

VIVIAN PATRICIA RODA

**PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA:
CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM
UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA
REGIÃO CENTRAL METROPOLITANA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva

São Paulo

2011

VIVIAN PATRICIA RODA

**PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA:
CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM
UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA
REGIÃO CENTRAL METROPOLITANA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo para obtenção do título de mestre em
Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Carla Gianna Luppi

São Paulo

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Roda, Vivian Patricia

Prevenção da violência contra a criança: construção de um projeto de intervenção em uma unidade de atenção primária da região central metropolitana./ Vivian Patricia Roda. São Paulo, 2011.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Carla Gianna Luppi

1. Violência/prevenção & controle 2. Maus-tratos infantis 3. Defesa da criança e adolescente 4. Atenção primária à saúde 5. Prevenção primária 6. Criança

BC-FCMSCSP/46-11

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais,
pelo amor incondicional.*

*Ao Mauro,
pelo apoio, carinho e companheirismo.*

*Ao Matheus e ao João Pedro,
presentes que recebi de Deus,
por me fazerem refletir sobre a grandiosidade da vida.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Carla Gianna Luppi, Orientadora desse trabalho, pela amizade, pela gentileza com que me tratou em todos os momentos da produção dessa dissertação, pela gigantesca paciência em corrigir e recorrer essas páginas.

Ao Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior, pela oportunidade de realizar o mestrado, pelo carinho, por todos os ensinamentos sobre saúde pública.

À Dra. Danielle Bivanco, pelo seu incentivo e confiança no meu trabalho.

Aos amigos do CSEBF, pela participação voluntária nesse estudo, pelo modo atencioso e delicado como sou tratada por todos.

À Profa. Dra. Maria Tereza Gutierrez, pelo carinho, por todo o conhecimento transmitido a uma geração de médicos residentes de pediatria.

À Elaine Francasso Tambellini, por me mostrar que a condução dos casos de violência deve ser pautada na verdade e no respeito ao próximo.

À Dra. Marta Campagnoni Andrade, pelos primeiros alertas sobre violência contra a criança.

Aos professores do Mestrado Profissionalizante, pela qualidade das aulas ministradas.

Aos pais das crianças, usuários do CSEBF, que gentilmente aceitaram participar desse estudo.

Às crianças que atendo no CSEBF, pelo carinho, pela parceria, pelo vínculo de amizade e respeito mútuo que conseguimos formar nesses longos anos.

Roda VP. Prevenção da violência contra a criança: construção de um projeto de intervenção em uma unidade de atenção primária da região central metropolitana. Dissertação (Mestrado). 2011.

Introdução: A violência contra a criança tem aumentado drasticamente nas últimas décadas, sofrendo influências individuais, sociais e culturais. Sabe-se, ainda, que a violência pode refletir-se nas práticas educativas parentais como punições físicas e xingamentos. É papel dos serviços de saúde o reconhecimento da sua área de abrangência com identificação de casos confirmados ou de risco de violência contra a criança e, em especial, a prevenção da violência. Para tanto, a construção de um projeto de intervenção para tal agravo faz-se necessária e premente. Um dos pilares de um projeto de intervenção deve ser a identificação do conhecimento dos usuários e dos profissionais de saúde de um mesmo serviço sobre a violência contra a criança. **Objetivo:** Identificar conhecimentos, atitudes e percepções de usuários e profissionais de saúde de um serviço de atenção primária sobre violência contra a criança. **Métodos:** Realizou-se estudo descritivo, com participação de usuários e profissionais de saúde de um serviço de atenção primária. Utilizou-se questionário autoaplicável cujo preenchimento consistiu em apontar se existia concordância total/parcial ou discordância com afirmações referentes à violência. Avaliou-se a adequação das respostas no preenchimento do questionário tanto dos profissionais de saúde como de usuários e realizou-se comparação entre os grupos. Também, fez-se comparação entre os grupos por um escore realizado pela soma da pontuação obtida a partir da adequação total (2 pontos), parcial (1 ponto) ou inadequação (0 ponto) da resposta à cada afirmação. **Resultados** - Noventa e cinco profissionais de saúde e 169 usuários de um serviço de atenção primária participaram do estudo. Encontrou-se melhor adequação de respostas dos profissionais de saúde do que dos usuários, porém com diferenças pequenas entre os grupos. Ocorreu exceção na afirmação sobre concordância com o uso de punições físicas, em que os usuários tiveram uma adequação de resposta superior a dos profissionais de saúde. Obteve-se diferença estatisticamente significativa em apenas uma frase relacionada à violência psicológica. Oitenta por cento (I.C.95%: 72,8-88,9) dos profissionais de saúde acreditam que o xingamento tem consequências para a criança, enquanto 64% (I.C.95%: 56,7-71,6) dos usuários aceitam essa afirmativa. **Conclusões:** Faz-se necessária atuação expressiva não só com usuários, mas também com os profissionais de saúde para que a violência contra a criança não se perpetue.

Palavras Chave: violência, criança, atenção primária.

Roda VP. *The knowledge of health professionals and users of a primary health care service on violence against children. Master Dissertation, 2011.*

Introduction: Violence against children has increased dramatically in recent decades, influenced by individual, social and cultural rights. We know also that the violence may be reflected in parenting practices such as corporal punishment and insults. The role of health services recognition of their service area with identification of confirmed cases or the threat of violence against children and, in particular the prevention of violence. For this, the construction of an intervention project for such injury is necessary and urgent. One of the pillars of an intervention project should be to identify the users' knowledge of health professionals and the same service on violence against children. Objective: To identify knowledge, attitudes and perceptions of users and health professionals on violence against children. Methods: We conducted a descriptive study, using self-administered questionnaire. The completion of the questionnaire was to point out if there was total agreement/partial or disagreement with statements related to violence. We evaluated the adequacy of responses to complete the questionnaire both health professionals and users and has been compared between groups. Also, comparison was made between groups of health professionals and users by a score performed by the sum of scores obtained from the total fitness (2 points), partial (1 point) or inadequate (0 points) in response to each statement. Results: Ninety-five health professionals and 169 users of a primary health care service in the study. It was found more adequate responses from health professionals than users, but with small differences between groups. Exception occurred in agreement with statement about the use of corporal punishment, in that users had a higher adequacy of response to health professionals. We obtained statistically significant difference in only one sentence related to psychological violence. Eighty percent (95% CI: 72.8 to 88.9) of health professionals believe that cursing has consequences for the child, while 64% (95% CI: 56.7 to 71.6) of the users accept this affirmative. Conclusions - It is necessary not only expressive performance with users but also with health professionals so that violence against children is not perpetuated.

Keywords: violence, child, primary care

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Conceito	11
1.2. Magnitude	17
1.3. História das políticas públicas na área da saúde	23
1.4. Prevenção e violência	25
1.5. Pilares teóricos	31
2. OBJETIVOS	34
2.1. Objetivo Geral	35
2.2. Objetivos Específicos	35
3. MÉTODOS	36
3.1. Local do estudo	37
3.2. População de estudo	37
3.2.1 Usuários	38
3.2.2. Profissionais de saúde	38
3.3. Instrumentos de coleta	38
3.4. Coleta de informações	39
3.4.1. Usuários	39
3.4.2. Profissionais de saúde	40
3.5. Análise dos dados	40
3.6. Aspectos éticos	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1. Artigo	44
5. CONCLUSÕES	63
5.1. Considerações finais	64
5.2. Recomendações	64
6. REFERÊNCIAS	66
7. ANEXOS	71

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDC	-	Center for Disease Control and Prevention
CONASEMS-		Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONDECA	-	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CSEBF	-	Centro de Saúde Escola Barra Funda
DIEESE	-	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
ECA	-	Estatuto da Criança e Adolescente
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	-	Organização Mundial da saúde
ONG	-	Organização não governamental
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
PNRMAV	-	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento livre e esclarecido
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIVA	-	Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição por sexo, cor ou raça, nacionalidade, faixa etária, escolaridade e renda, dos profissionais de saúde do CSEBF, São Paulo, 2011

Tabela 2- Distribuição por sexo, cor ou raça, nacionalidade, faixa etária, escolaridade e renda dos usuários do CSEBF, São Paulo, 2011

Tabela 3- Distribuição por sexo, cor ou raça, nacionalidade, faixa etária e escolaridade dos profissionais de saúde e usuários do CSEBF, São Paulo, 2011

Tabela 4- Adequação das respostas dos profissionais de saúde e usuários do CSEBF, São Paulo, 2011

Tabela 5- Distribuição das variáveis: escolaridade, sexo e faixa etária segundo média, mediana, valor máximo e mínimo do escore. São Paulo, 2011

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos valores obtidos no escore de funcionários e usuários do CSEBF, São Paulo, 2011.

1.1. Conceito

A Organização Mundial de Saúde define a violência como o uso de força física ou poder sob a forma de práticas, contra si próprio, contra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resultem ou possam resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação⁽¹⁾. Propõe, também, uma tipologia da violência para caracterização dos diferentes tipos de violência.

A violência pode ser dividida em três amplas categorias, em função do autor do ato violento: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva. Essas três categorias amplas são subdivididas, com a finalidade de refletir os tipos mais específicos de violência⁽²⁾.

A violência autodirigida é subdividida em comportamento suicida e agressão autoinfligida. O comportamento suicida refere-se a pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios propriamente ditos. A autoagressão inclui atos como a automutilação.

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: intrafamiliar e violência na comunidade. O primeiro grupo ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. Atinge mais as crianças em função de sua maior fragilidade física e emocional. Consiste em formas agressivas da família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Inclui, ainda, a falta de cuidados básicos com seus filhos⁽³⁾. No novo conceito de família, são consideradas famílias os grupos formados não só pelo casamento civil ou religioso, mas também pela união estável de homem e mulher ou por comunidade dirigida somente por um homem ou por uma mulher⁽⁴⁾.

A violência comunitária caracteriza-se pelo fato de ser praticada entre indivíduos sem laços de parentesco, conhecidos ou desconhecidos. É exercida por pessoas em atos de violência gratuitos, estupros, violência sexual e há, também, as cometidas em instituições

públicas ou privadas, tais como: escolas, serviços de saúde, comunidades e condomínios, dentre outros⁽³⁾.

A violência coletiva acha-se subdividida em violência social, política e econômica. A violência social inclui crimes praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas. A violência política inclui a guerra e os conflitos violentos. A violência econômica inclui ataques a grandes grupos motivados pelo lucro econômico.

Devemos considerar que diferentes nomenclaturas são utilizadas na literatura para se referir às ações ou omissões dos pais ou responsáveis por uma criança resultando em dano não acidental à criança. A literatura americana consagra o termo abuso infantil (“*child abuse*”) que pode ser definido como qualquer tipo de ação ou omissão por parte dos pais ou responsáveis que resulte em dano não acidental à integridade física ou emocional da criança ou adolescente, assim como ao seu desenvolvimento⁽⁵⁾. O Ministério da Saúde⁽³⁾ define como violência à criança quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas. Não nos deteremos em discutir a clareza e objetividade das definições, optando, em nosso estudo, pelo uso do termo violência preconizado pelo Ministério da Saúde.

Pela OMS, a violência à criança é definida por intermédio das diferentes formas de maus tratos físicos ou emocionais, abuso sexual, abandono ou tratamento negligente resultando em atual ou potencial dano à saúde da criança, de sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder⁽⁶⁾. Definir diferentes tipos de violência é apenas uma forma didática de compreender o problema, que muitas vezes ocorre de forma dinâmica e simultânea⁽⁷⁾.

A Secretaria de Saúde do Município de São Paulo em seu Caderno de Violência Doméstica e Sexual contra Crianças e Adolescentes⁽⁸⁾, classifica as formas de violência às quais crianças e adolescentes podem ser submetidos, em: negligência e abandono, maus tratos

físicos, violência sexual e violência psicológica. A negligência e abandono são caracterizados pelas omissões dos pais ou de outros responsáveis, inclusive institucionais, pela criança ou pelo adolescente, quando deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência significa a omissão de cuidados básicos como: a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola.

Por causa da situação de pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte delas chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência dos filhos, a identificação da negligência frequentemente é um ato de difícil discernimento⁽⁸⁾.

Uma boa referência é comparar os recursos que aquela família dispõe para suas crianças com os recursos oferecidos por outras famílias de mesmo estrato social ou a comparação dos tratos dispensados a cada filho, buscando identificar algum tratamento especialmente desigual. No entanto, é necessária a notificação, bem como a tomada de decisão a favor da proteção desse menino ou dessa menina que está sofrendo a situação de desamparo⁽⁸⁾. A violência física é caracterizada por atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando, ou não, marcas evidentes em seu corpo. Essa forma de violência apresenta vários graus de gravidade, que vão desde tapas, beliscões, até lesões e traumas causados por gestos que atingem partes muito vulneráveis do corpo, uso de objetos e instrumentos para ferir, até provocação de queimaduras, sufocação e mutilações. Há algumas formas de maus-tratos físicos bastante conhecidas pelos profissionais e equipes de saúde. Uma delas ocorre quando

um adulto provoca fortes e constantes sacudidelas no bebê, geralmente menor de seis meses, devido à irritação que o choro da criança lhe causou, ou por realizar algum ato, do qual não tem domínio, que desagrada o cuidador. Por isso foi chamada na literatura de síndrome do bebê sacudido e tem como resultado a produção de lesões cerebrais⁽⁹⁾.

A violência física foi originalmente identificada na literatura médica como a síndrome da criança espancada⁽¹⁰⁾, fenômeno que frequentemente surge para atendimento dos serviços de saúde e se refere a sofrimentos infligidos a crianças, geralmente como forma de castigo com a intenção de educar. Na verdade, a vítima pode apresentar desde fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras e outros sinais de crueldade. O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.

A violência sexual consiste em qualquer ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que o da criança ou do adolescente vitimado. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não ocorre o contato sexual (exibicionismo, produção de fotos) até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando a lucros como é o caso da prostituição e da pornografia⁽¹¹⁾.

A violência psicológica constitui toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas de violência psicológica causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente, podendo provocar efeitos muito deletérios na formação de sua personalidade e na sua forma de encarar a vida. Pela falta de materialidade dos atos e

evidências imediatas que atingem o campo emocional da vítima, este tipo de violência é dos mais difíceis de ser comprovado. No entanto, o olhar arguto e sensível do profissional e da equipe de saúde pode percebê-lo, frequentemente associado aos demais tipos de violência⁽¹¹⁾.

Além das citadas, há outra síndrome especificada como violência – a Síndrome de Munchausen por procuração – definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou por seus responsáveis⁽⁸⁾. Esses adultos acabam então, por meio de uma patologia relacional, vitimando a criança, impingindo-lhe sofrimentos físicos como, por exemplo, fazendo exigências de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, entre outros; e causa importante de danos psicológicos, motivados pelas múltiplas consultas e internações desnecessárias.

A violência pode provocar danos para a criança, ao adolescente, à família e à sociedade por toda a vida. Seu impacto, entretanto, é influenciado por fatores como idade, grau de desenvolvimento, tipo de abuso, frequência, duração, gravidade do abuso e a relação existente entre vítima e abusador⁽⁸⁾.

As consequências da violência familiar na saúde infantil podem ser classificadas por dois eixos⁽¹²⁾. O primeiro discerne as consequências traumáticas (físicas), as emocionais ou afetivas, agravos como desnutrição e baixo-peso ao nascer e, por exclusão, as outras consequências que não se enquadram em nenhum dos grupos anteriores. O segundo eixo classifica as consequências com relação ao tempo decorrido entre a exposição à violência e o aparecimento do agravo. Sob esse aspecto, as consequências podem ser imediatas, mediatas ou de longo prazo.

As consequências imediatas são mais facilmente identificadas, já que tendem a deixar marcas visíveis, principalmente na pele ou no sistema osteoarticular. As consequências traumatológicas e ortopédicas decorrentes de violência física, tais como: traumatismos

cranianos, luxações e fraturas e as lesões de pele como escoriações e hematomas, são os principais exemplos. Também não são raros os cortes, queimaduras e rompimento de órgãos⁽¹³⁾.

Na maioria das circunstâncias, as lesões são leves e passam despercebidas; em alguns casos, os traumas são graves, necessitando de internação hospitalar, podendo levar inclusive ao óbito. Em geral, as situações mais graves são decorrentes de múltiplas lesões, habitualmente envolvendo a utilização de objetos, como cintos, pedaços de madeira e barra de ferro, entre outros⁽¹²⁾.

Algumas pesquisas sugerem também que a punição corporal na adolescência possa estar associada ao quadro de abuso de álcool e drogas, depressão e tentativas de suicídio na idade adulta⁽¹⁴⁾.

Com relação à violência sexual, deve-se destacar que a maioria ocorre sem quaisquer sinais físicos. Segundo relatos, em apenas uma pequena parcela de casos é possível identificar lesões físicas que demonstrem a ocorrência desse tipo de abuso. Algumas vezes há evidências físicas locais imediatas, como lesões himenais, escoriações, hematomas locais, laceração de períneo, além de traumas em outras regiões corporais, em decorrência de abuso físico simultâneo⁽¹⁵⁾.

As consequências de situações de negligência são mais difíceis de serem caracterizadas e, portanto, de serem identificadas. Apesar disso, é possível postular que crianças negligenciadas pela família e pouco supervisionadas corram maior risco de serem vítimas de acidentes domésticos do que crianças não negligenciadas. Sob esse rótulo, encontram-se as quedas, os envenenamentos, as queimaduras graves ou mesmo os atropelamentos peridomiciliares⁽¹⁶⁾. Ainda, merecem atenção algumas consequências da negligência como os atrasos ou falha completa no esquema de vacinação, que aumentam o risco das doenças imunopreveníveis; os hábitos higiênicos inadequados, que aumentam o risco

de doenças diarréicas, dermatológicas ou bucais; e a falta de adesão a prescrições ou ausência de tratamento adequado pelos pais, levando ao agravamento da doença em questão⁽¹⁵⁾.

A violência sofrida, durante a infância e a adolescência, pode desestruturar a base de formação psíquica da pessoa e toda a valorização de si mesma e dos outros, além de comprometer a formação da afetividade, personalidade e de valores⁽⁷⁾. As crianças podem apresentar ansiedade ou depressão; dificuldade de relacionamento e comportamento manifestada por agressividade, timidez, isolamento social progressivo e distúrbios do sono e do apetite; ou, ainda, problemas na esfera de atividades, como, por exemplo, o baixo desempenho social e intelectual^(14,16).

Segundo o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDECA), agravos nutricionais como desnutrição, anemia, carências vitamínicas, obesidade, hipercolesterolemia, déficit do crescimento podem ser consequências da violência doméstica contra a criança⁽¹⁷⁾.

1.2. Magnitude

Em relatório contundente, elaborado a partir de questionários enviados em 2004 a todos os países que fazem parte da ONU, as agências de cooperação internacional, o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a OMS (Organização Mundial de Saúde), a OIT (Organização Internacional do Trabalho), a Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que mais de 80% dos dois bilhões de crianças do mundo são castigados fisicamente, sendo um terço desses de maneira muito grave. Em cerca de 53 mil casos por ano, a agressão culmina com a morte do menor. Aproximadamente 225 milhões de menores são vítimas de abusos sexuais por ano, sendo que 150 milhões são meninas. Os agressores mais frequentes são, segundo o relatório, os membros da família: pais biológicos, pais adotivos, irmãos e tios. O segundo ambiente de agressão é a escola. Dependendo do país onde se faz a pesquisa, entre

20 e 65% dos menores declararam ter sofrido assédio de seus companheiros ou professores nos últimos 30 dias antes do inquérito⁽²⁾. De acordo com a diretriz para Prevenção de Maus Tratos à Criança, realizada no ano de 2006 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Sociedade Internacional para Prevenção do Abuso e Negligência à Criança⁽⁶⁾ ocorreram 31.000 mortes atribuídas a homicídios entre crianças com menos de 15 anos no ano de 2002, ressaltando-se que membros da família foram os responsáveis pela maioria desses homicídios. Observou-se, ainda, que lactentes e pré-escolares apresentam maior risco, morrendo duas vezes mais que crianças entre cinco a nove anos. Isso pode ocorrer devido ao alto grau de dependência dessas crianças aos seus cuidadores.

O perfil das causas de mortalidade no Brasil vem se modificando nas últimas décadas e, à semelhança de países desenvolvidos, as principais causas de óbitos são as doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas. Estas últimas vêm apresentando uma tendência crescente nos últimos anos, sendo a terceira maior causa de mortalidade na população em geral, a segunda no sexo masculino e a primeira causa de morte entre crianças a partir de um ano de idade e adolescentes⁽¹⁸⁾.

No período de 1980 a 2006, o Brasil registrou 2.824.093 óbitos por causas externas, 850.559 nos anos de 1980, 1.101.029 nos anos de 1990 e 872.505 nos últimos sete anos, ocorrendo, portanto, aumento de 78% na frequência dessas causas⁽¹⁸⁾.

Segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾, em crianças de zero a nove anos, acidentes de transporte (31,5%), afogamentos (22,7%) e outros riscos à respiração (16,5%) se configuram como as principais causas de óbito. As agressões (violências) aparecem como a quarta causa de mortalidade. Já em adolescentes de 10 a 19 anos, as violências (52,9%), seguidas pelos acidentes de transporte (25,9%) e afogamentos (9,0%), são as principais causas de óbito.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou em vinte e sete municípios brasileiros, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

(VIVA), a partir da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Os dados coletados no período de 2006 e 2007 pelo VIVA mostraram que a violência sexual foi a principal causa de atendimentos nos serviços de referência de violências. Dos 1.939 registros de violência contra crianças de zero a nove anos, 845 (44%) foram por violência sexual. As meninas são as principais vítimas, com 60% do total dos casos registrados. A residência foi o local de maior ocorrência (58%) dos casos de violência contra crianças⁽²⁰⁾.

Assim como na infância, a violência sexual foi a principal causa de atendimento entre adolescentes de 10 a 19 anos nos serviços de referência de violência. Dos 2.370 registros de violência contra os adolescentes, 1.335 (56%) foram por violências sexuais. As adolescentes mulheres foram as principais vítimas com 78% do total dos casos de violências. Para a maioria, o local onde ocorreu a violência foi na própria residência com 58% dos registros, seguido pela via pública com 20%⁽¹⁹⁾.

Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, em 314 municípios brasileiros, mostraram 28.000 crianças e adolescentes em situação de violência no segundo semestre de 2005 e que crianças entre 7 e 14 anos apresentam maior risco para violência sexual⁽⁸⁾.

No entanto, as mortes representam uma fração pequena do problema da violência à criança. Estima-se que, a cada ano, milhões de crianças são vítimas de abusos ou negligências não fatais e que, dependendo do país, um quarto a metade de todas as crianças sofre abusos físicos praticados pelos pais. Estima-se, também, que 10% dos atendimentos por trauma, apresentados como acidentes em serviços de emergência são, na verdade, decorrentes de lesões não acidentais⁽⁶⁾.

O ato de notificar visa iniciar um processo para interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor. A definição mais abrangente de notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é: uma

informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de violência⁽²¹⁾. A definição citada e o objetivo proposto significam, portanto, que notificação não é nem tem o papel de denúncia policial. O profissional de saúde ou qualquer outra pessoa que informa uma situação ou suspeita de violência está dizendo ao Conselho Tutelar que uma criança ou adolescente e sua família precisam de ajuda. Ao registrar que houve suspeita de violência ou violência efetivamente comprovada, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade. Ao Conselho Tutelar cabe receber a notificação, analisar a procedência de cada caso e chamar a família, ou qualquer outro agressor, para esclarecer, ou ir in loco verificar o ocorrido com a vítima. Os pais ou responsáveis (familiares ou institucionais), a não ser em casos excepcionais em que essa parceria se torne inconveniente, devem ser convidados a refletir juntamente com os conselheiros, sobre a melhor maneira de encaminhar soluções, sempre no melhor dos interesses da criança ou o do adolescente. Apenas em casos mais graves que configurem crimes ou iminência de danos maiores à vítima, o Conselho Tutelar deverá levar a situação ao conhecimento da autoridade judiciária e ao Ministério Público ou, quando couber, solicitar a abertura de processo policial⁽²¹⁾.

O artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente⁽²²⁾ define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos, pelos médicos, professores ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, sujeita à multa de três a vinte salários de referência. Os frutos que podem advir dessas exigências são, principalmente, de duas ordens. Primeiro, a notificação viabilizaria um sistema de registro com informações mais fidedignas das situações de violência contra crianças e adolescentes na realidade social brasileira. Isso permitiria construir

formas de promoção e de prevenção que levem em conta as especificidades culturais das várias regiões do país. Em segundo lugar, possibilitaria certificar se o atendimento às vítimas de violência está sendo incorporado às rotinas institucionais. Espera-se garantir com o Sistema de Notificação Compulsória que a violência constituirá um evento a ser pesquisado e levado em conta no atendimento à saúde da criança e do adolescente; que a criança, o adolescente e sua família (ou, se for o caso, o menino ou a menina com o agente institucional) serão atendidos e encaminhados ao Conselho Tutelar que, por sua vez, será impulsionado a desencadear os outros procedimentos cabíveis; que a equipe de saúde compartilhará responsabilidades com o Conselho Tutelar em cada caso encaminhado, devendo acompanhar todo o seu desenrolar até o final do atendimento.

No final de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi a primeira Secretaria, que se tem conhecimento, a criar a Ficha de Notificação Compulsória. Para sensibilizar os profissionais da rede pública, foram realizados vários cursos de capacitação sobre o problema da violência e dos maus-tratos, de tal forma que a norma pudesse ser incorporada por adesão e não apenas como obrigação. Outra decisão importante tomada pela Prefeitura do mesmo município foi a publicação de uma lei que intima funcionários públicos municipais das Redes de Saúde e Educação a notificarem maus-tratos sofridos pelas crianças e jovens. Essa iniciativa, sem dúvida, une a área da educação ao esforço que já vinha sendo feito, há anos, por muitos profissionais de saúde⁽²¹⁾.

Em 1999, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro também adotou o mesmo procedimento, instituindo a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças, adolescentes até 18 anos e contra portadores de deficiências. Isso significou incluir tais informações como procedimento obrigatório em todos os municípios do estado. Ao tempo em que essa decisão foi tomada, a Secretaria criou o Comitê Técnico Intersetorial e Interinstitucional de Acompanhamento das Ações Voltadas à Prevenção e à Assistência a

Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-tratos e, também, investiu em capacitação dos profissionais⁽²¹⁾. Em 2000, o Estado de São Paulo, por meio da Lei nº 10.498, também estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Em 1998, outro importante avanço surgiu do âmbito federal, por portaria do Ministro da Saúde, com a criação de um Comitê Técnico Científico para elaborar propostas de “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Redução da Violência” e dos “Acidentes na Infância e na Adolescência”. Desse grupo participaram representantes da Sociedade Civil Organizada, entre elas a Sociedade Brasileira de Pediatria, elaborando um plano específico para atuação dos profissionais que atendem a crianças e adolescentes. A proposta da Política Nacional, já citada anteriormente, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em março de 2001. Nela se dá destaque à necessidade da atenção e da notificação pelo Sistema de Saúde às situações de violência contra crianças e adolescentes.

A promulgação do referido documento de Política como voz oficial do Ministério da Saúde, com certeza, possibilita maior organicidade dos programas e iniciativas locais e regionais do Setor voltados para ações de prevenção de acidentes e violências. No caso da atenção aos maus-tratos, concretamente, a oficialização do documento já gerou a Portaria nº 1.968/2001, do Ministério da Saúde, tornando obrigatório, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes⁽²¹⁾.

1.3. História das políticas públicas na área da saúde

Até há pouco tempo, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como um espectador, um contador de eventos, um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais, tanto nas situações rotineiras, cotidianas como nas emergenciais provocadas por catástrofes ou guerras.

Alguns documentos históricos mostram, desde a Antiguidade, uma preocupação da sociedade em regular a subministração de castigos e maus tratos na infância. Os primeiros textos que vinculam esse tipo de violência com a saúde procedem dos levantamentos de Tardieu, em 1880*, citado por Minayo, 2006⁽²³⁾.

Nos anos 60, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes, e suas repercussões para o crescimento e o desenvolvimento das vítimas. Nos anos 70, a "síndrome do bebê espancado" foi reconhecida como problema de saúde, e programas de prevenção primária e secundária e intervenções passaram a ser discutidos em serviços de instituições públicas, privadas e ONGs⁽²⁴⁾.

Em toda a sociedade ocidental, particularmente no Brasil, na década de 1980, o tema da violência entra na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Na década de 1990, a OPAS e a Organização Mundial da Saúde começaram a falar especificamente do tema "violência" e não apenas "causas externas" e, em 1994, a OPAS convocou os ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas para uma conferência sobre o tema. No documento final desse evento, foi demonstrado que a violência adquiriu caráter epidêmico e passou a ser tratada como problema de saúde pública em muitos países. Em 2002, a OMS publicou um relatório mundial sobre violência e saúde, sugerindo

* Tardieu (1880) APUD Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(supl):1259-67⁽²⁰⁾.

que cada país encontrasse formas de realizar diagnóstico e intervenções para o controle da violência. Em 2005, o Ministério da Saúde produziu e publicou um relatório intitulado Impacto da Violência na Saúde dos brasileiros^(23,24).

No Brasil, a inclusão da violência na agenda da cidadania coincide com o término (oficial) da ditadura militar, porém de forma fragmentada ainda que progressiva. No campo da atuação, alguns pediatras iniciaram trabalho de assistência e prevenção em seus locais de trabalho, assim como eram participantes de ONGs que atuavam no atendimento e proteção das crianças. No âmbito da proteção, em 1990 é promulgado o Estatuto da Criança e Adolescente⁽²³⁾.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em 1998, formulou e integrou em suas estratégias articuladoras, um plano de ação e prevenção da violência contra crianças e adolescentes, em parceria com a UNICEF e a UNESCO, incluindo orientações gerais para o conjunto dos municípios. Hoje, o tema não violência e cultura da paz faz parte das discussões de vários municípios⁽²⁴⁾.

O documento da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência, aprovado por portaria do Ministro da Saúde em maio de 2001, considera a violência um problema social e histórico. Define os conceitos de "violência" e faz um diagnóstico geral do problema, das formas como afeta o setor saúde, e como este próprio setor, por ser parte da sociedade em que a violência está configurada, também a gera e a reproduz. Analisa as fontes de informação e documentação oficiais existentes, sua importância e suas deficiências. Também distingue as formas de violência nos gêneros masculino e feminino e nas diversas faixas etárias⁽²³⁾.

A partir de 2001, o Ministério da Saúde apresentou importante evolução na legitimação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) por meio de três portarias: Portaria 1.968/2001⁽²⁵⁾, que torna obrigatória a notificação pelos profissionais de saúde das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra

crianças e adolescentes; Portaria 1.969/2001⁽²⁶⁾, que dispõe sobre o registro e o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos casos de atendimento das causas externas; as Portarias SAS/MS n° 969⁽²⁷⁾ e 970/2002⁽²⁸⁾, que disponibilizam uma nova ficha de registro de entrada de pacientes no SUS, com a intenção de captar com mais qualidade aqueles advindos dos acidentes e violência.

1.4. Prevenção da violência

Os conceitos do movimento da medicina preventiva foram sistematizados por Leavell, Clark⁽²⁹⁾. Apresentaram a tríade que define o modelo de causalidade das doenças partindo das relações entre agente, hospedeiro e meio-ambiente. Definiram o conceito de história natural das doenças enfatizando os períodos de pré-patogênese e patogênese e apresentaram o conceito de prevenção.

O conceito de prevenção é definido como uma ação antecipada para tornar improvável o progresso da doença e apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária⁽²⁹⁾.

A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese trazendo o conceito de promoção da saúde e de proteção contra agentes patológicos. A fase da prevenção secundária apresenta-se em duas etapas: a primeira, diagnóstico e tratamento precoce e a segunda, limitação da invalidez. Por fim, a prevenção terciária que diz respeito a ações de reabilitação⁽²⁹⁾.

Na década de 70, tornou-se muito conhecido e respeitado o esquema quadridimensional de Lalonde⁽³⁰⁾. Esse documento define o conceito de campo da saúde constituído de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. Dentro dessa perspectiva, mudanças de estilo de vida ou comportamentos relativos à alimentação, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool, conduta

sexual, são reafirmadas nas estratégias de promoção da saúde. Além disso, resgata-se a compreensão do papel fundamental das condições gerais de vida sobre a saúde⁽³⁰⁾.

A partir das idéias de Lalonde, três conferências internacionais foram realizadas, com o objetivo de socializar a idéia de que a saúde é a resultante de muitos fatores e não apenas uma questão médica. A primeira foi em Ottawa (1986), a segunda, em Adelaide (1988) e a terceira em Sunsväl (1991). Todas buscaram estabelecer e criar um consenso com relação às bases conceituais e políticas e as novas práticas de saúde tendo em conta o conjunto de determinantes⁽³¹⁾.

A Carta de Ottawa⁽³²⁾, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, afirma oficialmente a constatação de que os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de tratamento. Esse documento postula a ideia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como: vida, equidade, alimentação, participação, renda e educação, entre outros.

Para a aplicação dos conceitos de prevenção e promoção, no caso da violência, é importante ter ideia de quais são as questões em pauta em determinada sociedade, quais são os grupos ou os indivíduos considerados prioritários para atuação, e quais seriam as melhores estratégias de ação⁽²⁴⁾.

Já foram descritos diversos fatores de risco e de proteção individuais, sociais e institucionais relativos à violência contra a criança⁽⁶⁾. A compreensão desses fatores é fundamental para a organização de Políticas Públicas que visam à redução desse agravo. A identificação de fatores de proteção favorece o estabelecimento de medidas preventivas dirigidas especialmente à interrupção do “ciclo da violência,” considerado por estudiosos⁽³³⁾ como a seqüela mais desconcertante da violência contra a criança por levar a transmissão da violência através das gerações. Porém, algumas pessoas têm a capacidade de superar

adversidades e de lidar positivamente com situações difíceis, como, por exemplo, as de violência, que têm alto potencial de produzir muito sofrimento, conceito conhecido como resiliência⁽³⁴⁾. A resiliência depende principalmente de três fatores: atributos pessoais como autonomia, autoestima e competência social; família coesa, em que não há negligência e existe pelo menos um adulto com laço afetivo forte com a criança ou o adolescente, oferecendo-lhe suporte emocional nos momentos de crise; rede de apoio social e recursos institucionais que encorajem e apoiem a criança e o adolescente no enfrentamento das circunstâncias da vida. O potencial de resiliência está presente no desenvolvimento de todo ser humano e pode se desenvolver no decorrer da vida. Portanto, é importante que seja incentivado e reforçado desde a infância⁽³⁵⁾.

A OMS⁽⁶⁾ descreve como fatores individuais protetores: apego da criança a um adulto da família, expressivo cuidado dos pais durante a infância, ausência de colegas delinquentes ou usuários de drogas, uma relação saudável com os pais. Os fatores individuais de risco são relacionados aos pais e às crianças.

A presença de certas características nos pais ou em outros membros da família pode aumentar o risco para violência, como: pais que sofreram violência quando crianças, uso de álcool e drogas, envolvimento em atividades criminais, isolamento social, dificuldade em criar laços afetivos com o recém-nascido devido a uma gravidez difícil ou complicações no nascimento, pais que acreditam que punições físicas são formas efetivas de disciplinar a criança.

Os fatores de risco relacionados à criança não significam que ela seja responsável pela violência da qual é vítima, mas, muitas vezes, é considerada pelos pais uma criança difícil por apresentar características contrárias às expectativas ou desejos dos pais, seja quanto ao sexo, aparência, temperamento; por requerer cuidados intensos como prematuros ou crianças com doenças crônicas; por ser portadora de anormalidades físicas ou sintomas de doenças mentais.

Dentre os fatores sociais, podemos considerar: normas sociais e culturais que promovam as punições físicas ou glorifiquem a violência, retratadas na mídia, na música e nos videogames; normas sociais e culturais que diminuam o status da criança na relação pais-filhos; normas sociais e culturais que imponham padrões diferentes e rígidos para homens e mulheres; a existência de pornografia, prostituição e trabalho infantil.

Características do ambiente da comunidade são associadas ao aumento de violência à criança, tais como: a pobreza, a tolerância à violência, a carência ou inadequação de moradia, os altos níveis de desemprego, a desigualdade social e de gênero na comunidade e o fácil acesso ao álcool. Os fatores de risco advindos das relações entre família, amigos e parceiros são: problemas físicos, mentais ou de desenvolvimento de um dos membros da família; violência na família entre os pais, entre crianças ou entre os parceiros dos pais e a criança; o fracasso familiar resultando em adultos e crianças doentes, infelizes e solitários.

Em relação à violência no Brasil, Minayo aponta problemas nos campos macro-estruturais, conjunturais, culturais e institucionais. Reflete que qualquer programa de prevenção à violência deve ser pensado, considerando-se todos os campos acima citados. Considera que os principais problemas são macroestruturais como as extremas desigualdades, a exclusão social, o desemprego e a corrupção⁽²⁴⁾. Do ponto de vista conjuntural, relata o crescimento do crime organizado em torno do narcotráfico, o contrabando de armas de fogo, o aumento da delinquência juvenil e dos crimes contra as pessoas e o patrimônio. Do ponto de vista cultural e interpessoal, aponta as altas taxas de violência contra a criança e o adolescente, contra a mulher, contra os idosos, a violência contra homossexuais e a discriminação racial e, do ponto de vista institucional, a violência e corrupção policial e a morosidade da justiça⁽²⁴⁾.

Apresentaremos como exemplos de propostas de prevenção, a do Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS); a do Ministério da Saúde e outra do

Center for Disease Control and Prevention (CDC).

Proposta do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde⁽³⁶⁾:

O plano de ação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde apresentava as seguintes metas: promover a participação das secretarias municipais em atividades locais contrárias à violência, realizar sensibilização sobre o tema violência em todos os municípios brasileiros; realizar um programa de formação de recursos humanos para implantação de um sistema de informação; criar e implantar um modelo de vigilância epidemiológica para causas externas.

Em relação às crianças e aos adolescentes, o Conselho entende que a prevenção da violência contra a criança ocorrerá com a formação e capacitação de profissionais sensibilizados para essa temática, alertando sobre a responsabilização do profissional na identificação de casos suspeitos ou confirmados de violência e, também, na realização da prevenção primária.

Além da atuação setorial específica, preconiza a participação nas políticas, estratégias e ações intersetoriais que busquem atuar nos fundamentos do Estado e da sociedade, sobretudo nos processos de democratização política, social, econômica e cultural. Entende que essa participação amplia a cidadania e a equidade, considerando que o conceito de saúde tem como eixo central a qualidade de vida.

Proposta do Comitê Técnico Científico (CTC) do Ministério da Saúde⁽³⁷⁾:

O Ministério da Saúde reuniu especialistas no tema violência, gestores e profissionais de atendimento de serviços de urgência, que elaboraram um documento estabelecendo diretrizes e atividades para o setor Saúde e a construção de políticas intersetoriais. O documento foi pactuado junto ao Conselho Nacional de Saúde e apresentado como Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde (PNRMAV/SUS).

Essa Política lida com a violência em suas várias formas de expressão: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Nela, a violência é abordada como um problema de Saúde Pública a ser compartilhado com outros setores, que necessita de definições de estratégias próprias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos. São pressupostos da PNRMAV: saúde entendida como um direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico; o direito e respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde; a promoção da saúde como base para o desenvolvimento de todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

O documento também define como diretrizes a promoção e a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências, a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências, a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, a capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O pressuposto colocado é de integração e articulação de todas as áreas do Ministério da Saúde nas ações de vigilância, prevenção, assistência, avaliação e capacitação dos recursos humanos do SUS para a abordagem do tema.

Proposta do *Center for Disease Control and Prevention*⁽³⁸⁾:

A proposta do CDC é voltada para a identificação de estratégias efetivas de prevenção e é elaborada a partir de um diagnóstico epidemiológico. Cursa com as seguintes etapas: inicialmente é realizada a definição do problema, ou seja, o delineamento da morbimortalidade a partir de caracteres epidemiológicos (quem, quando, onde e como). Em seguida, faz-se a identificação epidemiológica dos fatores de risco (por que). Na sequência, ocorrem o desenvolvimento e o teste de intervenções para posterior implementação de intervenções com comprovada efetividade.

O CDC organiza programas de prevenção em esferas federal, estadual e local, incentivando comunidades a desenvolverem programas e políticas, estimulando a responsabilidade comunitária para esse problema. Ainda, pratica a intersetorialidade, estabelecendo relações com a educação, o trabalho, o comércio, entre outros.

Dentre as ações do CDC, podemos citar: a disseminação de descrições de programas de prevenção à violência e como iniciá-los nas comunidades; a avaliação das intervenções; o financiamento de demonstrações de projetos que deem respostas efetivas aos problemas das comunidades e o anseio de mudar crenças e atitudes tanto nos comportamentos individuais quanto no coletivo.

Os princípios norteadores das ações do CDC são: investir em prevenção, em especial na prevenção primária; adotar uma postura de aprendizado contínuo, por processo de avaliação; enfatizar ações coordenadas, mostrando os benefícios da cooperação entre instituições e comunidades; intervir o mais precocemente possível nas comunidades afetadas buscando sua colaboração.

Assim, qualquer projeto de prevenção da violência deve considerar a complexidade desse fenômeno que possui raízes macroestruturais, formas de expressão conjunturais e atualização na cotidianidade das relações interpessoais⁽²⁴⁾.

1.5. Pilares teóricos

Atenção Primária

Segundo a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde⁽³⁹⁾, a Atenção Primária pode ser definida ou concebida de quatro formas, a saber: Atenção Primária Seletiva: presente nos países em desenvolvimento, tem poucas intervenções de alto impacto para diminuir as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas

doenças infecciosas; Cuidado Primário: refere-se à porta de entrada para o sistema de saúde para a grande maioria da população. É o conceito mais comum de atenção primária na Europa e em outros países industrializados; Atenção Primária Abrangente: define atenção primária como o cuidado essencial à saúde baseado na prática, métodos e tecnologias aceitos social e cientificamente, permitindo acesso universal a indivíduos e famílias de uma comunidade através da participação dessa própria população; Saúde e Direitos Humanos: entendem saúde como um direito humano e, portanto, é necessário lidar com os amplos determinantes sociais e políticos da saúde. Defendem que o desenvolvimento de políticas de saúde poderia ser mais inclusivo, dinâmico, transparente e sustentado pela legislação e compromissos financeiros.

Pensando em saúde como direito humano, encontramos embasamento teórico no Estatuto da Criança e Adolescente⁽²²⁾ que diz que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Além disso, informa que nenhuma criança deverá ser objeto de qualquer forma de violência e que qualquer atentado, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Vulnerabilidade

O significado do termo vulnerabilidade refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Explicando melhor, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos⁽⁴⁰⁾.

Verifica-se que a vulnerabilidade supera o marco do conceito de risco, que apresenta caráter individualizante e probabilístico. O conceito de vulnerabilidade aparece como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou à carência de recursos destinados à proteção

das pessoas⁽⁴⁰⁾. O modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a AIDS, ou vulnerabilidade programática⁽⁴¹⁾.

Assim, entendendo a relevância do tema e a alta prevalência da violência à criança, optamos por desenvolver um projeto de intervenção em atenção primária voltado para a promoção à saúde da criança a partir da identificação do conhecimento dos usuários moradores na área de abrangência do Centro de Saúde Escola Barra Funda e dos profissionais de saúde do mesmo serviço sobre a violência contra a criança. Acreditamos que a falta de informação sobre o tema torne as crianças mais vulneráveis à violência.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever os conhecimentos, atitudes e percepções dos profissionais e usuários de um serviço de atenção primária, localizado na região central da área metropolitana.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Identificar os conhecimentos, atitudes e percepções dos profissionais de saúde de um serviço de atenção primária sobre violência à criança.

2.2.2. Identificar os conhecimentos, atitudes e percepções dos usuários de um serviço de atenção primária sobre violência à criança.

2.2.3. Comparar os conhecimentos, atitudes e percepções dos profissionais de saúde e dos usuários de um serviço de atenção primária sobre violência à criança.

Foi realizado estudo descritivo exploratório com corte transversal com duas estratégias de coleta de informações e análise quantitativa.

3.1. Local do estudo

O estudo foi realizado com usuários e profissionais de saúde do Centro de Saúde Escola Barra Funda (CSEBF) que é vinculado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Esse serviço presta assistência à população em situação de exclusão social da área central de São Paulo, incluindo os distritos de Bom Retiro, Barra Funda e Santa Cecília. Possui 23.985 matrículas ativas, sendo 4.154 de crianças menores de dez anos.

O atendimento às crianças é feito por dois pediatras e três médicos de Saúde da Família e Comunidade no período da manhã e da tarde.

3.2. População de estudo

3.2.1. Usuários

Para esse estudo, consideramos como variável de desfecho o conhecimento sobre violência e como marcador a violência física (punições físicas contra a criança). Para a população é esperado 80% de discordância com o uso de violência física contra a criança. Consideramos que a nossa população (usuários do CSEBF) tenha discordância de 70%, ou seja, 30% acham que podem bater nas crianças. A partir dessas informações, foi realizado o cálculo da amostra que será de 169 pais entrevistados.

Foram convidados para participar desse estudo os pais ou cuidadores, moradores da área de abrangência do CSEBF, que acompanharam crianças menores de 10 anos na consulta de puericultura, em encontros educativos realizados nesse serviço ou em atividades realizadas

na própria comunidade.

Critério de exclusão: Foram excluídos do estudo os pais ou cuidadores de crianças que não fossem moradores da área de abrangência do CSEBF e/ou pais ou cuidadores cujas crianças não pertenciam à faixa etária escolhida (menores de dez anos). Foram ainda excluídos pais ou cuidadores que não sabiam ler e escrever, visto que usamos como instrumento um questionário autoaplicável.

Os pais ou cuidadores das crianças selecionadas foram convidados a participar da pesquisa por convite verbal da pesquisadora.

3.2.2. Profissionais de saúde

Todos os profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos) que atuam no Centro de Saúde Escola Barra Funda foram convidados a participar da pesquisa para avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre violência contra a criança.

3.3. Instrumento de coleta

O instrumento utilizado para coleta de dados dos usuários e dos profissionais de saúde foi um questionário adaptado de um modelo encontrado na literatura, o qual foi desenvolvido por meio de ampla revisão bibliográfica e realização de validação⁽⁴²⁾ (ANEXO 1). Esse modelo da literatura era composto de 13 questões sobre violência contra a criança dirigido a pais de alunos de escolas públicas e particulares. A maioria das questões tinha como possibilidade de resposta “verdadeiro”, “falso” ou “não sei dizer”. As autoras também convencionaram as respostas consideradas como corretas.

O questionário utilizado nesse estudo foi adaptado e organizado para ser autoaplicável,

de forma anônima e confidencial. Ele é composto por onze frases para avaliar atitudes e comportamentos relativos à violência contra a criança. O preenchimento consiste em apontar se existe concordância total/parcial ou discordância com as frases. Para tanto, utilizamos os termos “concordo sempre”, “concordo às vezes” e “não concordo” (ANEXO 2). Consideramos como resposta adequada as que foram preconizadas pelas autoras do estudo modelo. Na tentativa de melhor avaliar essas respostas, optamos pela realização de um escore no qual a resposta correta (sempre a preconizada pelas autoras do estudo modelo) recebeu 02 pontos, a resposta, às vezes, recebeu 01 ponto e a resposta errada não recebeu pontos. Como temos 11 frases, a possibilidade de variação de pontuação fica entre zero (todas as respostas erradas) e 22 pontos (todas as respostas certas). Os profissionais e usuários que deixaram respostas em branco não foram considerados nesta avaliação.

3.4. Coletas de informações

3.4.1. Usuários

Os pais ou cuidadores que aceitaram participar da investigação receberam o questionário e procederam ao preenchimento com caneta esferográfica, somente após o aceite na participação da pesquisa por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 3). A coleta de informações dos usuários foi realizada na sala de espera do atendimento médico. A pesquisadora ou uma assistente, previamente treinada, estava presente na sala de espera para ajudar em qualquer problema ou esclarecimento de dúvidas. Foi realizado estudo piloto com dez usuários para possíveis ajustes na logística da aplicação do questionário.

3.4.2. Profissionais de saúde

A coleta de informações dos profissionais de saúde foi realizada durante reunião mensal, que ocorre rotineiramente no CSEBF. Todos os funcionários foram reunidos em um anfiteatro para discussão de temas e/ou problemas relevantes sobre o serviço. A pesquisadora apresentou ao grupo os objetivos da investigação, e, após a assinatura do TCLE, foi fornecido o questionário para os profissionais de saúde (ANEXO 4). A pesquisadora esteve presente para esclarecimento de dúvidas.

3.5. Análise dos dados

Foi realizada análise da distribuição das variáveis por meio de medidas de tendência central e proporções tanto no grupo dos profissionais de saúde como nos usuários. Foram consideradas variáveis independentes: sexo, cor ou raça, nacionalidade, faixa etária, escolaridade e renda.

A cor ou raça foi auto referida dentro dos padrões adotados pelo IBGE, a saber: branca, preta, amarela, parda e indígena. Na variável nacionalidade, foram consideradas as nacionalidades brasileira, boliviana e outras. As faixas etárias foram divididas a cada dez anos, considerando-se menores de 20 anos, de 21 a 30 anos, de 31 a 40 anos, de 41 a 50 anos e maiores de 51 anos. A escolaridade referida no questionário foi transformada em anos de estudo e depois agrupada em faixas, a saber: de 0 a 9 anos de estudo, de 10 a 12 anos de estudo e mais de 13 anos de estudo. A renda familiar declarada no questionário foi convertida em número de salários mínimos, considerando o valor de R\$510,00 e feita a classificação segundo o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos sócio-econômicos.

Foi avaliada a adequação das respostas no preenchimento do questionário tanto dos profissionais de saúde como de usuários e realizada comparação entre os grupos. As possíveis

diferenças na distribuição foram avaliadas segundo sua significância estatística com a aplicação de testes estatísticos, a saber: qui quadrado, Kruskal Wallis e intervalo de confiança de 95%. O nível de significância adotado foi de 0.05.

Foi realizada comparação entre os grupos de profissionais de saúde e usuários pela soma da pontuação obtida a partir da adequação total (2 pontos), parcial (1 ponto) ou inadequação (0 ponto) da resposta à cada afirmação (escore). Avaliou-se, também, a possibilidade de que as diferentes variáveis independentes pudessem ser responsáveis pela possível diferença do valor do escore entre os grupos. As possíveis diferenças na distribuição foram avaliadas segundo sua significância estatística com a aplicação de testes estatísticos. O nível de significância adotado foi de 0.05.

3.6. Aspectos éticos

Os pais ou cuidadores das crianças selecionados para a participação na pesquisa e os profissionais de saúde foram informados sobre os objetivos da pesquisa e do caráter confidencial das informações fornecidas. A investigação foi iniciada apenas após o aceite e assinatura do TCLE. Todos os envolvidos na investigação foram informados de que o nome deles constaria apenas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não no questionário, garantindo o anonimato.

Foi garantido aos pais e cuidadores das crianças selecionados que a não participação não acarretaria sanções ou dificuldades no atendimento da criança. Da mesma forma, foi garantido aos profissionais de saúde que a não participação não implicaria punições ou advertências de qualquer ordem. Existindo concordância, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O projeto foi encaminhado à Comissão Científica e posteriormente à Comissão de Ética em Pesquisa. O trabalho de coleta de dados somente teve início após aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (ANEXO 6).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Artigo

O conhecimento de profissionais de saúde e de usuários de um serviço de atenção primária sobre violência contra a criança

Autores: Vivian Patricia Roda

Carla Gianna Luppi

Resumo

A violência contra a criança vem aumentando drasticamente nas últimas décadas, sofrendo influências individuais, sociais e culturais. Sabe-se, ainda, que a violência pode refletir-se nas práticas educativas parentais como punições físicas, xingamentos e humilhações. É papel dos serviços de saúde a preocupação com a prevenção da violência, organizando projetos de intervenção para tal agravo. Um dos pilares desse projeto é a identificação do conhecimento dos usuários moradores na área de abrangência de um serviço de atenção primária e dos profissionais de saúde do mesmo serviço sobre a violência contra a criança. Realizo-se estudo descritivo, com uso de questionário autoaplicável para avaliar atitudes e comportamentos dos usuários e profissionais de saúde relativos à violência contra a criança. O preenchimento consistiu em apontar se existia concordância total/parcial ou discordância com afirmações referentes à violência. Noventa e cinco profissionais de saúde e 169 usuários participaram do estudo. Ressalta-se que houve de 50 a 60% de erro nas frases sobre punição física para os dois grupos e diferença estatisticamente significativa entre os grupos quando abordados sobre violência psicológica.

Palavras-chave: violência, criança, atenção primária

The knowledge of health professionals and users of a primary health care service on violence against children

Authors: Vivian Patricia Roda

Carla Gianna Luppi

Abstract

Violence against children has increased dramatically in recent decades, influenced by individual, social and cultural rights. We know also that the violence may be reflected practices such as corporal punishment, humiliation and insults. The role of health concern for violence prevention, intervention projects for organizing such grievance. One of the pillars of this project is the identification of knowledge of users living in the catchment area of a primary health care service and health professionals the same service on violence against children. We conducted a descriptive study, using self-administered questionnaire to assess attitudes and behaviors of users and health professionals on violence against children. The filling was to point out if there was total agreement / partial or disagreement with statements about violence. Ninety-five health professionals and 169 patients were enrolled. It is noteworthy that there were 50 to 60% errors in the sentences of corporal punishment for the two groups statistically significant different between groups when approached about psychological violence.

Keywords: violence, child, primary care

Introdução

A violência à criança é definida como todas as formas de maus-tratos físicos ou emocionais, abuso sexual, abandono ou tratamento negligente resultando em atual ou potencial dano à saúde da criança, de sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder⁽¹⁾. Definir diferentes tipos de violência ou maus-tratos é apenas uma forma didática de compreender o problema, que muitas vezes ocorre de forma dinâmica e simultânea⁽²⁾.

Segundo o Caderno de Violência Doméstica e Sexual contra Crianças e Adolescentes⁽³⁾, as formas de violência às quais crianças e adolescentes podem ser submetidos são classificadas em: negligência e abandono, maus-tratos físicos, violência sexual e violência psicológica.

A violência pode provocar danos para a criança, ao adolescente, à família e à sociedade por toda a vida. O impacto da violência, entretanto, é influenciado por fatores como idade, grau de desenvolvimento, tipo de abuso, frequência, duração, gravidade do abuso e a relação existente entre vítima e abusador⁽³⁾.

A Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que mais de 80% dos dois bilhões de crianças do mundo são castigados fisicamente, sendo um terço deles de maneira muito grave. Em cerca de 53 mil casos por ano, a agressão culmina com a morte do menor. Aproximadamente 225 milhões de menores são vítimas de abusos sexuais por ano, sendo que 150 milhões são meninas. Os maiores agressores são, segundo o relatório, os membros da família: pais, padrastos, irmãos e tios. O segundo ambiente de agressão é a escola⁽⁴⁾.

Para a prevenção do agravo violência, faz-se necessário o conhecimento de fatores de risco que contribuam para tal agravo. Sabe-se que a presença de certas características nos pais ou em outros membros da família pode aumentar o risco para violência, como: pais que sofreram violência quando crianças, uso de álcool e drogas, envolvimento em atividades

criminais, isolamento social e pais que acreditam que punições físicas são formas efetivas de disciplinar a criança. Dentre os fatores sociais, podemos considerar as normas sociais e culturais que promovam ou glorifiquem a violência. Também, características do ambiente da comunidade são associadas ao aumento de violência à criança, como: pobreza, tolerância à violência, carência de ou inadequada moradia, altos níveis de desemprego, desigualdade social e de gênero na comunidade, fácil acesso ao álcool⁽¹⁾.

Assim, entendendo a relevância do tema e a alta prevalência da violência à criança, optamos por desenvolver um projeto de intervenção em atenção primária voltado para a promoção à saúde da criança a partir da identificação do conhecimento dos usuários moradores na área de abrangência de um serviço de atenção primária e dos profissionais de saúde do mesmo serviço sobre a violência contra a criança. Acreditamos que a falta de informação sobre o tema torne as crianças mais vulneráveis a violência

Objetivo

Identificar os conhecimentos, atitudes e percepções dos profissionais de saúde e usuários de um serviço de atenção primária sobre violência à criança.

Metodologia

O estudo foi realizado em um serviço de atenção primária que é vinculado à uma faculdade de medicina. Este serviço presta assistência à população em situação de exclusão social da área central de São Paulo, incluindo os distritos de Bom Retiro, Barra Funda e Santa Cecília. Para esse estudo consideramos como variável de desfecho o conhecimento sobre violência e como marcador a violência física (punições físicas contra a criança). Para a população é esperado 80% de discordância com o uso de violência física contra a criança. Consideramos que a nossa população de usuários tenha discordância de 70%, ou seja, 30%

acham que podem bater nas crianças. A partir dessas informações, foi realizado o cálculo da amostra que será de 169 pais entrevistados.

Foram convidados para participar desse estudo os pais ou cuidadores, moradores da área de abrangência do serviço de atenção primária, que acompanharam crianças menores de 10 anos na consulta de puericultura, em encontros educativos realizados nesse serviço ou em atividades realizadas na própria comunidade.

Todos os profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos) que atuam no serviço de atenção primária foram convidados a participar da pesquisa para avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre violência contra a criança

O instrumento utilizado para coleta de dados dos usuários e dos profissionais de saúde foi um questionário adaptado da literatura⁽⁵⁾ e organizado para ser autoaplicável, de forma anônima e confidencial. Ele é composto por onze frases para avaliar atitudes e comportamentos relativos à violência contra a criança. O preenchimento consistiu em apontar se existia concordância total/parcial ou discordância com as frases. Para tanto, utilizamos os termos “concordo sempre”, “concordo às vezes” e “não concordo”. Na tentativa de melhor avaliar essas respostas, optamos pela realização de um escore no qual a resposta correta recebeu 02 pontos, a resposta às vezes recebeu 01 ponto e a resposta errada não recebeu pontos. Como temos 11 frases, a possibilidade de variação de pontuação fica entre zero (todas as respostas erradas) e 22 pontos (todas as respostas certas). Os profissionais e usuários que deixaram respostas em branco não foram considerados nesta avaliação.

A coleta de informações dos usuários foi realizada na sala de espera do atendimento médico e dos profissionais de saúde foi realizada durante reunião mensal, que ocorre rotineiramente no CSEBF. Foi realizado estudo-piloto com dez usuários para possíveis ajustes na logística da aplicação do questionário. Foi realizada análise da distribuição das

variáveis por meio de medidas de tendência central e proporções. Foram consideradas variáveis independentes: idade, cor ou raça, sexo, escolaridade, renda e nacionalidade. Foi avaliada a adequação das respostas no preenchimento do questionário tanto dos profissionais de saúde como de usuários e realizada comparação entre os grupos. Também, fez-se comparação entre os grupos de profissionais de saúde e usuários por um escore realizado pela soma da pontuação obtida a partir da adequação total (2 pontos), parcial (1 ponto) ou inadequação (0 ponto) da resposta à cada afirmação. As possíveis diferenças na distribuição foram avaliadas segundo sua significância estatística com a aplicação de testes estatísticos. O nível de significância adotado foi de 0.05.

Os pais e os profissionais de saúde que aceitaram participar da investigação receberam o questionário apenas após o aceite na participação da pesquisa por meio da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O projeto foi encaminhado à Comissão Científica e posteriormente à Comissão de Ética em Pesquisa. O trabalho de coleta de dados somente teve início após aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa.

Resultados

Do total de 99 funcionários do serviço, 95,9% aceitaram participar da pesquisa. Dos que não participaram, um é o orientador do trabalho e 03 estão afastados.

A Tabela 1 mostra a distribuição por sexo, cor ou raça, nacionalidade, faixa etária, escolaridade e renda desses funcionários. Predominam brasileiros (97,87%), sexo feminino (82,11%) e a cor ou raça branca (71,58%). A idade dos profissionais variou entre mínimo de 19 anos e máximo de 63 anos, com média de 37,39 anos e mediana de 36 anos. Em relação à escolaridade, variação mínima de cinco anos à máxima de 18 anos, com média de 13,05 anos e mediana de 11 anos. A renda familiar média foi de 8,79 salários mínimos com mínimo de

1,4 e máximo de 58,8 salários, com mediana de 5,0 salários.

Tabela 1- Distribuição por sexo, cor ou raça, nacionalidade, faixa etária, escolaridade e renda, dos profissionais de saúde do CSEBF, São Paulo, 2011

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	78	82,11
Masculino	17	17,89
Cor ou Raça		
Branca	68	71,58
Preta	5	5,26
Parda	21	22,11
Amarela	0	0,00
Indígena	1	1,05
Nacionalidade*		
Brasileiro	92	97,87
Outros	2	2,13
Faixa etária**		
Até 20 anos	1	1,10
21 a 30 anos	30	32,97
31 a 40 anos	26	28,57
41 a 50 anos	21	23,08
> 51 anos	13	14,29
Escolaridade		
0 a 9 anos	2	2,11
10 a 12 anos	49	51,58
13 a 19 anos	44	46,32
Renda***		
Ate 1 SM	0	0
Mais de 1 a 2	11	16,42
Mais de 2 a 3	8	11,94
Mais de 3 a 5	15	22,39
Mais de 5 a 10	16	23,88
Mais de 10 a 20	13	19,40
Mais de 20	4	5,97

*1 ignorado nacionalidade, **4 ignorados faixa etária, ***28 ignorados renda

Dos 170 usuários convidados, apenas um não aceitou participar da pesquisa, não referindo motivo.

Em relação aos usuários predominam o sexo feminino (79,88%), a cor ou raça branca (37,58%) e parda (36,91%) e, quanto à nacionalidade, predominam os brasileiros (79,88)

seguidos por bolivianos (18,90). As médias e medianas de idade, escolaridade e renda dos usuários são respectivamente 30,9 e 30 anos (mín: 13 anos e máx: 65 anos); 9,02 e 11 anos de estudo (mín: 0 e máx: 15) e 2,54 e 1,96 salários mínimos (mín: 0,98 e máx:14,71) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição por sexo, cor ou raça, nacionalidade, faixa etária, escolaridade e renda dos usuários do CSEBF, São Paulo, 2011

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	158	93,49
Masculino	11	6,51
Cor ou Raça*		
Branca	56	37,58
Preta	18	12,08
Parda	55	36,91
Amarela	17	11,41
Indígena	3	2,01
Nacionalidade**		
Brasileiro	131	79,88
Boliviano	31	18,90
Outros	2	1,22
Faixa etária***		
Até 20 anos	26	15,76
21 a 30 anos	64	38,79
31 a 40 anos	47	28,48
41 a 50 anos	20	12,12
> 51 anos	8	4,85
Escolaridade^o		
0 a 9 anos	72	43,90
10 a 12 anos	79	48,17
13 a 19 anos	13	7,93
Renda^{oo}		
Até 1 SM	21	17,95
Mais de 1 a 2	45	38,46
Mais de 2 a 3	24	20,51
Mais de 3 a 5	14	11,97
Mais de 5 a 10	12	10,26
Mais de 10 a 20	1	0,85
Mais de 20	0	0,00

*20 ignorados cor ou raça, **5 ignorados nacionalidade, ***4 ignorados faixa etária,

^o5 ignorados escolaridade, ^{oo}52 ignorados renda.

Comparando o perfil dos profissionais de saúde e dos usuários do mesmo serviço, percebe-se que em ambos os grupos predomina o sexo feminino, porém o número de

mulheres é maior no grupo dos usuários (66,95%), existindo diferença estatisticamente significativa. Quanto à nacionalidade, predominam os brasileiros nos dois grupos, porém ressalta-se que, do total de bolivianos, 96,8% são usuários do serviço, existindo diferença estatisticamente significativa. Existe predomínio absoluto da cor ou raça referida indígena (100%) preta (78,26%) e parda (72,37%) no grupo dos usuários. Em relação à faixa etária, 96,3% dos indivíduos menores de 20 anos pertencem ao grupo dos usuários, o mesmo ocorrendo em relação à escolaridade, em que 100% dos indivíduos que tiveram até 4 anos de estudo pertencem ao grupo dos usuários (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição por sexo, cor ou raça, nacionalidade, faixa etária e escolaridade dos profissionais de saúde e usuários do CSEBF, São Paulo, 2011

Variável	Profissionais n(%)	Usuários n(%)	p
Sexo			
Feminino	78(33,05)	158(66,95)	0,04
Masculino	17(60,71)	11(39,29)	
Cor ou raça			
Branca	68(54,84)	56(45,16)	0,000
Preta	5(21,74)	18(78,26)	
Parda	21(27,63)	55(72,37)	
Amarela	0(0,00)	17(100,00)	
Indígena	1(25,00)	3(75,00)	
Nacionalidade			
Brasileiro	92(41,26)	131(58,74)	0,000
Boliviano	1(3,13)	31(96,88)	
Outros	1(33,33)	2(66,67)	
Faixa etária			
Até 20 anos	1(3,7)	26(96,3)	0,000
21 a 30 anos	30(31,91)	64(68,09)	
31 a 40 anos	26(35,62)	47(64,38)	
41 a 50 anos	21(51,22)	20(48,78)	
>51 anos	13(61,9)	8(38,1)	
Escolaridade			
0 a 9 anos	2(2,17)	72(97,3)	0,000
10 a 12 anos	49(38,28)	79(61,72)	
13 a 19 anos	44(77,19)	13(22,81)	

Quanto às respostas obtidas para cada frase, consideramos correta apenas a resposta mais adequada e erradas as outras duas. Destaca-se o acerto de todos os profissionais e

usuários quanto a não concordância com a violência realizada por terceiros. Chamam atenção as frases relacionadas à violência física em que a inadequação das respostas está presente nos dois grupos. Em relação à violência psicológica, obtivemos a não concordância (adequação da resposta) de 50 a 60% com situações que podem humilhar a criança. Nas demais frases, predomina a adequação de respostas.

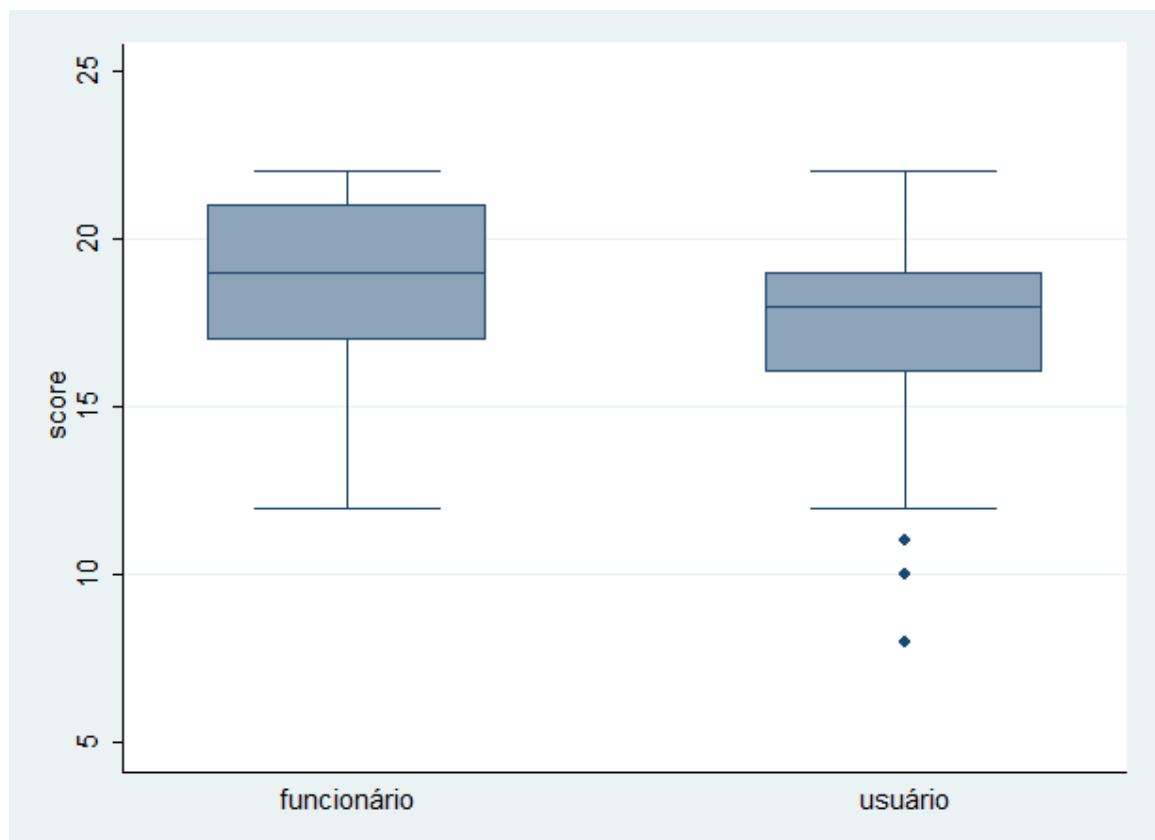
Comparando as respostas do questionário entre profissionais de saúde e usuários do serviço, encontramos uma melhor adequação de respostas dos profissionais de saúde do que dos usuários, porém com diferenças pequenas entre os grupos. Ocorreu exceção na afirmação sobre concordância com o uso de punições físicas, em que os usuários tiveram uma adequação de resposta superior a dos profissionais de saúde. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa em apenas uma frase relacionada a violência psicológica. Oitenta por cento (I.C.95%: 72,8-88,9) dos profissionais de saúde acreditam que o xingamento tem conseqüências para a criança, enquanto 64% (I.C.95%: 56,7-71,6) dos usuários aceitam essa afirmativa (Tabela 4).

Tabela 4- Adequação das respostas dos profissionais de saúde e usuários do CSEBF, São Paulo, 2011

	Adequação das respostas			
	Profissionais		Usuários	
	N (%)	I.C. (95%)	N (%)	I.C. (95%)
Não concordância com castigos por terceiros	95 (100,00)		165 (100,00)	
Violência física				
Não concordância com o uso de punições físicas	37 (38,95)	29,0-48,8	81 (49,39)	41,7-57,1
Não concordância com a necessidade para vida	60 (63,16)	53,3-72,9	101 (61,96)	54,5-69,5
Concordância no desgaste da relação familiar	34 (36,96)	26,9-46,9	36 (22,93)	16,3-29,6
Violência psicológica				
Não concordância com humilhações	61 (64,21)	54,5-73,9	84 (51,85)	44,1-59,6
Não concordância com xingamentos	76 (80,85)	72,8-88,9	104 (64,20)	56,7-71,6
Não concordância de medo e respeito serem sinônimos	78 (82,98)	75,3-90,6	115 (71,43)	64,4-78,5
Conseqüências da violência				
Não concordância com o esquecimento da criança	75 (78,95)	70,7-87,2	125 (75,76)	69,2-82,3
Concordância com a possibilidade de morte por violência	82 (86,32)	79,3-93,3	147 (88,55)	83,7-93,4
Proteção da criança				
Concordância com a denúncia da violência à criança	89 (93,68)	88,7-98,6	151 (92,07)	87,9-96,2
Concordância de necessidade de diálogo	91 (95,79)	91,7-99,8	152 (93,83)	90,1-97,6

Foi possível calcular escore de acertos de respostas em 140 (82,84%) usuários e 88 (92,63%) profissionais de saúde. A pontuação dos usuários variou de valor mínimo 8 a valor máximo 22 pontos com média de 17,66 pontos e mediana de 18 pontos. Os funcionários do serviço tiveram uma variação de valor mínimo 13 a valor máximo 22 pontos, com média de 18,8 pontos e mediana de 19 pontos, ocorrendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Kruskall-Wallis: $p=0,0002$) (Gráfico 1). Foi avaliada a distribuição do escore segundo as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade (ANEXO 5). Encontrou-se diferença estatisticamente significativa na variável escolaridade; quanto maior a escolaridade maior o escore de acertos ($p=0,0017$). As demais variáveis não foram associadas.

Gráfico 1- Distribuição dos valores obtidos no escore de funcionários e usuários do CSEBF, São Paulo, 2011.



Discussão

A afirmativa que explicita o uso de atitudes violentas causadas por professores mostra que tanto os profissionais de saúde como os usuários não aceitam a violência contra a criança realizada por terceiros. O Estatuto da Criança e do Adolescente corrobora essa ideia, destacando que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão⁽⁶⁾.

Nas frases sobre violência física, percebemos que a punição física é aceita, aparecendo principalmente nas respostas às vezes, ou seja, dependendo da situação, a criança pode receber castigos físicos. As relações que os pais estabelecem com seus filhos são permeadas pela necessidade de cuidar, educar e promover o desenvolvimento deles, resultando em um conjunto característico de comportamentos os quais, em geral, são nomeados de formas distintas na literatura, como, por exemplo, práticas parentais ou educativas.⁽⁷⁾

A utilização da punição física como uma prática educativa não apenas reafirma o poder dos pais sobre os filhos, mas também favorece sentimentos negativos por parte da criança, elevando o nível de ansiedade devido ao medo da punição ou de sua ameaça. A punição gera uma confusão de sentimentos, ocasionando a falta de discernimento entre amor, dor, ódio e submissão. Dessa forma, prejudica a capacidade da criança para adequar seu comportamento às exigências dos pais, diminuindo, assim, a reciprocidade. Além de não ser uma prática eficaz, a utilização indiscriminada de punição física acarreta um comportamento abusivo, trazendo inúmeras consequências negativas para a criança⁽⁸⁾.

Punição corporal e violência física são dois pontos em contínuo. Pesquisadores associaram os fatores estresse, falta de apoio/sustento e hostilidade como catalisadores para a violência física. Pais que administram punição corporal tendem a ser abusivos verbalmente com seus filhos, recorrendo a insultos, xingamentos e ameaças. Essa combinação pode promover o desenvolvimento de agressão e delinquência⁽⁹⁾.

Em estudo⁽¹⁰⁾ na América Latina e Caribe, pais e filhos de todos os países estudados naturalizam o uso de coerção física, especialmente quando os outros recursos, como conversar e punir temporariamente, não estão funcionando. Mesmo afirmando que o castigo físico e humilhante não tem o efeito esperado e não é o método mais efetivo (poucos mencionam como sendo uma estratégia exitosa), muitos pais acreditam (explícita ou implicitamente) que as crianças aprendem com ameaças e medo. Esteve presente em alguns relatos dos adultos o fato de, quando crianças, terem sido educados por meio do uso de castigos físicos e humilhantes. Nesses relatos, os pais remetem-se ao que eles sofreram e assumem que reproduzem as práticas familiares pensando que assim estão mantendo as tradições. Entre os pais da classe média brasileira, houve opiniões diversas quanto aos efeitos do castigo físico sobre a saúde mental das crianças; alguns acreditam que há efeitos traumáticos e outros não.

Em nosso estudo, a grande maioria dos usuários e dos profissionais de saúde acredita que o diálogo faz parte das práticas educativas. Segundo estudo internacional⁽¹⁰⁾, o diálogo e a comunicação são considerados como forma de disciplina, mas apenas alguns pais os praticam. Vale ressaltar que o diálogo foi sistematicamente demandado pelas crianças, durante o estudo, como a melhor forma de educá-las. Alguns efeitos das mudanças culturais em relação aos direitos das crianças ocorridas nos últimos 15 anos em todos os países estudados, já puderam ser percebidos. No relato dos pais, apareceu a contradição entre o discurso “politicamente correto” sobre formas não-violentas de disciplina e o uso real dos castigos físicos.

Em relação às afirmações sobre violência psicológica, percebe-se que os profissionais de saúde são mais avessos a chamar a atenção de seus filhos na frente de outras pessoas e ao uso de xingamentos. A violência psicológicas causa danos ao desenvolvimento e ao crescimento da criança, podendo provocar efeitos deletérios na formação da personalidade⁽¹¹⁾. Em entrevistas feitas com crianças de diferentes países⁽¹⁰⁾, apareceu no discurso das crianças uma compreensão de que era papel dos pais aplicar punição, mas nunca concordaram com as

agressões psicológicas sofridas. Dentre os castigos humilhantes relatados pelas crianças, destacam-se: chamar de nome feio (xingar) e humilhar diante de outras pessoas.

Quando se discute o conhecimento das complicações da violência, tendo a possibilidade do desfecho morte, tanto profissionais de saúde como os usuários do serviço entendem que as complicações da violência podem ser a longo prazo e que podem culminar com o fenômeno morte. Segundo Reichenheime cols⁽¹²⁾ as consequências podem ser imediatas, mediatas ou de longo prazo.

Observa-se o conhecimento sobre a obrigatoriedade da notificação da violência contra a criança tanto dos profissionais de saúde como dos usuários, porém, apesar do conhecimento e do reconhecimento da importância da notificação, o número de notificações realizadas é ínfimo. Em estudo feito com profissionais de saúde, todos os participantes consideraram importante a realização da notificação, sendo reconhecida como uma forma de ruptura da violência e de visibilidade ao problema, significando investimento na área da violência, gerando subsídios para investimento em políticas públicas. Contraditoriamente, ao mesmo tempo em que os profissionais reconhecem a sua importância, revelam que as notificações não chegam a 10%. A falta de confiança dos profissionais no aparato estatal, associada à falta de capacitação para o acompanhamento e compreensão do desenvolvimento do fenômeno da violência, pode impedir que a notificação seja efetivada, apesar da exigência legal contida no ECA. Conclui que, apesar da relevância da notificação e do seu entendimento como um dever para os profissionais de saúde, as implicações envolvidas nesse ato, relacionadas às manifestações das famílias e aos procedimentos judiciais, ainda tornam a notificação um desafio para os trabalhadores da saúde⁽¹³⁾.

Outro estudo⁽¹⁴⁾ semelhante afirma que a decisão de notificar não se prende à orientação geral da legislação, mas sim às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas

próprias estruturas dos serviços, na sua maioria insuficientes.

Devemos considerar que o conhecimento sobre violência e a escolha de práticas educativas saudáveis foram e ainda são vinculados a diversos fatores.

Alguns trabalhos⁽¹⁵⁾ tentaram explicar as práticas educativas dos pais pelo pertencimento social das famílias. Segundo eles, os pais de classe média tenderiam a manifestar mais controle de si quando de suas interações com a criança: chamam-na à razão, exercem uma disciplina dentro de limites claramente definidos, negociam com ela, recorrem a punições e recompensas que levam em conta as motivações da criança e fazem planos para seu êxito em longo prazo. Em contraste, os pais das classes populares seriam menos propensos a elaborar um projeto educativo para seus filhos e a dedicar tempo para explicar os motivos de suas exigências, e tenderiam a satisfazer seus caprichos e a puni-los sem muito se preocuparem sobre a intenção por trás de seus atos.

Muito rapidamente, entretanto, ficou evidente que trabalhar sobre correlações globais entre meios sociais e práticas educativas familiares levava a interpretações que não permitem considerar variações interindividuais e nuances de atitudes e práticas dentro dos meios sociais. Os raros trabalhos^(16,17) que aprofundam esses pontos, isto é, que conduzem estudos de caso nas famílias, mostram a complexidade do problema: a multiplicidade de fatores que se devem levar em conta, além do pertencimento a um meio social como, por exemplo, a história da família, o tipo de funcionamento familiar, a estabilidade nas relações, reestruturações, e mudanças nas práticas.

Outros trabalhos⁽¹⁸⁾ mostraram que importa levar em conta não apenas o meio social como também a cultura à qual as famílias pertencem, se quisermos compreender melhor o sentido de suas práticas educativas. Um estudo realizado em Portugal mostra que as práticas dos pais autoritários, naquele país, não têm a mesma conotação negativa que nos Estados Unidos ou em outros países europeus. Elas são consideradas uma dimensão normal da função

educativa dos pais e não são incompatíveis com manifestações de ternura e de afeto. Não se associa nenhuma dramatização ou culpabilização às práticas autoritárias. Isso ressalta claramente quanto se deve submeter a análise das práticas à prova da comparação intercultural.

Na comparação entre os grupos, temos estudos que mostram o insuficiente grau de conhecimento sobre a violência por parte dos profissionais de saúde e a dificuldade dos pais em impor limites sem a utilização de atitudes violentas. Em relação aos pais, estudo⁽¹⁹⁾ que tinha como principal propósito conhecer as reações dos pais ou responsáveis, frente à tentativa de regular o comportamento de seus filhos no cotidiano familiar, constatou-se que 40% utilizariam a violência física, e outros 43% utilizam ou utilizariam outras formas de violência (privações materiais ou de lazer, ameaças verbais, humilhações, dentre outras) como "prática educativa".

Em estudo⁽²⁰⁾ qualitativo, realizado com pais de crianças internadas em hospital secundário, apareceu a categoria "se merecer eu bato" demonstrando que o castigo físico aparece prontamente como recurso de disciplinamento, caso o filho "mereça apanhar". E, coincidindo com o referido pelos pais acompanhantes, o que se observa, cotidianamente, é que o castigo físico nunca deixou de ser praticado nas famílias, escolas, ou sociedade, em diferentes países. Sua manutenção justifica-se em função da permanência da transmissão dos estilos agressivos entre as gerações por influência cultural, religiosa, e por seu uso ser favorecido em certos contextos e ambientes. O castigo físico também é apoiado em função da imediaticidade e facilidade de sua aplicação, em contraposição à necessidade de maior dedicação quando se usam medidas disciplinares compatíveis com uma perspectiva educativa e humanística.

Os pais referiram adotar primeiramente uma conduta de intimidação, na esperança que esta produza a obediência esperada. Recolocam a dificuldade, na condição de família pós-

moderna de lidar com o filho.

Em relação aos profissionais de saúde, estudo⁽²¹⁾ mostrou que 58% dos médicos pediatras apresentavam um grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis suficiente apesar de a maioria deles não ter realizado treinamento específico nessa área. Em relação aos dentistas, quando realizada autoavaliação sobre a capacidade de identificar casos de violência, 84% julgavam-se despreparados⁽²²⁾. O enfrentamento da violência aparece na graduação das áreas médicas, nas quais acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, em sua maioria, já vivenciaram alguma situação de violência, porém as definições que possuem sobre o tema parecem não incorporar essa vivência, mas se ancoram em abordagens técnicas, em que os danos físicos são priorizados enquanto violência. Sentimentos de reação, como a raiva e a indignação, foram evidenciados, no entanto, em nenhuma situação os acadêmicos mostraram outras formas de lidar com a violência, expressando imobilidade diante dela⁽²³⁾.

Considerações finais

O estudo aponta a dificuldade de se trabalhar com o agravo violência devido a multiplicidade de fatores que influenciam tal questão. A nosso ver, para realizarmos um projeto de intervenção em um serviço de atenção primária, faz-se necessário que haja atuação expressiva não só com usuários, mas também com os profissionais de saúde visto o arraigamento a normas sociais e culturais que muitas vezes perpetuam a violência contra a criança.

Referências Bibliográficas

1. WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Preventing child maltreatment: a guide to talking action and generating evidence*. Geneva: WHO; 2006.
2. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Cienc Saúde*. 2005; 12:42-9.

3. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. *Caderno de Violência Doméstica e Sexual contra Crianças e Adolescentes*. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS; 2007. 60p.
4. Pinheiro PS. Violence against children: a global report. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006; 11:453-60.
5. Biscegli TS, Arroyo HH, Halley SN, Dotoli GM. Violência doméstica contra crianças: nível de conhecimento dos pais de crianças em escolas pública e privada. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26:365-71.
6. Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei federal n 8.069 de 13/07/1990. [on line]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm [10 mar. 2010].
7. Macarini SM, Martins GDF, Minetto MFJ, Vieira ML. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2010; 62(1):119-34.
8. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos Psicol*. 2004; 9:227-37.
9. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences. *Psychological Bulletin*. 2002; 128:539-79.
10. Promundo. *Práticas familiares e participação infantil a partir da visão de crianças e adultos: um estudo exploratório na América Latina e no Caribe*. Rio de Janeiro RJ: Viveiros de Castro Editora Ltda.; 2008.
11. Lima CA. *Violência faz mal à saúde*. Brasília (DF). Brasil. Ministério da Saúde; 2004. 296 p.
12. Reichenheim ME, Hasselmann, MH, Moraes CL. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuição para a elaboração de propostas de ação. *Cienc Saúde Coletiva*. 1999; 4:109-21.
13. Silva PA, Lunardi VL, Silva MRS, Lunardi Filho WD. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2009; 8(1):56-62.
14. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2002; 18(1):315-9.
15. Gecas V. The influence of social class on socialization. In: Burr WR, Hill R, Nye FI, Reiss IL. (Ed.). *Contemporary theories about the family*. New York: Free; 1979. v.1.
16. Clark M. *Family life and school achievement: why poor black children succeed or fail?* Chicago: Chicago University; 1983.
17. Lahire B. *Tableaux de familles*. Paris: Gallimard; 1995.

-
18. Fontaine AM. Pratiques éducatives familiales et motivation pour la réussite d'adolescents en fonction du contexte social. In: Dansereau S, Terrisse B, Bouchard JM. (Ed.). *Education familiale et intervention précoce*. Montréal: Agence d'Arc; 1990. p. 209-24.
19. Carmo CJ, Harada MJCS. Violência física como prática educativa. *Rev Latino-Am Enf*. 2006; 14(6):849-56.
20. Ribeiro EM, Eckert ER, Souza AIJ, Silva AMF. Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. *Acta Paul Enf*. 2007; 20(3):377-83.
21. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, Simas V, Franzo NS. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005; 5(1):103-8.
22. Silveira JLGC, Mayrink S, Sousa Néto OB. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, (João Pessoa). 2005; 5(2):119-26.
23. Rosa R, Boing AF, Schraiber LB, Coelho EBS. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. *Interface* (Botucatu) 2010; 14(32):81-90

5. CONCLUSÕES

5.1. Considerações Finais

A violência contra a criança vem aumentando em todo o mundo, não sendo o Brasil exceção. Sua causalidade múltipla com fatores individuais, sociais e culturais favorece a permanência desse agravo como problema de saúde pública.

No estudo realizado, percebemos que o conhecimento dos profissionais de saúde é superior aos dos usuários do mesmo serviço, porém não na proporção em que era esperado. Tínhamos por hipótese que os profissionais de saúde teriam uma adequação das respostas muito superior a dos usuários, visto que o serviço em que o estudo foi realizado tem olhar diferenciado para as questões da violência, tendo sido realizadas sensibilizações sobre esse tema em reuniões gerais. Apesar disso, em apenas uma situação obtivemos diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sugerindo que trabalhar em uma unidade básica de saúde não é por si só suficiente para promover a sensibilização a esse agravo.

Por outro lado, encontramos a concordância com a punição física nos dois grupos, fato não esperado em relação aos profissionais de saúde. Até quando usaremos as punições físicas como forma de educar as nossas crianças? A literatura mostra claramente a ineficácia dessas práticas e suas consequências. Na verdade, acreditamos que o uso de punições físicas expressa não só a inabilidade dos pais em educar seus filhos, mas ainda a incapacidade de lhes, dar limites sem o uso da violência física. Assim, o estudo aponta a falta de conhecimento sobre as questões ligadas à violência contra a criança em especial a violência física.

Acreditamos que somente um estudo mais aprofundado, através do qual tanto os profissionais de saúde como os usuários pudessem expressar com liberdade a forma como foram educados, o que desejam para as gerações futuras, seus limites, o que reconhecem como violência, abordando com clareza os tópicos principais que esse estudo aponta, nos traria interpretações mais abrangentes do significado das respostas obtidas no estudo atual.

5.2. Recomendações

Sensibilizar o profissional de saúde em grupos pequenos usando estratégias diversas das já utilizadas, fazendo com que a prevenção e a identificação da violência contra a criança tenham sentido na sua prática diária. É necessário e urgente que questões relacionadas à violência façam parte da consulta médica, de enfermagem, das salas de espera e das visitas domiciliares. A partir daí, teríamos a identificação de famílias de risco para violência contra a criança, tornando as famílias em vigilância. Essas famílias deveriam ser trabalhadas por uma equipe multiprofissional, sendo instrumentalizadas sobre os conceitos de violência e suas repercussões. Ainda, é preciso que se faça valer a obrigatoriedade da notificação de casos suspeitos ou comprovados de violência contra a criança. Acreditamos que a efetiva sensibilização dos profissionais se expressaria por um aumento do número de notificações.

1. WHO. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. WHO/EHA/SPI.POA.2. Geneva: WHO; 1996. 36p.
2. Pinheiro PS. Violence against children: a global report. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:453-60.
3. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. IBGE. Mudanças no código. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/familia/codigo.html>
5. Alexander R. Child abuse and the physician. Iowa Med 1997; 87:117-9.
6. WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to talking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.
7. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Arq Ciênc Saúde 2005; 12:42-9.
8. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Caderno de Violência Doméstica e Sexual contra Crianças e Adolescentes. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS; 2007. 60p.
9. Moraes ARM. Lesão cerebral abusiva: Síndrome do Bebê Sacudido – “Shaken Baby Syndrome”. [online] [citado 15 nov. 2008]. Disponível em: <http://www.sprs.com.br>.
10. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child syndrome. JAMA 1962; 181:17-24.
11. Lima CA. (Coord.). Violência faz mal à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 296 p.
12. Reichenheim ME, Hasselmann, MH, Moraes CL. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuição para a elaboração de propostas de ação. Cienc Saúde Coletiva 1999; 4:109-21.
13. Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz; 1997. 39 p.
14. Gelles RJ. Intimate violence in families. 3ª ed. London: SAGE Publications; 1997. 188p.
15. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Maustratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia para Orientação para Profissionais da Saúde. Petrópolis: Autores, Agentes & Associados; 1997. 32p.

-
16. Straus MA, Gelles RJ, Straus S. Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. London: Transaction Publishers; 1995. 614p.
17. Vaksman RD, Hirschheimer MR. (Coord.) Combate à violência contra crianças e adolescentes – Sumário. [on line] Disponível em: http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/c9.pdf. (12 mar. 2010).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes. [on line] Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30313. (12 mar. 2010).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. [on line]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://www.direitosdacrianca.org.br/midia/publicacoes/impacto-da-violencia-na-saude-das-criancas-e-adolescentes-prevencao-de-violencias-e-promocao-da-cultura-de-paz>. (12 mar. 2010).
20. Silva MMA. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas (VIVA). [on line]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vivapres4.pdf>. (12 mar. 2010).
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. 48p.
22. Brasil. Lei federal n 8.069 de 13/07/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. [on line]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. (10 mar. 2010).
23. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Cienc Saúde Coletiva 2006; 11(Supl):1259-67.
24. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Cienc Saúde Coletiva 1999; 14:7-23.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.968/2001. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes aos conselhos tutelares. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001a.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.969/2001. Dispõe sobre o preenchimento de campos obrigatórios na autorização de internação hospitalar em casos de causas externas, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001b.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 969/2002. Dispõe sobre ficha de atendimento ambulatorial de emergência para o SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001c.

-
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 970/2002. Dispõe sobre a aprovação e implantação do Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências (SISAV). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
29. Leavel H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976. 744p.
30. Lalonde M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS; 1996.
31. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saúde Coletiva 2000; 5:163-77.
32. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. (10 mar. 2010).
33. Gutierrez MT. Crianças vítimas de abuso, negligência ou abandono: análise de 152 casos diagnosticados em hospital pediátrico. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 1999.
34. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2005.
35. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. Psicologia em Estudo, Maringá, 2005; 10(2):209-16.
36. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Plano de Ação de Redução da Violência contra Crianças e Adolescentes. Brasília (DF):: Conasems; 1988.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 737, de 16/05/2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001. [on line] Seção 1e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. (10 mar. 2010).
38. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. Preventing Child Maltreatment. Program Activities Guide. USA. [on line]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/childmaltreatment/index.html>. (12 mar. 2010).
39. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. Rev Panam Salud Publica 2007; 21:73-84.
40. Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? Cienc Saúde Coletiva 2007; 11(2):319-24.
41. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, (Orgs.). Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

42. Biscegli TS, Arroyo HH, Halley SN, Dotoli GM. Violência doméstica contra crianças: nível de conhecimento dos pais de crianças em escolas pública e privada. *Rev Paul Pediatr* 2008; 26:365-71.

ANEXO 1

Quadro 1 – Questionário relativo à análise do conhecimento sobre violência doméstica infantil.

Análise do conhecimento sobre violência doméstica infantil				
Nome (iniciais): _____		Sexo: ()M ()F	Idade: _____ anos	
Grau de instrução: _____		Nº. de filhos: _____	Nacionalidade: _____	
Renda mensal familiar: _____ salários mínimos				
Assinale com um X a resposta escolhida:				
1. Você concorda que professores, diretores de creches e outros punam as crianças com castigos como: colar fita crepe na boca, jogar giz na cabeça, dar palmadas, ajoelhar no milho...				
() todas as vezes	() somente quando o erro for grave	() somente quando o erro não for grave	() raramente	() nunca*
2. Quando seu(s) filho(s) faz(em) algo que você considera errado costuma corrigi-lo(s):				
() conversando*	() chamando a atenção dele*	() brigando com ele	() dando umas palmadas	() dando uma surra
3. Palmada ajuda a preparar a criança para a vida				
() verdadeiro	() falso*	() não sei dizer		
4. Considera correto chamar a atenção de seu filho na frente de outras pessoas				
() verdadeiro	() falso*	() não sei dizer		
5. Tapas e palmadas prejudicam o relacionamento entre pais e filhos				
() verdadeiro*	() falso	() não sei dizer		
6. Conversar com os filhos sobre as coisas erradas que eles fizeram faz parte da educação				
() verdadeiro*	() falso	() não sei dizer		
7. Xingar os filhos "na hora do nervoso" não causa nenhum dano à criança				
() verdadeiro	() falso*	() não sei dizer		
8. Ter medo do pai e da mãe é ter respeito por eles				
() verdadeiro	() falso*	() não sei dizer		
9. Criança esquece fácil				
() verdadeiro	() falso*	() não sei dizer		
10. Quem sabe de algo errado deve denunciar				
() verdadeiro*	() falso	() não sei dizer		
11. Ninguém tem nada a ver com o que acontece na casa dos outros				
() verdadeiro	() falso*	() não sei dizer		
12. Agressões domésticas podem levar à morte				
() verdadeiro*	() falso	() não sei dizer		
13. Numa escala de 0-10, como você classifica a violência contra a criança dentro da sua casa				
()0*	()1*	()2*	()3*	()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10

* Respostas esperadas (símbolo não incluso no questionário original.)

ANEXO 2

**QUESTIONÁRIO RELATIVO AO CONHECIMENTO SOBRE
VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA**

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade:anos País onde nasceu:

Estudou até que série:

Renda mensal familiar:

Qual a cor que você acha que a sua pele tem:

() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Você concorda com essas frases?

	Concordo sempre	Concordo às vezes	Nunca concordo
Professores e diretores de creches podem punir as crianças com castigos como: colar fita crepe na boca, jogar giz na cabeça, dar palmadas, ajoelhar no milho...			
Quando uma criança faz algo errado, deve ser corrigida com umas palmadas.			
Palmada ajuda a preparar a criança para a vida.			
É correto chamar a atenção de seu filho na frente de outras pessoas.			
Tapas e palmadas prejudicam o relacionamento entre pais e filhos.			
Conversar com os filhos sobre as coisas erradas que eles fizeram faz parte da educação.			
Xingar os filhos”na hora do nervoso” não causa nenhum problema para a criança.			
Ter medo do pai e da mãe é ter respeito por eles.			
A criança esquece fácil as agressões que recebe dos pais.			
Quem conhece uma criança que é vítima de violência deve denunciar.			
Agressões domésticas podem levar à morte.			

ANEXO 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS)**

Meu nome é Vivian Patricia Roda e estou sendo orientada pela Prof^a Dra. Carla Gianna Luppi na realização de uma pesquisa.

Você está sendo convidada (a) a participar dessa pesquisa cujo tema é prevenção da violência contra a criança. O estudo tem por objetivo avaliar as práticas e atitudes de pais de crianças menores de dez anos em relação à violência contra a criança.

Sua participação consta em responder a um questionário de forma anônima e confidencial composto por 11 afirmações. Você tem o direito de não responder às perguntas com as quais não se sinta confortável. Sua participação é voluntária, e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, mesmo durante o processo de resposta. Caso seu filho (a) seja atendido neste serviço e você não concorde em participar dessa pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo no atendimento médico de seu filho (a) ou outras restrições.

Obrigada.

Eu,, R.G.,
concordo em participar da pesquisa.

São Paulo,..... de.....de 2010.

Assinatura

Assinatura

Pesquisadora: Vivian Patricia Roda
Médica do Centro de Saúde Escola Barra Funda
CRM: 70155

ANEXO 4**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PROFISSIONAIS DE SAÚDE)**

Meu nome é Vivian Patricia Roda e estou sendo orientada pela Prof^a Dra. Carla Gianna Luppi na realização de uma pesquisa.

Você está sendo convidado (a) a participar dessa pesquisa que se intitula: Prevenção da violência contra a criança: Construção de um projeto de intervenção em uma unidade de atenção primária da região central metropolitana. O estudo tem por objetivo avaliar as práticas e atitudes de profissionais de saúde em relação à violência contra a criança.

Sua participação consta em responder a um questionário autoaplicável, composto por perguntas fechadas. Sua participação é anônima, confidencial e voluntária, e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, mesmo durante o processo de resposta. Você tem o direito de não responder às perguntas com as quais não se sinta confortável. Caso você não concorde em participar da pesquisa, não sofrerá qualquer advertência ou punição de qualquer ordem.

Obrigada.

Eu,....., R.G.....,
concordo em participar da pesquisa.

São Paulo, de.....de 2010.

Assinatura

Assinatura

Pesquisadora: Vivian Patricia Roda
Médica do Centro de Saúde Escola Barra Funda
CRM: 70155

ANEXO 5

Tabela 5- Distribuição das variáveis: escolaridade, sexo e faixa etária segundo média, mediana, valor máximo e mínimo do escore. São Paulo, 2011

	Média		Valor mínimo		Valor máximo		Mediana		(p)*
	Profissionais	Usuários	Profissionais	Usuários	Profissionais	Usuários	Profissionais	Usuários	
Escolaridade									
0 a 9 anos	18,50	17,30	17	10	20	22	18,5	18	
10 a 12 anos	18,65	17,88	12	12	22	22	18,5	18	
13 a 20 anos	18,95	18,66	12	15	22	22	19,5	19	0,1479
Sexo									
Feminino	18,93	17,62	12	8	22	22	19	18	
Masculino	18,18	18,10	12	15	21	21	18	18,5	0,5971
Faixa etária									
Até 30 anos	18,11	17,54	12	10	22	22	18	18	
31 a 40 anos	19,42	17,71	13	15	22	22	20	17,5	
41 a 50 anos	18,47	18,33	15	15	22	21	19	18	
>51 anos	18,75	18,50	16	17	22	21	18	18,5	0,5026

*cálculo da análise estratificada por meio do teste de Kruskal-Wallis.

ANEXO 6
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Santa Isabel, 305 4º Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo –SP
Tele/fax: 2176-7689 E-mail: eticamedbernadete@santacasasp.org.br

São Paulo, **08 de junho** de **2010**.

Projeto nº 100/10
Informe este número para
identificar seu projeto no CEP

Ilmo. (a).Sr. (a).

Dr. (a). **Vivian Patrícia Roda**

Centro de Saúde Escola Barra Funda – Dr. Alexandre Vranjac

O Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP, em reunião ordinária, dia **28/04/10** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa: **“Prevenção da violência contra a criança: Construção de um projeto de intervenção em uma unidade de atenção primária da região central metropolitana”**, emitiu parecer inicial em pendência e nesta data enquadrando-o na seguinte categoria:

- Aprovado (Inclusive TCLE);**
- Com pendências** há modificações ou informações relevantes a serem atendida em 60 dias, (enviar as alterações em duas cópias);
- Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);
- Não aprovado:** e
- Aprovado (inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS - CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias.** Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.

Prof. Dr. Nelson Keiske Onop

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – ISCMSP

JSC