida. Baseado nas condições clínicas e no resultado dos exames laboratoriais investigados na primeira parte desse trabalho a maioria dos adolescentes da pesquisa em questão apresentou controle da infecção, mostrando que existe uma boa adesão ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, poucos apresentaram efeitos colaterais às drogas, apesar do longo tempo de uso dos anti-retrovirais.

Observou-se que alguns pais davam autonomia aos seus filhos para administração da tomada das medicações, mostrando o amadurecimento da família em reconhecer a capacidade do filho em cuidar da própria saúde, sendo este, merecedor de confiança por parte dos pais. A fala de A22, que recebeu a chave da porta de casa para não atrasar o horário dos remédios revela bem esta situação:

*“Às vezes quando eu saio com meu pai (que é separado da mãe) eu tenho que levar (os remédios), não é? Mesmo até quando eu vou pro Barra Shopping com ele (o pai) porque às vezes atrasa. A partir de agora que eu estou com a chave de casa até que eu posso ficar até mais tarde no Barra Shopping. Assim, no sábado, eu posso ficar até tarde.. posso chegar até uma horinha lá a mais...”*  
(A22)

Para que o adolescente possa ser protagonista da sua própria doença, fazendo escolhas e tomando decisões no momento certo, é necessário que ele conheça a sua condição clínica e entenda a importância da adesão ao tratamento anti-retroviral no controle da infecção pelo HIV. Portanto, estratégias para melhorar a revelação do diagnóstico são muito importantes para que esse momento seja o mais equilibrado possível.

### VIII.3.2 – As Relações Sociais

Embora complementares, o tema relações sociais foi dividido em suporte social e convivência social, por serem questões que são influenciadas por diferentes aspectos.

#### VIII 3.2.1 – Suporte social

Rede social de suporte, segundo Braga (2006), é a formação de alianças, temporárias ou não, que atuam de maneira dinâmica. Seriam suas funções: realizar atividades em conjunto, ser solidário, compartilhar informações e conhecimentos e ajudar em situações de ordem econômica ou de saúde. As múltiplas formas de ajuda se fazem presentes em momentos emergenciais ou do cotidiano. Pesce e colaboradores (2004) colocam a importância da rede de apoio, seja ela emocional, afetiva, informacional e/ou de interação positiva, como fator de proteção aos maus-tratos.

A presença de rede de apoio e/ou de família expandida esteve presente nos relatos dos adolescentes entrevistados, independente de serem vítimas ou não de violência intrafamiliar.

*“Tem minha tia. Meu tio também ajuda às vezes. Eu acho que eles pedem mais prá gente do que a gente prá eles. Mora meu tio, minha tia, minha outra tia. Nunca visitou não, mas caso precise, a gente pede assim...” (A14)*

*“Os pais do meu amigo, não é? Porque a gente é bem chegado, né, bastante, é como se a gente fosse irmãos.(...) Às vezes a gente precisa de favor eles fazem, eles precisam a gente faz, assim, troca.” (A22)*

Somente um adolescente, que sofria maus-tratos, negou que sua família receba ajuda de algum amigo ou parente.

A presença da família ampliada reforçou a importância desses laços no cotidiano dos adolescentes, conforme ilustrado na fala de A22:

*“Talvez eu vá ao almoço na casa da mãe do meu pai (padrasto que ele chama de pai), o F., né?, pra almoçar lá e prá rever, né? Tem uma avó dele que morava lá em Minas aí se mudou pra cá, já. Tem tempo, até acompanhei a mudança, mas aí estava com saudade, quero rever, aí talvez até eu vá lá.” (A22)*

Assis e colaboradores (2006) mostram em um estudo sobre proteção e resiliência realizado com adolescentes, que a presença da família ampliada teve um papel expressivo na vida deles, atuando como um fator de promoção de resiliência e de proteção à violência intrafamiliar.

O relacionamento da avó com os vizinhos foi citado por A10, embora a adolescente não valorizasse essa convivência, por acreditar que eles iriam contar para a avó tudo o que A10 fazia.

O trabalho de Braga (2006) sobre redes sociais aponta a importância da vizinhança como rede de relações moldadas por práticas de ajuda mútua, tendo um papel importante para os seus integrantes.

*“Minha vó fala com os vizinhos lá, eu não falo não, porque eu não gosto muito deles não, mas minha vó fala. Fala com todos.” (A10)*

No nosso estudo, a presença de rede de apoio não atuou isoladamente como um fator decisivo de proteção à violência intrafamiliar, porque mesmo em famílias em que ela se fazia presente, os adolescentes sofriam maus-tratos, como nos casos de A19, A10 e A3.

A religião como um instrumento de apoio à família surgiu no relato de A6, sendo inclusive a atividade em que toda a família participava, como evidenciado na fala abaixo:

*“Eu sou católico.(...) A igreja a gente (a família) vai junto. Tem o grupo jovem. A gente vai, tem reuniões, agora em fevereiro a gente vai viajar, a gente vê o que quer fazer, e aí vai viajar, e fica uma semana fora, e volta prá casa depois.” (A6)*

Os outros adolescentes não se referiram à religião como algo importante nas suas vidas, inclusive alguns deles não tinham nenhuma crença.

### VIII.3.2.2 Convivência social

Os espaços sociais que apareceram nas entrevistas dos adolescentes, ao serem abordados sobre a convivência social, foram os locais para lazer, a relação com vizinhos e a escola, lugares nos quais, habitualmente, fora do ambiente familiar, eles têm contato com outras pessoas.

As relações sociais exercem uma grande influência no desenvolvimento dos adolescentes, contribuindo para a sua identidade psicosssexual, autonomia e orientação em relação aos papéis e responsabilidades dos adultos (Biro, 2008). Pôde ser observado que as relações sociais dos adolescentes do nosso acervo são semelhantes a dos adolescentes que não vivem com HIV/Aids, pertencentes aos mesmos estratos sociais.

As atividades de lazer apareceram nas falas dos adolescentes, vítimas ou não de violência intrafamiliar. Muitos saíam, acompanhados por amigos, por vizinhos ou namorada, variando apenas o tipo de distração, conforme evidenciados nos relatos abaixo :

*“Vou pra escola, converso muito (...) deixa eu ver... zoo muito,(...) nosso tour de ônibus.(...) aí fica fazendo vaquinha com os amigos, vamos comprar bala, vamos comer doce, (...) guerra de ketchup. (risos) A gente sempre tá indo para pizzaria, aí vamos pra praça, vamos pro show...” (A5)*

*“Namorar, todo dia namora lá em casa. Quando ela não vai lá em casa, eu vou na dela. Aí eu vou pro computador, vou jogando vídeo-game, às vezes eu saio com os amigos, de noite eu saio, só isso.” (A14)*

*“Brinco, jogo bola às vezes (...) às vezes jogo vídeo-game, às vezes vou prá minha avó. Às vezes eu fico jogando bola na parede, fazendo embaixadinha, mas*

*quando tem uma galera assim, meus colegas, a gente vai pro campo jogar bola.” (A19)*

Uma das entrevistadas (A10), vítima de maus-tratos físicos, embora participasse de atividades de lazer com os tios e primos, ressentia-se com algumas restrições impostas pela avó. Ela não podia sair com suas amigas, nem recebê-las em sua casa para conversar, e por isso não tinha amigos da mesma idade. Sua avó não justificava esta atitude, e deste modo, ela não sabia explicar a causa desta proibição.

*“É na casa dos meus familiares, assim, só. Tem vezes que é chato, tem vezes que é legal. (...) Ah, quando eles começam, fica cheio de adulto conversando, e eu fico, sei lá, um peixe fora d’água...Minha avó também não gosta muito de colegada dentro de casa (...). Ela falou que acostumou os filhos dela assim, foi acostumada assim, não gosta de colegada dentro de casa”. (A10)*

Baixo incentivo à autonomia foi percebido nos adolescentes que eram vítimas de violência intrafamiliar, conforme exposto nos trechos das entrevistas abaixo:

*”Sair sozinha que eu falo é... não é sair sozinha pro shopping, essas coisas, é prá ir prá casa dos meus tios sozinha. Sentir (vontade de sair com as colegas) eu sinto, mas ela (a avó) não deixa, às vezes ela não quer me dá dinheiro, aí fica difícil.” (A10)*

*”Pode, mas tem que sair à 7 horas e voltar às 8:30. A ida até a praça leva meia hora, da minha casa até a praça, e aí quando eu chegar na praça, vou olhar prá praça e vou me embora. Não adianta (conversar com a mãe). Ela fala que eu sou menina, que não posso ficar na rua até tarde.” (A3)*

A3, assim como A10 eram vítimas de violência física e psicológica, e acreditamos que a pouca autonomia dada pelos cuidadores estava mais relacionada às relações familiares conflituosas, do que a possíveis situações e risco devido à idade delas ou ao local de moradia.

Houve pouca valorização do espaço da escola como socializador, e muito menos de um espaço de construção do conhecimento. É para alguns, lugar de poucas amizades e alguns conflitos, como revelado no depoimento de A19:

*“Eu não tenho amigo muito certo não, por causa que todo mundo é falso lá na escola...às vezes eles chamam prá eu ir na casa deles, só que às vezes eu ligo prá casa deles, e ele fala que vai sair...”* (A19)

O futuro profissional do adolescente faz parte do elenco de perspectivas dos mesmos, interferindo no seu papel social. E, embora o tema não tivesse sido diretamente abordado, alguns adolescentes relataram ter grandes expectativas, como por exemplo, *“fazer faculdade de informática”* (A6). Outro adolescente ilustra a sensação de poder se apoderar da própria vida, após entrar na maioridade:

*“Depois dos 18 então... vou fazer tudo sozinho... (empolgado) Tô fazendo um quartinho na minha casa. (...) Sério, tô comprando material e tudo... Pedi a opinião da minha avó, porque a casa é dela, prá saber se podia, e ela falou que podia. Até fevereiro sai. É um quarto pequeno, prá eu morar sozinho. Armário vai ter, mas não vai ter fogão. Eu vou em casa. Vou lá prá dormir só. Prá ficar sozinho: É isso! É logo em cima, é rapidinho!”* (A14)

### VIII.3.3 – Convivência familiar

A análise da convivência familiar pôs em evidência como a relação entre os membros de uma família é importante para a compreensão dos maus-tratos atingindo crianças e adolescentes. Se por um lado, aqueles que não sofriam violência intrafamiliar viviam em ambientes onde o diálogo, a negociação e o respeito se faziam presentes, por outro, a ausência de diálogo e a presença de relações conflituosas e violentas eram a tônica nas famílias dos adolescentes vítimas de maus-tratos. Portanto, esse tema será dividido em dois grupos: um primeiro, onde as relações familiares se faziam presentes sem o uso de qualquer tipo de violência, e um segundo, no qual as famílias viviam em constante agressão, fosse ela física e/ou psicológica.

#### VIII.3.3.1 Vivendo sem violência intrafamiliar

A convivência nas famílias não violentas mostrou as seguintes situações: a definição clara dos papéis, a presença do diálogo, a negociação dos conflitos e o respeito entre seus membros. Em relação à definição clara de papéis, a fala que mais ilustrou essa situação foi a de A6:

*“Quando tô errado, tô errado, não tem como falar que tô certo (riu). E quando tô certo, a gente tenta mostrar prá eles que tamos certos.” (A6)*

Quanto a presença de diálogo, as falas de A6 e A14 foram as mais ilustrativas:

*“Todo mundo quando acorda fala um com o outro, bom dia...” (A6)*

*“(...) eu boto o papo em dia, converso com ela (a mãe) todo dia, brinco com ela (a mãe), todo dia...” (A14)*

As situações de conflito e as maneiras de lidar com as mesmas foram bastante similares entre os adolescentes que viviam em famílias não violentas. Diante de uma situação conflituosa, a negociação teve papel relevante, onde pais e filhos, através do diálogo e do respeito, conseguiam uma solução pacífica que agradasse a todos. Isto fica exemplificado na fala de A6, que desejava muito furar a sua orelha e o pai, a princípio, não havia permitido:

*“Ele só falou assim: “Por que você furou a orelha?”  
“Porque meus amigos estão de orelha furada, e tal” “Mas eu não falei que não era prá furar?” “Poxa pai, só dá prá tirar depois de um mês, porque depois de um mês cicatriza, não fecha mais.” “Ah, não, quero que tira!” “Não, pai, por favor!” “Então tá, não falo mais nada não! (...) Só não bota aqueles brincos grandes, argolas, que são estranhas”. (A6)*

Em determinadas ocasiões, nas famílias não violentas, embora os adolescentes não concordassem com o desfecho de um determinado conflito, demonstravam a existência de um espaço para o respeito pelo seu desejo, exemplificado na fala de A 22:

*“Continuo não concordando. Mas é bem difícil eu não concordar. Às vezes eu até aceito, né? Mesmo que eu não concorde, eu até aceito. (...) Às vezes eu consigo convencer.(...) (A22)*

O respeito entre os membros de uma família foi outra situação encontrada, conforme mostra a fala de A5, quando relatou como era o relacionamento com a mãe: *“conversa e respeito entre si”*.

Dentre as questões que demonstram respeito entre os responsáveis e seus filhos, encontra-se o incentivo à autonomia. Este apareceu de diversas formas nos relatos destes adolescentes. Se por um lado, um adolescente recebia

mesada e podia gerenciá-la do jeito que achasse melhor, o outro podia sair com os amigos para vários lugares sem estar acompanhado da mãe, como, de um modo geral, acontece com os adolescentes que não vivem com HIV/Aids. Já aquele que estava empregado, descreveu a sensação de poder trabalhar e ter seu próprio rendimento, favorecendo, de algum modo, sua independência econômica:

*“Ah, de ter tudo! Tenho minhas coisas, minhas roupas, meu próprio dinheiro, comprar o que eu quero, é isso!”*  
(A14)

Percebe-se que neste grupo de adolescentes sem violência, a presença dos fatores de proteção foi bastante significativa, encontrando-se principalmente dentre os fatores individuais a presença de autonomia. Já nas famílias desses adolescentes foi visto que a educação era acompanhada pelo diálogo aberto, respeito entre seus membros e a preservação da individualidade do filho. Suárez e Menkes (2006) realizaram uma pesquisa sobre violência intrafamiliar com adolescentes no México, e concluíram que a boa comunicação em casa e o respeito e o amor dentro do âmbito familiar são medidas importantes para a diminuição dos maus-tratos.

Ao final das entrevistas, foi perguntado a estes adolescentes o que eles consideravam importante nas suas relações familiares que justificasse o bom relacionamento em casa, resgatando assim, as respostas que tinham sido dadas por eles no momento da aplicação dos questionários. O respeito entre os membros da família e o diálogo foram mais uma vez, as características mais citadas, conforme mostram as seguintes falas:

*“Ah, por tudo que a gente conversa, pô, senta na sala e fica brincando.(...) Acho que não tem clima prá ser ruim. A gente convive bem.”* (A14)

*“O respeito, sentar prá conversar, a paz assim, são três itens que a gente tem lá em casa, sempre respeitando um ao outro, se não respeitar, vira uma bagunça! Filho prá um lado, mãe pro outro, acho que isso sim, transforma o ambiente em paz.” (A6)*

Por considerar que relacionamentos estáveis com forte vínculo entre seus membros e que o uso de técnicas disciplinares positivas sem que haja força física ou agressão psicológica são fatores poderosos contra a violência intrafamiliar, WHO (2006) orienta que estas ações sejam encorajadas entre as famílias.

#### VIII.3.3.2 - Vivendo com violência intrafamiliar

As entrevistas dos adolescentes cujas famílias apresentavam violência física e/ou psicológica mostraram que no ambiente doméstico não existia harmonia, sendo definido como um local difícil de viver, conforme evidenciado nas entrevistas abaixo:

*“É muito estressado lá.” (A20)*

*“Ah, às vezes, quando faço besteira, eles falam, só que às vezes, não tem motivo de brigar comigo, e eles brigam...” (A19)*

*“É mais ou menos. Antes era bom, mas agora a gente tá tendo muitos conflitos dentro de casa, e eu não sou muito de ouvir e ficar quieta, eu fico respondendo, e aí fica difícil.” (A10)*

O enfrentamento das situações de conflito por parte das famílias era baseado na agressão física e psicológica, não sobrando espaço para o diálogo e o respeito, como exposto pelos adolescentes:

*“Ah, ela (a avó) é muito estranha, a gente começa a discutir, aí ela pára de falar comigo, aí depois eu vou falar*

*com ela, tal, mas sempre acaba bem. Ultimamente não tá ficando tudo bem não. (...) Aí ela começa a discutir comigo, começa a falar, aí eu começo a falar também, aí eu vou pro quarto, me tranco lá, fico vendo televisão, depois eu volto, e a gente começa a conversar de novo.”*  
(A10)

*“Não converso com a minha mãe. A maioria dos meus segredos que eu faço assim, que eu conto é pro meu padrinho.”* (A19).

Dentre as causas que geram os conflitos, encontrou-se o não querer participar de alguma atividade doméstica como arrumar o quarto, ou a demora em realizar alguma tarefa, ou a responder aos chamados da mãe. Inveja ou carência afetiva também foram apontados pelos adolescentes como causadores de agressões física e/ou psicológica. Estes conflitos são, de maneira geral, muito comuns nesta faixa etária. A pesquisa realizada por Assis e Constantino (2001) com adolescentes-mulheres privadas de liberdade mostrou que as causas mais comuns de conflito familiar são: desrespeito às normas familiares, recusa em ajudar nos serviços domésticos, namoros, falta à escola, uso de cigarros e drogas, ciúmes do padrasto. A10, que vive com a avó materna desde dois anos de idade, revela como o conflito se estabelece diante da negativa em ajudar nas tarefas domésticas:

*“Eu não sou muito chegada a fazer esses negócios (arrumar o quarto, lavar a louça e a roupa), e ela acha que eu tenho que fazer, que eu tenho que ajudar ela, e tal, eu até entendo, mas eu não gosto, é meu, eu não consigo gostar de fazer essas coisas.”* (A10)

A 20, que mora com o pai, a madrasta, dois irmãos e um irmão de consideração, também exemplifica, através da sua fala, as atividades domésticas como causadoras das desavenças com sua madrasta, já que,

tendo deficiência cognitiva, às vezes demora a fazer o que lhe é solicitado, ou, até mesmo se distrai durante as tarefas:

*“Ela fica me batendo assim às vezes... às vezes eu tô lavando louça, às vezes eu gosto de ficar brincando de bolinha assim, de soprar bolinha, aí eu demorei muitos tempos e aí ela foi e Buf!” (A20)*

A mesma adolescente se queixou de ter que realizar todas as atividades domésticas juntamente com sua madrasta, enquanto seus irmãos, de quatorze e quinze anos, eram liberados para ir jogar bola, sem colaborar com a dinâmica da casa, mostrando claramente que a diferença entre gêneros se encontrava presente nos papéis dessa família:

*“Porque lá, às vezes minha madrasta fala: “A20, pro banheiro, A20, faz isso, A20, faz aquilo, lava a louça, A20, limpa o rec (gravador), A20 faz isso, A20 arruma a cama... “Não, eles saem.” (ao ser perguntado se os irmãos ajudavam na limpeza da casa)*

Segundo Assis e Constantino (2001:31)

*“O lar é o local que a sociedade delega ao controle feminino. Nele, as mulheres têm papel destacado na reprodução de normas sociais, que mantêm a diferença de gêneros.”*

Assim sendo, as funções seriam além das tarefas domésticas, a de cuidar de crianças, idosos e doentes. Observam-se diferenças de gêneros, onde ao filho homem é dada maior liberdade enquanto a filha mulher deve repetir o modelo materno, estimulado desde a infância, através das brincadeiras de boneca e casinha.

A fala de A3 denuncia os motivos que levam à mãe a agredi-la:

*“Ela (a mãe) me bate quando ela me chama e eu não atendo. Se ela me chama, e ela tá na cozinha, e eu no*

*meu quarto, aí ela me chamou, eu pensei que ela tava lá fora, aí eu gritei (...) Aí ela grita muito, ela me bate.” (A3)*

A família de A3 vive sob constante violência, envolvendo todos os seus membros. A mãe abusa fisicamente não só da filha, como também do ex-marido e do outro filho mais velho, que por sua vez, agride A3 física e psicologicamente. Somente o pai de A3 não a maltrata.

Segundo A3, a causa da implicância do irmão para com ela seria a inveja da relação que ela mantém com o pai, que a trata com atenção e carinho, enquanto ele não sabe do próprio pai há muitos anos. Isso fica evidente no seguinte relato:

*“É meu irmão que é chato. Ele fica assim implicando... É que ele não quer lavar a louça, e começa a falar, a implicar assim comigo... (...) aí eu falo que ‘vou falar com a minha mãe’, e ele me bate. Conto (para a mãe). E aí ela bate nele. Ele corre atrás de mim, me chama de nojenta, diz que quer ir embora... Ele tem carência de pai. O pai dele não vai lá desde que ele nasceu, o pai dele nunca ligou prá ele, aí como eu tenho meu pai e ele me dá as coisas, ele fica com inveja. Tem a família do meu pai que me adora, e a família do pai dele que não liga prá ele. Eu acho que ele tem inveja por causa disso.” (A3)*

A mesma adolescente referiu sofrer maus-tratos físicos há muitos anos (“desde que sou pequeninha, ela sempre me bateu”), e que por diversas vezes presenciou cenas de violência física entre os pais, que agora estão separados:

*“(...) ela (a mãe) brigava muito, tudo o que via, ela jogava nele. E ele segurava ela, mas ela batia nele” (A3)*

Straus e Gelles (1995) realizaram um estudo sobre violência nos Estados Unidos onde entrevistaram oito mil cento e quarenta e cinco famílias e verificaram que, naquelas onde a mulher agredia fisicamente o marido, como

no caso de A3, a criança tinha 2,2 mais chance de ser agredida por sua mãe, quando comparado com famílias sem violência entre os casais. Segundo Hornor (2005) aproximadamente 40% das crianças que testemunham a violência intrafamiliar também são agredidas fisicamente.

Reichenheim e colaboradores (1999) afirmam que crianças que são vítimas de violência intrafamiliar ou que testemunham a violência entre os pais, podem quando adultos apresentar distúrbios emocionais, cognitivos e comportamentais. WHO (2006) alerta que essas crianças e adolescentes podem se tornar futuros perpetradores ou futuras vítimas de violência, incluindo suicídio, abuso sexual, violência entre jovens e entre casais. A3 e seu irmão vivenciaram essa situação, e ele, agora adulto, repete nela o modelo de comportamento violento ao qual foi exposto.

Os resultados da aplicação do instrumento CTSPC que avaliou a presença de violência física (Straus et al, 1998; Reichenheim e Moraes, 2003) na primeira etapa deste estudo, mostraram que na categoria *punição corporal*, o ato de "dar um tapa na mão, no braço, ou na perna" foi o mais citado. A 10, que recebeu o maior escore para essa forma de violência confirmou esse achado ao descrever as agressões que sofre com a avó:

*"Assim, ela é muito de discutir, ela não gosta de bater não. Mas já me deu alguns tapas, de vez em quando, mas ... (...) Não é sempre. Ela me dá um tapa e pronto. Não é de ficar me batendo de chinelo, o tempo todo... Às vezes ela taca o chinelo em mim também. Mas não chega a machucar não. Assim, ela me taca e eu depois eu fico com raiva, "tá vendo, você fica me tacando as coisas..." E ela: "você fica me respondendo, não sei o quê..." (A10)*

Weber e colaboradores (2004) realizaram um estudo sobre “o uso de palmadas e surras como prática educativa”, entrevistando quatrocentas e setenta e duas crianças e adolescentes, onde 62,3% dos entrevistados relatavam terem sido agredidos com as mãos. O uso do cinto e do chinelo veio em segundo lugar, com 43% das respostas, o que Straus e colaboradores (1998), através da escala CTSPC, denominam de *maus-tratos físicos*. O ato de “bater em alguma parte do corpo diferente do bumbum, com alguma coisa como um chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro” apontado no instrumento foi unânime em relação às respostas dadas na primeira parte deste trabalho, como demonstram os depoimentos a seguir:

*“Ela me bate com tudo. Chinelo (...), câmara de ar de borracha... (...) Coisas duras também. Ela pega o controle, também, na cabeça minha e do meu irmão. Ela bate, e só pára quando alguém separa.” (A3)*

*“Bate, bate um pouquinho... com correia. Eu saio correndo pro banheiro, se escondo lá. Bate mais no meu irmão, por causa do meu irmãozinho pequeno.” (A20)*

A punição física como medida educativa foi colocada durante a entrevista por alguns adolescentes. Segundo WHO (2006), freqüentemente os cuidadores confundem punição com disciplina, utilizando a força física para a correção ou mudança de comportamento das crianças e dos adolescentes. Punição envolve medidas físicas ou psicológicas, refletindo raiva ou desespero por parte dos cuidadores, que não conseguem usar de outro recurso que não a violência na resolução de conflitos. Como colocado por Weber e colaboradores (2004), a punição corporal não mostra o que tem que ser feito, apenas o que não deve, focalizando o erro e não ensinando o certo. Disciplinar, por outro lado, seria o

uso de estratégias positivas reforçando a auto-estima e a habilidade de saber se comportar apropriadamente, construindo relacionamentos positivos.

Gomes e colaboradores (2002) falam da posição de domínio de gênero e de geração, da submissão do mais fraco em relação ao mais forte, onde a criança ou o adolescente devem sempre aprender a obedecer. Weber e colaboradores (2004) afirmam que esta passagem de modelo de geração para geração é um dos motivos que fazem com que a punição corporal como prática educativa seja mantida ao longo dos séculos.

Para a criança ou adolescente, o pai ou o cuidador detêm o poder hierárquico, tendo autoridade para dar ordens, tomar decisões em relação a eles, e conseqüentemente, dispor do legítimo direito de bater para assim educar, em nome do próprio bem deles.

A20, que mora com o pai, dois irmãos, a madrasta e o filho dela, exemplificou essa situação:

*“Às vezes o M. (irmão de consideração) fica respondendo ele, ele (o pai) dá nervos que bate, mas não pode bater. Porque meu pai não é o pai dele, não é? Pode (bater nela e nos irmãos). Porque ele é meu pai.” (A20)*

A3 também falou sobre a mãe bater no irmão, já um adulto, que inclusive tem emprego e ajuda no sustento financeiro da família:

*“Ela bate nele. Ela fala que não é porque ele é homem que ela não vai partir a cara dele não... Ele que pede prá apanhar: ”me bate logo, me bate.” (A3, ao ser perguntada se o irmão não reagia à agressão materna)*

Assis e Avanci (2004b) ao realizarem uma pesquisa sobre a formação da auto-estima na infância e na adolescência verificaram que nem o fato dos filhos

já serem adolescentes, muitas vezes mais fortes e mais altos que as mães, não as impede de agredi-los, e estes, por sua vez, freqüentemente não reagem.

O arrependimento dos cuidadores após a agressão física, evidenciada no depoimento do adolescente abaixo, mostra que embora o cuidador tenha remorso por ter agredido seu filho, isso não é suficiente para que os maus-tratos sejam abolidos da dinâmica familiar.

*“Ele (o pai) dá carinho no Guto e em mim, depois que se arrepende.” “Ela (a madrasta) pede desculpa.” (A20)*

Este mesmo comportamento foi identificado por Ribeiro e colaboradores (2007), ao realizarem uma pesquisa sobre castigo físico com pais de crianças e adolescentes internados em um hospital pediátrico. Eles verificaram que alguns pais sentiam culpa e arrependimento por investirem contra os filhos, embora não deixassem de agredi-los novamente.

A presença de violência psicológica foi identificada em vinte e um (67,7%) adolescentes acompanhados no Serviço de Dipe, através da aplicação da Escala de Violência Psicológica, vindo ao encontro dos dados apontados pela literatura. Um estudo realizado por Assis e colaboradores (2004a) com mil quatrocentos e sessenta adolescentes de escolas públicas e particulares, utilizando como referência a Escala de Violência Psicológica e o instrumento CTS, mostrou a predominância de abuso psicológico, atingindo 48% dos estudantes investigados. Outro estudo realizado no Peru por Sullica e Schirmer (2006), com quatrocentas e setenta e duas adolescentes grávidas, indicou que em 99,5% dos casos a violência física foi precedida da violência psicológica. Silva e colaboradores (2007) reafirmam essa questão, colocando que a violência psicológica é o ponto inicial que de uma maneira geral, deflagra a violência doméstica.

Silva e colaboradores (2007) também apontam para a dificuldade que ocorre, muitas vezes, em perceber a diferença entre os atos de violência psicológica daqueles inerentes a qualquer relacionamento entre pessoas, acreditando-se fazer parte da convivência entre os membros da família.

No presente estudo, os diferentes tipos de violência se mesclaram, e nos resultados verificou-se que os adolescentes que apresentavam os maiores escores em violência psicológica, eram os mesmos que apresentavam os maiores escores para punição corporal e maus-tratos físicos, só alterando a ordem de colocação. Não houve nenhum caso de maus-tratos físicos graves. A exceção foi A19, que apresentou a maior pontuação para violência psicológica, e uma das menores para qualquer tipo de agressão física.

Dentre as diversas formas de violência psicológica, este trabalho identificou pelo menos um relato de cada tipo de agressão psicológica apresentada na Escala de Violência Psicológica, aplicada na primeira parte deste estudo. Straus e Field (2003) realizaram uma pesquisa com novecentos e noventa e um pais, que mostrou que independentemente das características sócio-demográficas, quase todos eles usaram como tática disciplinar, pelo menos um tipo de agressão psicológica descrita no questionário CTSPC.

A crítica excessiva é uma das formas de violência psicológica, e esta situação foi apontada por alguns adolescentes durante as entrevistas, conforme mostrado a seguir:

*“Não sei por que é assim. Sempre que eu faço alguma coisa, a minha vó sempre tem alguma coisa prá reclamar, e eu pego e não faço mais (...). Não sei como explicar, é um negócio estranho.” (A10)*

*“Quando eu tiro nota ruim, eles brigam, botam de castigo, não sei o quê, mas quando eu tiro nota boa, nada*

*acontece. Como se não tivesse acontecido nada. (...) Eu queria que minha mãe falasse comigo, parabéns e tal”*  
(A19, chorando)

A perda de um dos pais foi citada em dois relatos, e embora outros adolescentes também tivessem vivido essa situação, apenas A19, 12 anos de idade, demonstrou sofrer demasiadamente a morte paterna. Seu pai faleceu quando ele era muito pequeno, e sua mãe casou-se novamente, tendo inclusive, um filho desta relação. A19, embora tenha ido morar com a mãe e o padrasto, não se adaptou, voltou a viver com os avós maternos e sente muita falta do pai. O relato de A19, emocionado, exemplifica o sentimento de perda que afeta muitos adolescentes órfãos:

*“Minha mãe também se casou. Aí ela saiu de casa, só que eu fui também. Depois eu voltei de novo. Por causa que eu tinha ciúme da minha mãe com meu padrasto. Eu não gostava dele. Eles ficavam assim juntos...O meu padrasto ele é muito legal, cara, só que ele não fala comigo direito, não conversa comigo, (...) só que não era disso que eu esperava... Eu esperava que ele fosse um segundo pai prá mim... (voz chorosa) completamente eu não tive um pai, porque ele morreu quando eu tinha três anos, (começa a chorar)”* (A19)

A orfandade foi o fator de vulnerabilidade mais expressivo no presente estudo, quando da caracterização dos adolescentes que vivem com HIV/Aids realizada através da análise dos prontuários, atingindo quase 65% deles. De acordo com a *Joint United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAIDS, 2007), o número de crianças que perderam seus pais vítimas da Aids aumentou dramaticamente. Mais de cinco milhões de crianças, infectadas ou não pelo vírus HIV, vivem com familiares cronicamente doentes, e se tornarão órfãs,

caso seus pais não tenham acesso ao tratamento anti-retroviral (UNICEF, 2006).

França-Junior e colaboradores (2006:24) afirmam que

*“a epidemia da Aids impacta a qualidade de vida de crianças e jovens, que podem passar por sucessivas perdas: do convívio com os pais e, eventualmente, de seus parentes; e de sua própria saúde.”*

Além disso, conforme explica Orne-Gliemann e colaboradores (2008), a morte dos pais gera a troca de cuidadores, aumentando a vulnerabilidade desses adolescentes à violência intrafamiliar. A análise dos prontuários dos adolescentes que eram acompanhados na DIPE mostrou que a troca de cuidadores foi um dos fatores de vulnerabilidade mais freqüente, atingindo dezesseis (47%) deles. Embora o dado seja expressivo, apenas cinco adolescentes (14,7%) que tinham mudado de cuidador, apresentavam relato de violência descrito nos prontuários. Dentre os entrevistados, aqueles que trocaram de cuidadores após o falecimento de um dos seus genitores, apresentavam relação bastante conflituosa com os mesmos.

Um estudo realizado no Zimbábue por Nyandiya-Bundy e Bundy (2002) descreve a situação que os chamados “órfãos da Aids” enfrentam em relação à troca constante de cuidadores, pois, segundo esses autores, aquelas crianças e adolescentes não pertencem a ninguém. A família expandida que inicialmente absorveu-os passa a ficar economicamente sobrecarregada, abandonando-os a própria sorte. Sem destino certo, eles passam a ser cuidados por outros adolescentes ou a viver nas ruas.

Percebeu-se durante a entrevista que um adolescente vivia em situação de abandono, não só pela mãe, que o visitava apenas uma vez por semana, como também pelos avós, que não o acolhiam como ele gostaria.

*“Não. Eu acho que eles não vão entender”. (ao ser perguntado se conversa com os avós) (A19)*

Assis e Constantino (2001) discutem o abandono e a repercussão na vida das crianças e dos adolescentes. Os autores fazem menção às diferentes formas de abandono, onde a total ausência materna ou do cuidador, ou a descontinuação dessa relação (como no caso de A19) levam a um relacionamento insuficiente com conseqüências por toda a vida. Colocam que essa situação pode ser minimizada caso um parente ou amigo, que tenha vínculo com a criança ou com o adolescente, assuma esse papel, diminuindo assim a sensação de abandono na qual eles se encontram. Mas, se não existir essa pessoa para suprimir a carência afetiva, o efeito do abandono será devastador. A19 tinha um tio, que lhe era muito caro, lhe dava atenção, e que após o casamento não encontra mais tempo para visitá-lo, tornando a sensação de desamparo ainda mais intensa, conforme demonstrado abaixo:

*(...) “tem um tio que mudou muito... Ele mudou muito depois que ele casou, (...) ele me levava para um monte de lugares, levava no shopping, dava um monte de coisas, conversava comigo, agora nem... (fica em silêncio) Agora, tá nem aí! Eu falei prá ele que ele mudou muito, mas ele fala que não mudou nada... (com a voz chorosa)” (A19)*

Ficou evidente ao ouvir os relatos desses adolescentes que os maiores envolvidos nos maus-tratos físicos e/ou psicológicos foram os pais ou cuidadores, conforme mostra a literatura. Neste estudo, a presença do irmão como agente agressor também se fez presente em mais de um relato.

Gonzalvo (2002) fez um estudo retrospectivo no período de dez anos com mil cento e quinze crianças que tinham sofrido maus-tratos. Sua pesquisa mostrou que em 83,8% dos casos o agente agressor era a mãe, seguida pelo pai (56,4%). O trabalho de Weber e colaboradores (2004) também apontou a mãe como quem mais utilizou de violência para com os filhos, totalizando 86,1% das respostas dos entrevistados. Segundo eles, isso pode ser explicado por três motivos. O primeiro seria pela responsabilidade que é atribuída a mãe na educação dos filhos; o segundo seria a maior presença materna em casa, por ser grande o número de mulheres que não trabalham fora e por fim, a existência de famílias monoparentais maternas.

Aos adolescentes que eram vítimas de violência intrafamiliar foi perguntado, ao final de cada entrevista o que gostariam de mudar nas relações familiares, para que a convivência entre seus membros fosse mais harmônica e feliz. Cada um colocou o que mais o incomodava na relação familiar, como o irmão ser mais paciente, o retorno da mãe à convivência familiar, mudança de bairro, ou o fim da relação do pai com a madrasta.

Pode ser observado que nenhum dos adolescentes vítimas de violência referiu a mudança de comportamento do seu cuidador, que era o seu agressor, como medida para a melhoria das relações familiares. Ao invés disso, isentaram os responsáveis da culpa pelas agressões. Isto ficou bem representado na fala de A3:

*(...) “eu não consigo ficar longe da minha mãe. Até quando eu vou nas férias na casa da minha avó, eu já fico com saudades da minha mãe...A minha mãe tem os defeitos dela, mas ela é legal. Tudo que eu peço a ela, tudo o que ela pode me dar, ela me dá. Ela me manda estudar, diz que é para o meu bem. Que eu não estou*

*estudando prá ela, e sim prá mim mesmo, prá não depender de homem, que hoje em dia as mulheres são mais independentes.” (A3)*

Esta questão é apontada por Assis e Constantino (2001) em um trabalho sobre a infração juvenil feminina. Embora essas jovens fossem submetidas a todo tipo de sofrimento por suas mães, elas amenizavam tais atos, inclusive, muitas vezes, colocando a culpa em si mesma, como se fossem merecedoras das agressões. A pesquisa também mostrou que nada parecia diminuir o afeto de algumas delas com as mães.

## **IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme observado neste estudo e atestado pela literatura, adolescentes que vivem com HIV/Aids por transmissão vertical encontram-se vulneráveis a situações de violência intrafamiliar. A explicação para este fato é a presença dos fatores de vulnerabilidade descritos nos trabalhos sobre o tema, tais como doença crônica, orfandade com conseqüente troca de cuidadores, comprometimento da imagem corporal, entre outros.

A análise dos prontuários, associada à aplicação de instrumentos considerados eficazes na detecção dos diferentes tipos de violência intrafamiliar e a realização de entrevistas, possibilitaram não só a identificação de quais adolescentes se encontravam em situação de maus-tratos, como também foram eficazes no reconhecimento dos fatores de vulnerabilidade e de proteção.

Através da avaliação dos históricos social e médico descritos nos prontuários, foi possível fazer a caracterização dos adolescentes que vivem com HIV/Aids.

Os instrumentos CTSPC e Escala de Violência Psicológica, adaptados transculturalmente no Brasil, revelaram-se particularmente importantes na identificação de violência intrafamiliar. Sua utilização como parte da prática pelos profissionais de saúde que lidam com adolescentes que vivem com HIV/Aids pode servir como estratégia para a detecção destes casos.

As entrevistas realizadas na segunda etapa deste trabalho foram essenciais para mostrar como viviam e conviviam os adolescentes, vítimas ou não de violência intrafamiliar, dando uma visão privilegiada em relação às situações de maus-tratos e de proteção. Na voz desses adolescentes, se pode sentir a dor

de ser maltratado física e/ou psicologicamente por aqueles que deveriam ser os que “cuidam”, assim como a alegria de se viver em um ambiente familiar com diálogo e respeito.

As famílias analisadas nessa pesquisa tinham as mesmas condições sócio-econômicas, e todos os adolescentes apresentavam pelo menos um dos fatores de vulnerabilidade descritos na literatura. Deste modo, poderia ser esperado que todos sofressem maus-tratos. Entretanto, embora esse número tenha sido elevado (67,7% para violência psicológica, 42% para punição corporal, 22,6% para maus-tratos físicos), muitos adolescentes se mostraram protegidos contra esse tipo de agravo. Este achado pode ser explicado pela força dos fatores de proteção, presentes nas famílias dos adolescentes que não foram vítima de violência intrafamiliar, interferindo positivamente na proteção dos mesmos.

Deste modo, além da identificação dos fatores de vulnerabilidade aos maus-tratos conforme já assinalado, esforços devem ser feitos para identificar e principalmente promover os fatores de proteção, tais como relações familiares baseadas no diálogo e no respeito, rede de apoio e desenvolvimento de habilidades para a resolução não violenta de conflitos. A presença de equipe multidisciplinar para a promoção destes fatores é de fundamental importância.

Tendo em vista que muitos dos fatores de vulnerabilidade encontrados neste grupo, e descritos na literatura, fogem do âmbito exclusivo da saúde, impõe-se a articulação intersetorial, no sentido de uma prevenção mais eficaz dos maus-tratos à crianças e adolescentes que têm doença crônica, e mais especificamente para os que vivem com HIV/Aids.

Maiores estudos devem ser realizados em relação ao papel dos fatores de proteção na prevenção da violência intrafamiliar, para maior entendimento dessa questão.

## ANEXO 1

### Versão-síntese do instrumento Conflict Tactics Scales – Parent-Child (CTSPC) em português (Straus, 1998)

“Crianças ou adolescentes muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. A gente gostaria de saber o que seu pai e/ou sua mãe costumam fazer quando você faz alguma coisa errada, ou faz com que eles fiquem irritados ou zangados. Eu vou ler algumas coisas que seu pai e/ou podem ter feito nessas horas. Eu gostaria de saber se, alguma vez, essas coisas aconteceram.”

Item	Escala	
A	DNV	Seu pai e/ou sua mãe explicaram a você por que o que você estava fazendo estava errado?
B	DNV	Seu pai e/ou sua mãe colocaram você de castigo do tipo: mandaram você ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar?
C	PC	Seu pai e/ou sua mãe sacudiram você?
D	PC	Seu pai e/ou sua mãe bateram em você no bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara, ou outro objeto duro?
E	DNV	Seu pai e/ou sua mãe deram a você outra coisa para fazer em vez daquilo que você estava fazendo de errado?
F	AP	Seu pai e/ou sua mãe falaram alto, berraram ou gritaram com você?
G	MF	Seu pai e/ou sua mãe bateram com a mão fechada ou deram um chute com força em você?
H	PC	Seu pai e/ou sua mãe deram uma palmada no seu bumbum?
I	MFG	Seu pai e/ou sua mãe agarram o seu pescoço e sacudiram você?
Item	Escala	
J	AP	Seu pai e/ou sua mãe xingaram você ou praguejaram, quer dizer, rogaram praga contra você?
K	MFG	Seu pai e/ou sua mãe bateram muito em você, sem parar, o máximo que puderam?
L	AP	Seu pai e/ou sua mãe disseram alguma vez que iriam expulsar você de casa, ou enxotar você para fora de casa?
M	MFG	Seu pai e/ou sua mãe queimaram você, ou derramaram líquido quente em você de propósito?
N	AP	Seu pai e/ou sua mãe ameaçaram dar um tapa em você, mas não deram?
O	MF	Seu pai e/ou sua mãe bateram em alguma parte do seu corpo diferente do bumbum com alguma coisa como um chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro?
P	PC	Seu pai e/ou sua mãe deram um tapa na sua mão, no seu braço, ou na sua perna?

Q	DNV	Seu pai e/ou sua mãe tiraram as suas regalias ou deixaram você sem sair de casa?
R	PC	Seu pai e/ou sua mãe deram um beliscão em você?
S	MFG	Seu pai e/ou sua mãe ameaçaram você com uma faca ou uma arma?
T	MF	Seu pai e/ou sua mãe jogaram você no chão?
<b>Item</b>	<b>Escala</b>	
U	AP ou	Seu pai e/ou sua mãe chamaram você de estúpido, burro, preguiçoso, de outra coisa parecida?
V	PC	Seu pai e/ou sua mãe deram um tapa no seu rosto, na sua cabeça ou nas suas orelhas?

As letras relacionadas aos itens correspondem às do instrumento original em inglês (Straus et al., 1998).

DNV= disciplina não violenta

AP= agressão psicológica

PC= punição corporal

MF= maus-tratos físicos

MFG= maus-tratos físicos graves

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(6): 1709.

## ANEXO 2 – Questionário a ser aplicado na pesquisa

### Versão-síntese do instrumento Conflict Tactics Scales – Parent-Child (CTSPC) em português

“Crianças ou adolescentes muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. A gente gostaria de saber o que seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você costumam fazer quando você faz alguma coisa errada, ou faz com que eles fiquem irritados ou zangados. Eu vou ler algumas coisas que seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você podem ter feito nessas horas. Eu gostaria de saber se, alguma vez, no ano passado, essas coisas aconteceram.”

**Raramente**= 1 a 3 vezes ao ano    **Às vezes**= 4 a 10 vezes ao ano    **Muitas vezes**= 10 ou mais vezes ao ano

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você explicaram a você por que o que você estava fazendo estava errado?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você colocaram você de castigo do tipo: mandaram você ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você sacudiram você?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você bateram em você no bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara, ou outro objeto duro?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano passado

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você deram a você outra coisa para fazer em vez daquilo que você estava fazendo de errado?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você falaram alto, berraram ou gritaram com você?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você bateram com a mão fechada ou deram um chute com força em você?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você deram uma palmada no seu bumbum?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você agarraram o seu pescoço e sacudiram você?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você xingaram você ou praguejaram, quer dizer, rogaram praga contra você?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você bateram muito em você, sem parar, o máximo que puderam?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você disseram alguma vez que iriam expulsar você de casa, ou enxotar você para fora de casa?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você queimaram você, ou derramaram líquido quente em você de propósito?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você ameaçaram dar um tapa em você, mas não deram?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você bateram em alguma parte do seu corpo, diferente do bumbum com alguma coisa como um chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
passado					

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você deram um tapa na sua mão, no seu braço, ou na sua perna?

PAI	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
MÃE	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
CUIDADOR	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você tiraram as suas regalias ou deixaram você sem sair de casa?

PAI	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
MÃE	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
CUIDADOR	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você deram um beliscão em você?

PAI	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
MÃE	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
CUIDADOR	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você ameaçaram você com uma faca ou uma arma?

PAI	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
MÃE	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
CUIDADOR	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você jogaram você no chão?

PAI	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
MÃE	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
CUIDADOR	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você chamaram você de estúpido, burro, preguiçoso, ou de outra coisa parecida?

PAI	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
MÃE	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
CUIDADOR	Nunca passado	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano

Seu pai e/ou sua mãe ou quem cuida de você deram um tapa no seu rosto, na sua cabeça ou nas suas orelhas?

PAI	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
MÃE	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				
CUIDADOR	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sim, mas não no ano
	passado				

Baseado na adaptação transcultural realizada por: 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(6): 1709.

### **ANEXO 3**

---

#### **Versão-síntese da Escala de Violência Psicológica (Pitzner & Drummond, 1997)**

---

<b>Item</b>	<b>Questões</b>
a	Humilhou você?
b	Demonstrou falta de interesse por você?
c	Culpou você por falhas que ele/ela cometeu?
d	Culpou você por falhas cometidas por outras pessoas?
e	Criticou você pelas coisas que você faz e diz?
f	Criticou você por sua aparência e pelo modo como você se veste?
g	Criticou seus amigos?
h	Não te elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?
i	Não te encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esportes)?
j	Disse a você que você não era tão bom quanto as outras pessoas?
k	Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?
l	Chamou você de nomes desagradáveis como “doido”, “idiota”, ou burro” ?
m	Fez piadas sobre você na frente de outras pessoas?
n	Não acreditou em você (você alguma coisa/mentindo)?
o	Disse a você que você estava errado/a quando você disse ou fez alguma coisa?
p	Ignorou você quando você procurava carinho?
q	Forçou você a assumir responsabilidades pela maioria das tarefas domésticas?

Baseado na adaptação transcultural realizada por Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. Rev Saúde Pública 2005; 39(5): 702-8.

## **ANEXO 4 – Questionário a ser aplicado na pesquisa**

**Versão-síntese do instrumento Escala de Violência Psicológica (Pitzner & Drummond, 1997)**

Complete a frase: Durante a sua infância ou adolescência, **alguma pessoa importante na sua vida...**

---

Humilhou você?

Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Quase sempre                      Sempre

Culpou você por falhas que ele/ela cometeu?

Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Quase sempre                      Sempre

Culpou você por falhas cometidas por outras pessoas?

Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Quase sempre                      Sempre

Criticou você pela sua aparência e pelo modo como você se veste?

Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Quase sempre                      Sempre

Criticou seus amigos?

Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Quase sempre                      Sempre

Não te elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?

Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Quase sempre                      Sempre

Não te encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esportes)?

Nunca                      Raramente                      Às vezes                      Quase sempre                      Sempre

Disse a você que você não era tão bom quanto as outras pessoas?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Chamou você de nomes desagradáveis como “doido”, “idiota”, ou “burro”?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Fez piadas sobre você na frente de outras pessoas?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Não acreditou em você (você estava inventando alguma coisa/mentindo)?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Disse a você que você estava errado/a quando você disse ou fez alguma coisa?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Ignorou você quando você procurava carinho?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Forçou você a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

Baseado na adaptação transcultural realizada por Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. Rev Saúde Pública 2005; 39(5): 702-8.

## APÊNDICE 1 - Roteiro da pesquisa a ser realizada nos prontuários

---

### Identificação

Nome:----- Sexo: F / M Registro: -----  
Nascimento: ----/-----/----- Data de início na DIPE: ----/-----/-----  
Endereço: -----  
Telefone:-----

### Histórico Social

Composição Familiar	Idade	Escolaridade	Profissão/ Ocupação	Infecção

### Presença de situações de crise:

Desemprego: sim/não      Doença crônica: sim/não      Doença incapacitante: sim/não  
Morte: sim/não      Separação do casal: sim/não      Drogadição: sim/não

História de violência:      sim / não

Situação habitacional:

Situação econômica:

Acesso a Serviços de saúde: sim / não

Presença de rede de apoio: sim / não

Número de cuidadores:

### Histórico Médico

Categoria clínica: -----

Carga viral (momento da entrevista):-----

Contagem de c/s CD4 (momento da entrevista):-----

Faz uso de antiretroviral? Sim / Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Faz uso corretamente? Sim / Não    Apresenta efeitos colaterais? Sim / Não  
Quais?

Revelação do diagnóstico? Sim / Não

Número de internações: ----- Data da última internação:-----

Tempo que ficou internado:

Dados clínicos:    peso:\_\_\_\_\_    altura:\_\_\_\_\_    IMC:\_\_\_\_\_

Classificação Tanner: \_\_\_\_\_

Intercorrências clínicas: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE 2 - Consentimento Livre e Esclarecido**

---

Projeto de Pesquisa: Violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/Aids: fatores de proteção e de vulnerabilidade  
Pesquisador responsável: Ana Cláudia Mamede Wiering de Barros  
Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira  
Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – 4. andar – Flamengo – Rio de Janeiro  
Tel: 2554-1846/1847  
Orientadora: Suely Ferreira Deslandes  
Co-orientadora: Olga Maria Bastos

Eu, Dra Ana Claudia Mamede Wiering de Barros, venho pedir que permita a participação voluntária de seu filho(a) na pesquisa “Violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/Aids: dos fatores de proteção e de vulnerabilidade”, a ser feita sob a orientação dos Profs. Drs. Suely Ferreira Deslandes e Olga Maria Bastos, para a minha dissertação de mestrado a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Leia com atenção as informações abaixo antes de concordar:

- 1) Esta pesquisa tem como objetivo estudar as relações familiares entre os adolescentes que vivem com HIV/Aids.
- 2) Será garantido ao seu (sua) filho (a) atendimento especializado (médico, saúde mental, assistência social) caso seja avaliada tal necessidade.
- 3) O senhor (a) poderá retirar seu filho (a) desse estudo no momento que desejar, assim como pedir qualquer tipo de informação que julgar necessária durante e após a realização da pesquisa.
- 4) Sua identidade e a de seu filho (a) serão mantidas em segredo (sigilo).
- 5) Os resultados apresentados poderão ser apresentados em artigos a serem publicados em revistas científicas (nacionais ou internacionais) e divulgados

em congressos, simpósios, mesas redondas, salas de aula, sempre sendo mantido o sigilo de identidade.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a participação de meu filho (a) nesse estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a esse estudo e que todas as minhas perguntas foram claramente respondidas pela pesquisadora.

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do adolescente

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

## **X- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Assis SG, Constantino P. Filhas do Mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. Rev Panam Salud Pública 2004a; 16(1):43-51

Assis SG, Avanci JQ. Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004b.

Assis SG, Deslandes SF, Santos NC. Violência na Adolescência sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadores. IMPACTO da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 80-115.

Assis SG, Pesce RP, Avanci, JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Editora Artmed; 2006.

Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. Rev Saúde Pública 2005; 39(5): 702-8.

Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Adolescência e vulnerabilidade ao HIV/Aids: avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo. Divulgação em Saúde para Debate 2003; 29: 93-114.

Barlett, JG. Addressing the challenges of adherence. J. Acquir Immune Defic Syndr. 2002; p.29, S2-S10.

Behrman, RE; Kliegman, RM; Jenson, HB. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: SAUNDERS; 2003. p.53-58.

Biro FM. Normal Growth and development. In: Louis M. Bell (editors). Adolescent Medicine: the requisites in Pediatrics. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2008. p. 3-8.

Braga MCA. Redes sociais de suporte aos pais dos bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Buchacz K, Rogol AD, Lindsey JC, Wilson CM, Hughes MD, Seage GR et al. Delayed onset of puberal development in children and adolescents with perinatally acquired HIV infection. JAIDS 2003; 33: 56-65

Calazans GJ, Saletti-Filho HC, França-Júnior I, Ayres JRJM. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM (organizadora). Experiências interdisciplinares

em Aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: Editora da UFSM; 2006. p. 43-62.

Centers for Disease and Prevention and National Center for Health Statistics. Growth chart – CDC [online] 2000; <http://www.cdc.gov/growthcharts> Acessado em outubro de 2008

Chantry CJ, Moyer Jr J. Growth, nutrition, and metabolism. In: Zeichner S, Read J (editors). Textbook of Pediatric HIV Care. New York: Cambridge; 2005. p. 205-243.

Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad Saúde Pública 1994; 10(1): S177-187.

França-Junior I, Doring M, Stella IM. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? Rev Saúde Pública 2006; 40(supl); 23-30.

Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JFC. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. Cad Saúde Pública 2002; 18(3); 707-714.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. (organizadora) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes 2007. p. 79-108.

Gonzalvo GO. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. Anales Españoles de Pediatría 2002; 56(3): 219-223.

Gonzalvo GO. ¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia y el maltrato de los niños con discapacidades? An Pediatr (Barc) 2005; 62(2): 153-157.

Hornor G. Domestic violence and children. J Pediatr Health Care 2005; 19(4): 206-212

International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (IPSCAN). World Perspectives on Child Abuse. Chicago; 2006.

Jaudes PK; Mackley-Bilaver. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? Child Abuse Negl 2008; 32: 671-681

Krug EG, Dahberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization, Geneva: 2002.

Leal, MM; Silva, LEV. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: Saito, MI; Silva, LEV. Adolescência prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 41-58.

Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, jul.1990.

Marques HHS, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Ayres JRJM, DellaNegra M et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais e cuidadores. Cad. Saúde Pública 2006; 22(3):619-629.

Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Epidemiology, developmental issues and health care provision. Department of Child and Adolescent Health and Development. World Health Organization. Geneve: 2007.

McGaw L, Wameyo A. Violence against children affect by HIV/Aids: a case study of Uganda. A contribution to the United Nations Study on Violence Against Children. World Vision International. Africa Office 2005.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO 1993. p. 126-247

Minayo, MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (organizadoras). Avaliação por triangulação de métodos- Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 71-103.

Minayo, MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Souza ER, organizadora. Curso impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007. p.13-35.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço. Brasília, 2001.

Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de DST e Aids. Boletim Epidemiológico-Aids. Ano XVII n.1. Brasília, 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. Brasília, 2006. p.69-72.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: 2005/2006. Brasília, 2007. p.5-9.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília, 2008.

Nothomang K, Phaladze N, Oagile N, Ngwenya B, Seboni N, Gobotswang K et al. People living with HIV and Aids on the brink: stigma-a complex sociocultural impediment in the fight against HIV and Aids in Boswana. *Health Care Women Int.* 2009; 30(3): 233-4.

Nyandiy-Bundy S, Bundy RP. The influence of HIV and Aids on child protection. In: Lachman P (org) *Challenges facing child protection.* *Child Abuse Negl* 2002; 26:596-600.

Orne-Gliemann J, Becquet R, Ekouevi DK, Leroy V, Perez F, Dabis F. Children and HIV/Aids: from research to policy. *AIDS* 2008; 22(7): 797-805.

Peralta L, Cely S. Adolescent reproductive health and HIV. In: Zeichner S, Read J (editors). *Textbook of Pediatric HIV Care.* New York: Cambridge; 2005. p. 205-243.

Pesce RP; Assis, SG; Santos N; Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psic. Teor. e Pesq.* 2004; 20(2): 135-143.

Pinheiro PS. *World Report on Violence against children.* UN Secretary-General's Study on Violence against children. World Health Organization. Geneva, 2006.

Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. *Diário oficial da União, Brasília,* n.96, 18 de maio de 2001. Seção 16.

Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciênc. Saúde coletiva* 1999; 4(1): p. 109-121.

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(6): 1701-1712.

Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 595-603.

Ribeiro EM, Eckert ER, Souza AIJ, Silva AMF. Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. *Acta paul enferm.* 2007; 20(3): 377-83.

Rudy BJ. Adolescent and HIV. In: Zeichner S, Read J (editors). *Textbook of pediatric HIV care.* New York: Cambridge; 2005. p.197-204.

Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(2): 319-324.

Saito, MI; Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: Saito, MI, Silva LEV. Adolescência prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001. p.33-38.

Serrano CV. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado. In: Madaleno M, Munist MM, Serrano CV, Ojeda ENS, Yunes J., organizadores. La salud del adolescente y del joven. Washington: OPS; 1995. p. 3-14.

Sidebotham P, Heron J, Golding J, The ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the “Children of the Nineties”: deprivation, class, and social networks in a UK sample. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 1243-1259.

Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface-Comunic, Saúde, Educ* 2007; 11(21): 93-103.

Sistema de informação e proteção à infância (SIPIA). Secretaria de Estado da Infância e da Juventude. Conselho Estadual de defesa da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: 2007.

Skinner D, Mfecane S. Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/Aids in South Africa. *SAHARA J.* 2004; 1(3): 157-64.

Straus MA, Gelles RJ. Physical violence in american families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. New Jersey: Transaction Publishers; 1995. p. 3-16.

Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the conflict tactics scales. In: Kaufman Kantor, Glenda & Jasinski, Jana L, editors. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence.* Thousand Oaks, CA: Sage; 1997. p. 119-135.

Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of american parent. *Child Abuse Negl* 1998; 22 (4): 249-270.

Straus MA. Scoring the CTS2 and CTSPC. Available from: [pubpages.unh.edu/~mas2/CTS28.pdf](http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS28.pdf); 2004.

Suárez L, Menkes C. Violencia familiar ejercida en contra de los adolescentes mexicanos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 611-619.

Sullica TF, Schirmer J. Violência Intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno-Peru. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(4): 578-585.

Tanner JM. Fetus into man – physical growth from conception to maturity. Massachusetts: Harvard University Press; 1990.

UNAIDS- Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Report on the global HIV/Aids epidemic-2002. Geneva: World Health Organization 2002.

UNAIDS. Aids epidemic update – special report on HIV/Aids. December 2007, Geneva, Switzerland: UNAIDS 2007.

UNICEF. Africa's orphaned and vulnerable generations. Children affected by Aids. New York, USA: UNICEF 2006.

Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso da palmada e surras como prática educativa. Estudos de Psicologia 2004; 9(2): 227-237.

Wierner LS, Battles HB, Wood LV. A Longitudinal Study of adolescents with perinatally or transfusion acquire HIV infection: sexual knowledge, risk reduction self-efficacy and sexual behavior. AIDS Behav. 2007; 11(3): 471-478.

World Health Organization Working Group. Measuring change in nutritional status. Guideline for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programmes for vulnerable groups. Geneva, 1983.

World Health Organization. Preventing violence: a guide to implementing the recommendation of the World Report on Violence and Health. Geneva; 2004.

World Health Organization, International society for prevention of child abuse and neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva; 2006. (WHO – IPSCAN)

# 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](#)