

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ**

**ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS  
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - SAÚDE COLETIVA**

**LUCIMARA CHELES DA SILVA FRANZIN**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CARACTERIZAÇÃO DA MÃE NOTIFICADA EM  
CASOS DE NEGLIGÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE**

**CURITIBA**

**2012**

**LUCIMARA CHELES DA SILVA FRANZIN**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CARACTERIZAÇÃO DA MÃE NOTIFICADA EM  
CASOS DE NEGLIGÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Odontologia, Área de Concentração Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Simone Tetu Moysés

**CURITIBA**

2012

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central

Franzin, Lucimara Cheles da Silva

F837v  
2012  
Violência doméstica : caracterização da mãe notificada em casos de negligência contra a criança e o adolescente / Lucimara Cheles da Silva Franzin ; orientadora: Simone Tetu Moysés. –2012.  
148 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,  
2012

Inclui bibliografias

1. Crianças – Maus-tratos. 2. Violência familiar. 3. Violência contra os adolescentes. I. Moyses, Simone Tetu. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDD 20. ed. – 362.76



Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

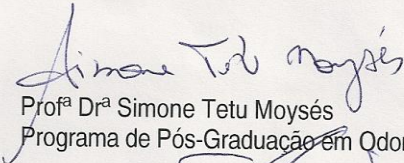
## TERMO DE APROVAÇÃO

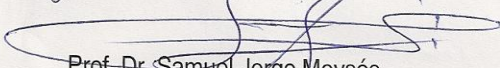
LUCIMARA CHELES DA SILVA FRANZIN

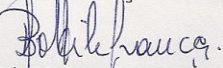
### VIOLÊNCIA NO AMBIENTE FAMILIAR: CARACTERIZAÇÃO DA MÃE NOTIFICADA EM CASOS DE NEGLIGÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

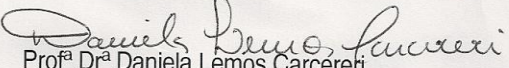
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

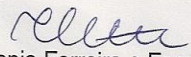
Orientador (a):

  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Tetu Moysés  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

  
Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz Helena Sottile França  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Lemos Carcereri  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC

  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Efigenia Ferreira e Ferreira  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFMG

Curitiba, 06 de fevereiro de 2012.

*Dedico este trabalho aos meus filhos  
Fernanda e Cláudio Alberto, minha nora  
Daiane, minha netinha Mariana, meu esposo  
Cláudio e meus pais Iolanda e Nilson, pelo  
amor e carinho a mim dedicados,  
fundamentais nesta minha caminhada...*

## AGRADECIMENTOS

**“Alegra-te no Senhor, e Ele concederá o que deseja o teu coração.  
Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele e Ele tudo fará...” (Salmo 37: 4,5)**

Esse é um momento especial, um grande sonho que se torna realidade. Agradeço a todos aqueles que compartilharam dessa etapa tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Em primeiro lugar agradeço a **Deus**, por sua fidelidade a cada momento de minha vida, por ter me concedido coragem, persistência e oportunizado mais esta vitória;

Meu eterno agradecimento a minha orientadora, Prof. Dra. **Simone Tetu Moysés**, pela dedicação, apoio e ensinamentos transmitidos, me auxiliando no caminho da pesquisa científica. Uma grande amiga me apoiando nos momentos de cansaço e indagações;

Um agradecimento especial ao Prof. Dr. **Samuel Jorge Moysés**, por suas idéias e críticas construtivas, imprescindíveis para o desenvolvimento e finalização desse estudo;

Agradeço a todos os **Professores do Programa de Pós- Graduação - Doutorado em Odontologia – PUC-PR.**, que compartilharam seus relevantes conhecimentos para esta formação. Agradecimentos ao Prof. **Dr. Sérgio Vieira**, e um carinho especial à **Neide**, amiga e secretaria do programa da pós-graduação;

À professora Dra. **Márcia Cubas**, que com carinho e atenção também foi determinante na construção desta tese;

À professora Dra. **Márcia Olandoski**, pela contribuição na análise estatística, enriquecendo os resultados e achados dessa pesquisa;

Aos professores **Beatriz Helena Sottile França, Aline Cristina Batista Rodrigues Johann, Odilon Guariza Filho** por aceitarem participar da banca de qualificação deste doutorado;

Também, aos professores **Efigênia Ferreira e Ferreira, Daniela Lemos Carcereri, Samuel Jorge Moysés, Beatriz Helena Sottile França, Aline Cristina Batista Rodrigues Johann, Odilon Guariza Filho** pela gentileza de participarem da banca de defesa do doutorado;

Ao prof. **Dr. Makilim Nunes Baptista**, pelo auxílio na construção deste estudo, por meio da concessão do uso do Instrumento de Avaliação do Suporte Familiar – IPSF;

Ao prof. **Dr. Alessandro Leite**, pelas orientações no campo da violência infanto-juvenil;

À Equipe da **Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba-Pr.**, parceiros no suporte ao desenvolvimento desta pesquisa, principalmente na permissão do uso do banco de dados e auxílio na sua coleta. Também, por todas as amizades construídas e oportunidade de consolidar meu conhecimento na área de violência doméstica à criança e ao adolescente. Em especial à **Simone Cortiano**, pela amizade, carinho e atenção em todos os momentos de dúvidas e dificuldades com o banco de dados, participando ativamente do meu aprendizado. ‘A **Dra Hedi** por sua gentileza e apoio e a **Dra Vera Lidia** no compartilhamento dos seus conhecimentos. Ao **Luiz Carlos Beira** e **Luciana da Cruz** da área da Saúde, **Rosangela Kanning Oviedo** da Fundação de Ação Social - FAS, a **Lis DÁmico Fam** da Educação, pelo suporte e dedicação na elaboração das listas de entrevistas. Ainda, aos funcionários das **escolas, Unidades de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde** que me auxiliaram na entrega dos convites às entrevistadas, meus agradecimentos;

Aos colegas de doutorado, em especial, **Mariângela, Rafael, Solena, Maria Lúcia, Antonio, Izabel, Roberto, Graça, Marilisa e Koch**, vocês foram meus parceiros e companheiros nessa longa jornada. Seus palpites e questionamentos durante nossos seminários enriqueceram esta pesquisa. **Maria Lúcia e Solena** vocês foram pessoas especiais nesses anos de convívio, desde o primeiro momento me incentivaram. **Maria Lúcia**, amiga e irmã que com tanto carinho tem me acolhido em sua vida, sua casa, seu coração. **Solena** querida amiga que tanto me auxiliou, como uma irmãzinha mais nova cuidando da mais velha, meu muito obrigado. “**Mari**” foi muito frutífera nossas conversas no hotel. **Doriana**, muito obrigada por sua indicação, está resultando neste sonho de doutorado realizado. Aos colegas de mestrado, atualmente doutorandos da Saúde Coletiva **Gerson, Sandra e Edeny**,

pelas sugestões e companheirismo. Amigos jamais poderei esquecer-los, vocês ajudaram a escrever minha história;

Aos amigos da **UNINGÁ** que compartilharam de todos os sentimentos alegres e angustiantes dessa etapa da minha vida. Aos professores **Washington, Gervásio, Ney, Helder**, pelo carinho e estímulo;

À **prefeitura Municipal de Arapongas**, em especial ao coordenador da Odontologia **Dr. José Fernandes Alves**, por toda amizade, apoio e confiança em todos esses anos, fundamentais para que eu pudesse concluir este estudo;

Ao **Dr. Antonio Ferelle e Dr. Luis Reinaldo de Figueiredo Walter** pelos conhecimentos transmitidos em minha longa jornada acadêmica;

A todas **as mães** que aceitaram o convite para as entrevistas e enriqueceram minha trajetória nesse processo de doutoramento, disponibilizando e compartilhando informações tão pessoais e relevantes;

À minha amada **FAMÍLIA**, meus filhos **Fernanda, Cláudio Alberto** e minha nora **Daiane**, pela compreensão nas minhas ausências, pelo amor, carinho, confiança e motivação. À minha amada netinha **Mariana**, que no ano de 2011 junto com o término deste doutorado, foram grandes presentes de Deus à minha vida;

A você **Cláudio**, pelo companheirismo nesta longa jornada de 30 anos de convívio e formação acadêmica, paciência nos meus momentos de cansaço, pelo amor e dedicação a mim dispensados, suporte fundamental para que eu pudesse chegar até aqui;

Aos meus queridos pais **Nilson e Iolanda** pelo amor e orações constantes, por sua dedicação e exemplo, sempre foram meu grande esteio. Aos meus irmãos **Rosemari e Nilson Sérgio** sempre participantes nos momentos importantes da minha vida, minha gratidão. 'A minha sogra Isaura, minhas cunhadas e cunhados, em especial o **Luiz Clauso** pelo carinho;

Aos meus sobrinhos **Clausinho, Daniel e Isadora**, vocês são preciosos em minha vida. A minha amiga e companheira **Elisete** pela dedicação e cuidados à minha família na minha ausência. À querida prima **Sandra** pelo carinho na revisão do texto;

**A todos** que são especiais para mim, que deixaram suas marcas e enriqueceram minha história, meu carinho e gratidão.



**Definição de filho:**

***"Filho é um ser que nos emprestaram para um curso intensivo de como amar alguém além de nós mesmos, de como mudar nossos piores defeitos para darmos os melhores exemplos e de aprendermos a ter coragem. Isto mesmo! Ser pai ou mãe é o maior ato de coragem que alguém pode ter, porque é se expor a todo tipo de dor, principalmente da incerteza de estar agindo corretamente e do medo de perder algo tão amado. Perder? Como? Não é nosso, recordam-se? Foi apenas um empréstimo"***

*José de Sousa Saramago*

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar a violência doméstica contra crianças e adolescentes do município de Curitiba-PR, destacando o perfil das mães notificadas como responsáveis em casos de negligência. A metodologia compreendeu três fases. Na primeira fase uma revisão crítica sistemática da literatura, período de 2000 a 2011, nas bases de dados BVS/ portal Bireme (Medline, LILACS, SciELO), referente ao tema violência doméstica contra este grupo populacional, suas repercussões e aspectos relacionados à violência física, sexual, psicológica, negligência e o abandono. Os descritores utilizados foram violência doméstica (domestic violence), maus-tratos infantis (child abuse) e negligência (neglect). Os resultados revisaram a violência como: um problema social, violência na família e a importância do cuidado, permitindo maior compreensão da violência doméstica contra crianças e adolescentes, útil para profissionais atuantes na área da saúde. A segunda fase do estudo foi identificar e analisar casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, registrados no banco de dados da Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco à violência de Curitiba – PR., no período de 2004 a 2009, com ênfase na violência doméstica e sua distribuição por Distrito Sanitário. As variáveis analisadas foram: perfil sócio demográfico das vítimas, natureza da violência, procedência da notificação, dados do agressor, gravidade do caso, lesões. Os resultados dos 19.316 registros mostraram a prevalência da violência doméstica com 17.082 casos (88,4%), assim distribuídos: negligência com 9.742 notificações (57,0%), violência física 1341 notificações (7,9%), violência sexual 796 notificações (4,7%), violência psicológica 574 notificações (3,4%), abandono 190 notificações (1,1%). Deste total, 43,9% foram considerados casos graves, a faixa etária mais atingida estava entre 5 a 14 anos, havendo equilíbrio entre os sexos. Entre os agressores destacou-se a mãe, nos casos de negligência. As sequelas físicas (20,2%) atingiram principalmente a cabeça, membros superiores e inferiores, com lesões caracterizadas como hematomas, cortes e fraturas. Conclui-se que no período houve uma maior visibilidade da violência doméstica no município de Curitiba, com aumento das notificações de 2004 a 2009, sugerindo eficácia das estratégias de notificação propostas pela Rede de Proteção. A terceira fase incluiu a análise em profundidade do perfil das mães notificadas por negligência, violência mais notificada no ano de 2009, por meio de estudo de casos, no Distrito Sanitário do Cajuru. Foi investigado por meio de entrevistas o perfil sócio-demográfico e histórico de violência na vida pregressa (infância e adolescência) e atual da mãe, o relacionamento com o companheiro/esposo e com os filhos. A amostra final de 14 mães foi estabelecida por saturação. Após a transcrição das falas, realizou-se a análise qualitativa interpretativa por meio da Análise do Discurso. A violência parece ter sido vivenciada nas várias formas, em todas as fases da vida das mães notificadas como responsáveis por negligência. Algumas vezes, a violência foi utilizada por elas como método educativo. A percepção destas mães sugere que a gravidade da violência corresponde à extensão das sequelas físicas, e a negligência parece não ser percebida como uma forma de violência contra os filhos, mas algo inevitável no contexto da vida familiar. É importante o incremento das políticas voltadas para a prevenção da violência doméstica, em especial a negligência, com estratégias continuadas de educação e suporte familiar, apoiando vítimas, familiares e agressores.

**Palavras-chave:** violência doméstica, maus-tratos, negligência.

## ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the profile of the mothers reported to be responsible in cases of domestic violence, neglect mode, against children and adolescents in the city of Curitiba-Pr. The methodology consisted of three phases. In the first phase, a critical systematic review of the literature, from 2000 to 2011, was conducted on national and international databases BVS/Bireme (Medline, LILACS, SciELO) on the topic domestic violence against this population group, its implications, and aspects related to physical, sexual and psychological violence, neglect and abandonment. The descriptors used for search were domestic violence, child abuses and neglect. The results had been organized in three topics of review: violence as a social problem; violence in the family; the importance of care. This review allows a global understanding on the domestic violence against children and adolescents, useful for professionals working in health. The second phase of the study involved identifying and analyzing cases of violence against children and adolescents, reported by the Protection Network of children and adolescents at risk of violence in Curitiba – Pr., in the period between 2004 to 2009, with emphasis on domestic violence and its distribution by Health District. The variables included the social demographical profile of the victims, types of violence, origin of notification, aggressor's information, case severity and injuries. Results of the 19.316 registers showed a prevalence of 88,4 of domestic violence, with 17.082 cases, distributed as: neglect with 9.742 notifications (57,0%), physical violence 1.341 notifications (7,9%), sexual violence 796 notifications (4,7%), psychological aggression 574 notifications (3,4%), abandonment 190 notifications (1,1%). From the total, 43,9% of the cases were considered serious. The most affected age was 5 to 14 years old, with balance between genders. Among aggressors, the mother was the most important in cases of negligence. The physical sequels (20,2%) mainly reached head, arms and legs, characterized as bruising, cuts, and fractures. It was concluded that, in the studied period, domestic violence had greater visibility in Curitiba, with more notifications from 2004 to 2009, suggesting effectiveness of strategies of the Protection Network. The third phase was an in-depth analysis of the profile of the mothers reported by neglect, the most reported violence in 2009, through case studies, in the Health District of Cajuru. The social-demographical profile, history and actual violence suffered by the mother, the relationship with the partner and the children were investigated through interviews. The final sample of 14 mothers was established by saturation. After the transcription of the interviews, an interpretative qualitative analysis was performed using Discourse Analysis. Violence seems to have been faced in various forms, in every life phase of the mothers reported by negligence. In some cases, violence was used by them as an educational method. According to these mothers, the severity of violence corresponds to the extension of physical injuries, and the neglect does not seem to be a form of violence against children by their mothers, but something inevitable in the context of family life. It is important to increase politics on domestic violence prevention, especially neglect, with continuous violence and family support strategies, supporting victims, family and aggressors.

**Key-Words:** Domestic violence, child abuse, neglect.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 ARTIGO 1- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO CRÍTICA SISTEMÁTICA .....</b>	<b>11</b>
<b>3 ARTIGO 2- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM OLHAR À NEGLIGÊNCIA NA CIDADE DE CURITIBA, BRASIL.....</b>	<b>40</b>
<b>4 ARTIGO 3- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PERFIL DE MÃES NOTIFICADAS POR NEGLIGÊNCIA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES, EM CIDADE DO SUL DO BRASIL .....</b>	<b>68</b>
<b>5 CONCLUSÕES GERAIS .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE A PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE B PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE .....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE C FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA RPCAV.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE D INSTRUMENTO UTILIZADO PARA AS ENTREVISTAS.....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE F REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO À VIOLÊNCIA – CURITIBA – PR.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO A NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO B NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA .....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO C NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA CIÊNCIA &amp; SAÚDE COLETIVA .....</b>	<b>138</b>

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

### Artigo 2

**Figura 1** – Série histórica do número de notificações por violência, de residentes em Curitiba – Pr. por 100.000 habitantes, na população de 0 a 18 anos.....50

**Figura 2:** Número de casos por ano das notificações, de acordo com a natureza de violência doméstica contra crianças e adolescentes registrados pela RPCA – Curitiba- PR, no período de 2004/2009.....52

**Figura 3:** Número de casos das notificações da violência doméstica contra crianças e adolescentes por ano de acordo com sua gravidade, registrados pela RPCA – Curitiba- PR, no período de 2004/2009.....53

**Tabela 1** – Dados sócio-demográficos das mães negligentes entrevistadas no ano de 2009, de Curitiba – Pr.....54

### Artigo 3

**Tabela 1** – Dados sócio-demográficos das mães negligentes, entrevistadas no ano de 2009, de Curitiba – Pr.....76

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAPIA= Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência

AD= Análise do Discurso

CRAS= Centro de Referência da Assistência Social

CRAMI= Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância

ECA = Estatuto da Criança e do Adolescente

FAS= Fundação de Assistência Social

IBGE= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA/MPOG= Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS= Ministério da Saúde

OMS= Organização Mundial da saúde

PETI= Programa de Erradicação do trabalho Infantil

PIB= Produto Interno Bruto

PUC= Pontifícia Universidade Católica

RPCAV= Rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência

SMS = Secretaria Municipal de Saúde

SUS= Sistema Único de Saúde

UNICEF= Fundo das Nações Unidas para a Saúde

VIVA= Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes

VIVA- Contínuo= Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas

VIVA- Sentinela= Vigilância de Violência e Acidentes em emergências hospitalares

WHO= World Health Organization

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, há mais de quatro décadas, a violência tem sido apontada como uma das principais causas de morbi-mortalidade, chamando a atenção da área da saúde (BRITO et al., 2005). É reconhecida mundialmente como questão social e de saúde pública, devido à magnitude da violação aos direitos humanos, com repercussões físicas, emocionais e sociais, atingindo milhares de pessoas (KRUG et al. 2002, BRITO et al. 2005, WHO, 2008; MINAYO, 2009). Trata-se de um fenômeno universal, sem limites sociais, culturais, ideológicos ou geográficos (GRANVILLE - GARCIA et al., 2006).

A gravidade da violência atinge diretamente o processo de desenvolvimento, em relação aos aspectos físicos, psicológicos e sociais dos seres humanos envolvidos, incluindo o sistema e a sociedade a qual pertence, bem como as famílias (DE ANTONI et al., 2007).

Entre os fatores a serem considerados na relação violência e família, destacam-se os sociais, comunitários, além dos individuais. Os fatores sociais e comunitários podem causar desigualdades ou não entre os grupos ou pessoas, seja favorecendo a violência ou formas para a solução dos conflitos existentes. Destacam-se a religião, normas culturais e da comunidade, políticas sociais e econômicas. Os fatores individuais podem envolver aspectos genéticos, sintomas psiquiátricos prévios, históricos de traumas, além de vulnerabilidade à ansiedade (BAPTISTA, 2007).

Nas sociedades modernas a família tem tido um papel socializador fundamental para a sobrevivência dos indivíduos, por meio da proteção e manutenção das suas necessidades (BAPTISTA, 2007), transmitindo-lhe valores éticos e humanitários, hábitos e costumes, que ajudarão a compor sua personalidade (CAVALCANTE, SCHENKER, 2009). A família também pode estabelecer vínculos de solidariedade, amor e confiança, além de influenciar o desenvolvimento da criança para a construção e dimensionamento dos seus limites, valores, educação, sentimento de pertencimento e significado (CAVALCANTE, SCHENKER, 2009). É descrita como uma unidade social formada por indivíduos que compartilham circunstâncias afetivas, sociais, econômicas, culturais e históricas. É

formada por vínculos de consanguinidade (mediante um ancestral comum), de alianças (casamento, coabitação) ou de convivência (compadres e agregados) (CAVALCANTE, SCHENKER, 2009).

O grupo familiar tem passado por diversas transformações ao longo das últimas décadas, dentre elas cita-se a inserção da mulher no mercado de trabalho, o grande número de separações entre os casais, com a formação das famílias monoparentais, sem a presença do pai ou mesmo da mãe e, coabitações (BAPTISTA, 2007).

As famílias monoparentais, de baixa renda, geralmente matrifocais, têm aumentado significativamente na sociedade brasileira. Segundo o censo de 2000, 10 milhões de famílias brasileiras eram monoparentais e em 24,9% delas, a mãe era líder (IBGE, 2003). Já em 2010, 38,7% das famílias eram chefiadas por mulheres (IBGE, 2011). É um modelo que, associado à baixa renda, sobrecarrega ainda mais a figura feminina (YUNES, GARCIA, ALBUQUERQUE, 2007).

Outros modelos familiares presentes em nossa sociedade incluem a família patriarcal ou nuclear ou tradicional, herança do período colonial brasileiro, composta dos pais (marido e esposa) e dos filhos. A família extensa, constituída pela nuclear e membros da original (avós, tios primos) e a família mista, composta por parentes e amigos. Acrescenta-se ainda a família reconstituída, formada por novas uniões nucleares, advindas de pais que se recasaram, após separação, e mais atualmente, a homoafetiva com a união de casais homossexuais (CAVALCANTE, SCHENKER, 2009). No entanto, independente do arranjo familiar, a família ainda continua sendo o espaço indispensável para a sobrevivência integral dos filhos e outros membros, com uma dinâmica de vida própria, que recebe interferência do desenvolvimento socioeconômico do Estado. Tem papel relevante no amortecimento de eventos negativos sociais e particulares, quanto ao suporte nas adversidades (BAPTISTA, 2007).

Por vezes, é atingida pelas múltiplas faces da violência social, por meio de um impacto direto, mas também, pode atuar como agente de violência, quando não está preparada para a compreensão e resolução de seus conflitos (CAVALCANTE, SCHENKER, 2009).



A violência doméstica é uma realidade observada em diferentes culturas desde os tempos mais remotos, sendo considerada um problema de saúde pública (MINAYO, 2009). Apesar disso, este fenômeno envolvendo crianças e adolescentes, talvez por incidir no contexto da família, pode estar sendo subnotificado, com muitos casos permanecendo ocultos, protegidos no próprio lar, levando a uma preocupação tanto de profissionais e pesquisadores que atuam nesta área, como à sociedade em geral (PASCOLAT, 2001).

No Brasil, os dados de morbidade decorrentes da violência doméstica são escassos, sendo em sua maioria regionais. Apesar disto, são relevantes para ajudar a dimensionar a violência doméstica nacional, tanto para fins de planejamento e controle, como também para a promoção e prevenção da saúde (KRUG et al. 2002; MINAYO, 2009; ZANOTTI-JERONIMO, 2009).

Os pais têm sido apontados como principais responsáveis por atos de violência às crianças e adolescentes no ambiente doméstico. A negligência é uma das modalidades mais frequentes deste fenômeno, referindo-se a toda forma de omissão às necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança e do adolescente (SMS, 2008). Está associada a elevados índices de morbimortalidade das crianças e adolescentes vitimizados, na maioria das vezes tendo a mãe como responsável (TERRA, SANTOS, 2006).

Mediante a importância epidemiológica da violência impetrada contra este grupo considerado vulnerável e das sequelas biopsicossociais associadas, é fundamental conhecer o perfil de casos na população e seus fatores determinantes.

O município de Curitiba, capital do estado do Paraná, sul do Brasil, implantou e programou no decorrer da última década importantes projetos, programas e ações na área específica de proteção à criança e ao adolescente vitimados por violência extrafamiliar e doméstica, como a criação, no ano de 2000, da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de Risco à Violência - RPCAV (Apêndice F) (SMS, 2008).

A magnitude da violência doméstica contra crianças e adolescentes, aliada à constatação de grande número de registros de negligência neste município, muitas vezes reincidindo para a violência física, sexual e psicológica, despertou a necessidade de uma investigação em maior profundidade deste fenômeno, bem

como o conhecimento das características desta mãe, considerada a principal agressora nesta modalidade, responsável pelo cuidado e desenvolvimento dos filhos e que embora notificada, nem sempre tem aderido às propostas de enfrentamento estabelecidas pela equipe da RPCAV.

Devido a uma demanda da RPCAV por uma melhor compreensão destas mães notificadas por negligência e como abordá-las, o que poderia evitar a ampliação desta modalidade de violência, pela possibilidade da criança ou adolescente negligenciado reproduzir este comportamento em seu meio social (escola, círculo de amizades) ou ainda, permanecendo em ambiente de risco durante várias fases da vida, ser induzido a desenvolver outras formas de violência, o objetivo geral desta tese foi:

Investigar a violência doméstica contra crianças e adolescentes do município de Curitiba-PR, destacando o perfil das mães notificadas como responsáveis em casos de negligência.

Os pressupostos norteadores referem-se ao histórico de vida destas mães (pregresso, da infância e adolescência, e/ou atual) que poderia influenciar a conduta de comportamento negligente para com seus filhos, além da falta de adesão e participação nas estratégias de enfrentamento à violência, promovidas pela RPCAV.

Os objetivos específicos da tese foram:

- a) Revisar sistematicamente a literatura disponível e promover a contextualização de termos considerados relevantes no processo de entendimento da construção das políticas mundiais de enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes;
- b) Identificar e analisar os casos registrados pela RPCV de violência contra crianças ou adolescentes no município de Curitiba-Pr., com ênfase na violência doméstica, no período de 2004 a 2009, considerando o perfil sócio demográfico das vítimas, natureza da violência (física, psicológica, sexual, negligência ou abandono), dados do agressor, gravidade do caso e lesões decorrentes. Também, a distribuição espacial dos casos de violência notificados no município, por Distrito Sanitário;

- c) Explorar o perfil da mãe notificada como responsável por negligência contra crianças e adolescentes no ano de 2009, desenvolvendo estudo de caso para a análise em profundidade.

Esta tese buscou suporte em diferentes metodologias, propostas e utilizadas para a reflexão sobre a violência contra crianças e adolescentes, em especial a violência doméstica.

Três etapas foram propostas para o processo de construção desta tese:

A primeira etapa foi a revisão e conceituação referente à temática violência doméstica contra crianças e adolescentes, suas repercussões e aspectos relacionados à violência física, sexual, psicológica, negligência e o abandono. Essa etapa previu uma compilação de conhecimentos relacionados à violência doméstica no contexto nacional e internacional, Políticas Nacionais de Redução da Violência, legislação e sítios eletrônicos de instituições reconhecidas na área, para informações relacionadas ao seu enfrentamento. Os resultados dessa etapa são apresentados no Artigo 1 desta tese, sob o título *“Violência doméstica contra crianças e adolescentes: uma revisão crítica sistemática”*.

Na segunda etapa foram investigados e analisados os casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes registrados no banco de dados da RPCAV de Curitiba – Pr. no período de 2004 a 2009. Os resultados deste processo são apresentados no Artigo 2, intitulado *“Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um olhar à negligência na cidade de Curitiba, Brasil”*. A terceira etapa do estudo se propôs a estudar o agressor da violência mais notificada pela RPCAV no ano de 2009, para análise em profundidade por meio de estudo de casos. Assim, este estudo foi realizado com mães notificadas por negligência, na região da cidade de Curitiba, onde a RPCAV registrou maior número de casos de violência, etapa apresentada no Artigo 3, intitulado *“Violência doméstica: perfil de mães notificadas por negligência à crianças e adolescentes, em cidade do sul do Brasil”*.

## 2 ARTIGO 1

O artigo será submetido ao periódico “Revista Brasileira Saúde Materno Infantil”.

### **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO CRÍTICA SISTEMÁTICA**

*DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC CRITICAL REVIEW*

#### **RESUMO**

A violência na infância e na adolescência é considerada grave problema social e de saúde pública. **Objetivo:** Sistematizar o conhecimento sobre o tema violência contra a criança e o adolescente, por meio de revisão crítica sistemática da literatura nacional e internacional, publicada em bases indexadas. **Métodos:** Realizou-se uma revisão crítica sistemática da produção científica sobre o tema, período de 2000 a 2011, por meio de bases de dados nacionais e internacionais, BVS/ Portal Bireme (Medline LILACS, SciELO). Os descritores para busca da literatura foram violência doméstica (domestic violence), maus-tratos infantis (child abuse) e negligência (neglect). Um total de 350 artigos foi localizado, dos quais 30 foram selecionados por sua vinculação ao tema estudado, violência doméstica contra crianças e adolescentes. Somaram-se a estes 25 referências de teses, livros, legislação e sítios eletrônicos, de instituições reconhecidas na área, citados nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. **Resultados:** Os resultados foram organizados em três tópicos de revisão: 1) Violência: um problema social; 2) Violência na família; 3) A importância do cuidado. **Conclusão:** Esta revisão permite uma compreensão global sobre a violência contra crianças e adolescentes, em especial a doméstica, útil para profissionais atuantes na área da saúde.

**Palavras chave:** Violência doméstica, maus-tratos infantis, negligência.

**ABSTRACT**

*The violence in infancy and adolescence is considered a serious social and public health problem. Objective: Systemize the knowledge on the subject of violence against child and adolescent, by means of systematic critical revision of national and international literature, published in indexed databases. Methods: A systematic critical review of the scientific production about the subject was realized, from 2000 to 2011, on national and international databases BVS, Bireme (Medline LILACS, SciELO). The descriptors for search have been domestic violence, child abuses and neglect. A total of 350 articles had been located, of which 30 had been selected by its entailing to the studied subject, domestic violence against children and adolescents. Together with these articles, it was added 25 references of thesis, books, legislation and sites of noted institutions in the area, cited in the bibliographical references of the selected articles. Results: The results had been organized in three topics of review: 1) Violence a social problem; 2) Violence in the family; 3) The importance of care. Conclusion: This review allows a global understanding on the violence against children and adolescents, in special the domestic one, useful for professionals working in health.*

**Key words:** *domestic violence, child abuse, neglect.*

## INTRODUÇÃO

A violência é reconhecida mundialmente como uma questão social e problema de saúde pública, em função da magnitude da violação aos direitos humanos, com repercussões físicas, emocionais e sociais, atingindo milhares de pessoas (1-4). Trata-se de um fenômeno complexo e multicausal que afeta todas as pessoas emocionalmente (3), não havendo país ou comunidade isentos deste mal (2,5).

As injúrias e violências foram responsáveis por 950.000 mortes de crianças e adolescentes abaixo de 18 anos de idade no mundo, no ano de 2004, enquanto 10 milhões necessitaram de hospitalizações por injúrias não fatais (4).

No Brasil, as causas externas (acidentes e violências) foram consideradas a primeira causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos de idade, anos de 2006 e 2007 (6).

A Organização Mundial da Saúde – OMS, por meio do Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, publicado em 2002, tornou pública uma parte invisível da violência, que muitas vezes não gera sequelas graves ou mortes, mas pode resultar em danos físicos, opressão, danos psicológicos e sociais nos indivíduos submetidos aos abusos de maneira crônica, como é o caso da violência doméstica que atinge, principalmente, a população de crianças, mulheres e idosos (2).

A abordagem a respeito da violência contra crianças e adolescentes tem sido considerada complexa, vinculada a conflitos familiares de um núcleo que tem papel essencial no desenvolvimento da criança, por ser o primeiro ambiente socializador, devendo atuar nas funções de proteção, transmissão de cultura, regras sociais, e relações de solidariedade, além da manutenção das diferentes necessidades do indivíduo. Entretanto, este núcleo pode-se tornar um local desprovido de respeito e proteção, tornando-se opressor, hostil, gerando violência doméstica de pais contra filhos (7,8). Neste contexto, a vítima é objetificada e seus direitos fundamentais à vida, liberdade e segurança, são desrespeitados, além de negado o tratamento como sujeito e pessoa em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (9,10).

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes representam um fenômeno silencioso, que acarreta reduzida mobilização social, por ser considerado problema privado, justificado como medidas educativas e disciplinares (11).

Dentre os fatores relacionados como causas da violência familiar contra crianças e adolescentes incluem-se as desigualdades sociais, desajustes na família, iniquidades de gênero, raça ou etnia, implicando na reconstrução de conceitos de família, geração e classe social (12).

Aspectos contextuais da vida familiar, como o perfil social, econômico e cultural, além da pobreza extrema, são apontados como causas contextuais pela falta de suporte social, impedindo que famílias sejam inseridas socialmente, de forma autossuficiente, capazes de satisfazer suas necessidades básicas (13).

Embora o conhecimento sobre as diversas formas de violência tenham amplitude e gravidade conhecidas, a magnitude dos dados globais não está devidamente dimensionada, com os dados de morbidade baseados em casos hospitalizados (1). É importante o conhecimento dos dados populacionais, para fins de prevenção, planejamento, controle e promoção da saúde (11).

Assim, este estudo volta-se para uma revisão crítica e sistemática da literatura pertinente ao tema violência, em especial a doméstica contra a criança e o adolescente, visando analisar seu contexto de inserção como problema social, seu impacto na vinculação ao processo histórico da família e da sociedade, além da importância do cuidado, e das estratégias necessárias para a proteção familiar.

## **MÉTODOS**

Para a revisão da literatura utilizada neste artigo foi realizada uma busca nas bases de dados BVS/ portal Bireme (Medline – Literatura Internacional em Ciências da Saúde, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SciELO – Scientific Electronic Library Online). Utilizou-se um conjunto de descritores, e seus similares, em inglês e espanhol, que pudessem incluir o maior número de pesquisas referentes ao tema. Os termos de busca utilizados foram violência doméstica - domestic violence – violencia domestica, maus-tratos infantis -

child abuse – abuso infantil e negligência – neglect – negligencia. Os artigos foram selecionados com base na leitura dos resumos identificados com o tema violência familiar. Encontrou-se na busca 350 artigos referentes ao tema, sendo selecionados 60 para a leitura completa. Deste total de artigos, 30 foram selecionados. Como critério de inclusão considerou-se que abordassem especificamente o tema violência doméstica contra crianças e adolescentes, e fossem publicados no período de 2000 a 2011. Seguiu-se o mesmo critério para a inclusão de 25 referências de livros, teses, documentos oficiais, legislação e sítios eletrônicos de instituições reconhecidas na área.

## **RESULTADOS**

### ***Violência: um problema social***

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2) define violência como o uso da força física, ou do poder real, ou em ameaça contra si próprio, ou outro indivíduo, grupo ou comunidade, resultando em lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Para Minayo (3), por efeitos práticos, os termos violência, abuso e maus-tratos, são utilizados como sinônimos, mas não tem o mesmo significado, pois apresentam cargas ideológicas e históricas específicas. O Ministério da Saúde utiliza os termos violência e maus-tratos para se referir genericamente a qualquer natureza da violência, seja física, sexual, psicológica, negligência, ou abandono (14).

De acordo com a literatura (3,5,10,15), maus-tratos contra crianças e adolescentes são traumas não acidentais, como ações ou omissões contra menores de idade, que sofrem rotineira ou esporadicamente os diversos tipos de violência. Os agressores geralmente são pais, familiares próximos, tutores, amigos, ou pessoas responsáveis pela criança ou adolescente.

Classificam-se em pré-natais, relacionados a circunstâncias não acidentais ocorridas com a vida da mãe, que pode interferir de forma negativa, no desenvolvimento da gestação (feto), e pós-natais relacionados à vida da criança,



causando-lhe prejuízos, configurados como violência física, psicológica, sexual e negligência (13).

Uma possível etiologia, ou fatores de risco, para os diferentes tipos de maus-tratos pode se referir à personalidade dos pais, como patologias (dependência de álcool, drogas ilícitas ou necessidades especiais), distúrbios psicológicos parentais (doença mental, ansiedade, raiva, depressão), violência sexual, conflitos com a lei, ou testemunho de violência conjugal transgeracional (pais/filhos) (5,16,17,18). Abuso da mãe, maternidade ou paternidade na adolescência, parto prematuro, gravidez indesejada ou não planejada, cuidados pré-natais inadequados desencadeando a negligência, também são associados à violência contra crianças e adolescentes na família (5,16,17,18). Especificamente para a violência física, fatores associados envolvem o uso de práticas educativas ineficazes, como falta de limites, divergência entre os pais, e pensamento de punir para educar (16).

As características da própria criança também podem estar associadas à sua vulnerabilidade em relação à violência, como a pouca idade, hiperatividade, deficiência física ou mental, comportamento difícil, anormalidades congênitas, dificuldades de aprendizagem, ser epilética, ou filho adotivo (5,16,17,18).

Além disso, incluem-se como fatores de risco, o ambiente familiar, quando o pai ou a mãe são jovens, solteiros ou há presença de conflitos conjugais (vida sexual ativa ou não), novos relacionamentos, desestruturação familiar, pobreza e desemprego do chefe da família por falta de escolaridade ou despreparo profissional, fato que pode gerar o alcoolismo ou abandono familiar (5,19).

O contexto de abandono familiar, especificamente em condições de pobreza, pode ser considerado fator de risco à violência, pelo aumento da vulnerabilidade da família e seus membros. A mãe que assume sozinha a família pode ter que se sujeitar a emprego com baixa renda, deixando os filhos sem supervisão. Nestas condições, os jovens podem se envolver em atos infracionais, uso de substâncias ilícitas e bebidas alcoólicas, promiscuidade e prostituição, delinquência, homicídios, além da criação de novas famílias, cujos membros ficarão com a educação e suporte emocional deficiente, perpetuando o problema, com a re-vitimização dos filhos (5,18).

Os efeitos nocivos promovidos pelos maus-tratos podem se manifestar de diversas formas, ficando na dependência do tipo da violência, severidade da mesma, frequência, sexo e idade da criança e/ou adolescente, além do grau de relacionamento entre a vítima e o agressor (20).

São comuns os problemas sociais, psicológicos, cognitivos e emocionais. A violência doméstica pode promover na criança e no adolescente lesões e traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais, ansiedade, depressão, pensamentos suicidas ou estresse pós-traumático, impulsividade, agressão, delinquência, uso de substâncias químicas, comportamento sexual de risco, hiperatividade, alterações de conduta na escola e na comunidade, fobias, insônia e baixa autoestima (3,18,21,22,23).

Além disso, a disciplina de crianças e adolescentes baseada unicamente na punição corporal pode induzir a formação de adultos que se adaptam melhor a ocupações nas quais a obediência estrita é priorizada no lugar da iniciativa e da criatividade, deixando-os despreparados para uma sociedade pós-industrial que requer indivíduos independentes, criativos e hábeis, e não somente pessoas a serem comandadas (10).

No geral, os impactos dos maus-tratos físicos, como espancamentos nas crianças e adolescentes, podem ser orgânicos como as lesões abdominais, oculares, fratura do crânio, dos membros superiores e inferiores, queimaduras causadoras de invalidez permanente ou temporária, ou a morte, além de prejuízo em seu crescimento; psicológicos como sentimentos de raiva, agressividade, medo do agressor, dificuldades de aprendizagem na escola, perda de confiança nas pessoas, apatia; possibilidade de reproduzir o comportamento agressivo nas várias fases da vida (3,10).

Dentre as sequelas da violência sexual observa-se nas crianças e adolescentes um sentimento de culpa, baixa autoestima, podendo apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento físico-emocional, e vulnerabilidade a idéias e tentativas de suicídios. Muitas meninas saem de casa, quando o agressor é o pai ou o padrasto, passando a viver nas ruas, ficando expostas a agressões e delinquência. Podem ainda, sofrer doenças psicossomáticas e sexualmente transmissíveis (3).

### *Perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes*

O tema abuso e negligência contra crianças e adolescentes, embora venha chamando a atenção da sociedade internacional, instituições governamentais e não governamentais, além de profissionais, é envolvido por um pacto de silêncio, que pode justificar o reduzido número de denúncias. É um problema social que não se limita às áreas jurídicas, da saúde, educação, ou da assistência social, mas sim de toda uma sociedade, cujos profissionais e a comunidade devem estar aptos a identificar e a denunciá-los (3,24,25).

Alguns estudos internacionais, como os desenvolvidos nos Estados Unidos da América, revelaram acima de 900.000 vítimas anuais de maus-tratos infantis com mais de 1.400 mortes, no ano de 2006. Estimou-se gastos de 9 bilhões de dólares com os maus-tratos infantis naquele país (26,27). No entanto, somente uma fração destas crianças recebe os serviços de atenção adequados (28). No mesmo país em 2007, 794.000 crianças foram abusadas e negligenciadas, e um grande número de casos apresentou violência física (10,8%). Estimou-se que 1.760 destas crianças foram a óbito (29). Estudo no Novo México identificou 45 mortes relacionadas à maus-tratos de crianças, em um período de seis anos. Cerca de 68,9% eram do sexo masculino, latino-americanos brancos (53,3%). Entre as causas de morte estavam os traumatismos (44,4%) e a síndrome do bebê sacudido (15,6%). Os agressores foram os pais em 80% dos casos, e a maioria das lesões resultantes em mortes (88,9%), ocorreram na residência da vítima (19).

No México, Ayala et al. (30), estudando 1.730 estudantes de 12 a 24 anos, quanto à violência doméstica sexual (2004-2005), encontrou uma prevalência de 4,7% de intenção de violência e 2,9% de violência sexual consumada. Tanto na intenção (11,85%) quanto na consumação do ato (12,02%), as mulheres foram as vítimas com maior prevalência. A média de idade foi de 12 anos para ambos os sexos. Neste estudo, o principal agressor na consumação para os homens foi um desconhecido (38,5%) e para as mulheres o noivo (37,8%). O pai ou padrasto ficou em terceira posição. É relevante citar que a maioria dos casos (88,1%) não foi denunciada legalmente, e só 15,4% das vítimas solicitou ajuda, a maioria mulheres (30).

Na Europa, estudo em Portugal avaliou 1000 pais quanto ao sofrimento de violência física e sexual na infância, encontrando prevalência de 73% para ambos os sexos, com 9,5% com sequelas/injúrias. A média de idade quando da violência foi de 13 anos, próxima à encontrada no estudo do México. A violência sexual foi observada em 2,6% da amostra, sem diferença de gênero ou idade (31).

No Brasil, a violência tem promovido o aumento da morbimortalidade na população e elevados custos para o Sistema Único de Saúde – SUS. Em 2003, o Ministério da Saúde destinou R\$ 351 milhões para internações decorrentes de acidentes e violências (9). Em 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimou que 20% das crianças brasileiras sofriam violência física (3).

A caracterização da violência contra crianças (0 a 9 anos de idade) no Brasil, registradas pelo Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes - VIVA (2006 a 2007), verificou que em 1.939 casos, 43,6% se referiram a violência sexual, 38% eram psicológico-moral, 33% negligência-abandono e a física ficou em última posição, com 28,5%. Quanto ao vínculo da vítima com o agressor, a mãe foi a principal responsável (24%), seguida do pai (19%), e amigos-conhecidos (14% dos casos) (32).

Considerando os adolescentes (10 a 19 anos), foram registrados 2.370 casos: 50% destas violências aconteceram dentro das residências, com prevalência de vítimas do sexo feminino (78%). Também, 56% dos casos eram de violência sexual, 50% psicológica-moral, 48% violência física, e negligência-abandono 13%. Entre os agressores, 21% eram desconhecidos, 20% amigos e/ou conhecidos e 12% o pai (32).

Há controvérsias na literatura quanto à prevalência de violência por sexo, dependendo do local onde é feito o estudo. Para a violência física, segundo Guerra (10), ambos os sexos são atingidos, com predominância na adolescência para as meninas, devido às restrições dos pais, com receio de sua sexualidade, e menor nos meninos, porque nesta idade estes podem superar os pais em força física, e um confronto poderia ser desvantajoso (10).

Os resultados do VIVA-Contínuo (2006 e 2007) demonstraram que crianças e adolescentes brasileiros de ambos os sexos foram igualmente vítimas de violências, em suas diferentes formas. Os adolescentes do sexo masculino sofreram mais a

violência física, enquanto que nas crianças e adolescentes do sexo feminino foi mais prevalente a violência sexual (6). Em concordância, o estudo de Carvalho et al., (33) em Salvador – BA, encontrou uma predominância significativa de violência física para o sexo masculino (52,30%) em relação ao feminino (47,70%).

Contrastando, Carvalho (34), avaliando 343 crianças e adolescentes de Fortaleza - CE observou uma prevalência para a violência física de vítimas do sexo feminino (68,5%), na faixa etária de 10 a 14 anos, e o principal agressor foi o pai.

Para a violência sexual, os principais agressores, para ambos os sexos, geralmente são homens (14,33,35), companheiros das mães, pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, e depois mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança (14). Vitimiza os dois sexos, no entanto a “mulher-criança” é a vítima mais prevalente (10,30,33,35).

Quanto maior o número de pessoas residentes na mesma casa, maior o índice de violência sexual. O estudo de Baptista et al. (35), caracterizou uma prevalência de 3,3% para 2 pessoas residentes, 23,4%, para 4 pessoas, e 55% quando 5 pessoas ou mais residiam na mesma casa.

Conforme reportado, o agressor da violência doméstica pode ser tanto os pais biológicos (70%), o pai ou a mãe, ou mesmo padrastos, madrastas ou pais adotivos (30). Nos achados de Webber et al. (36) avaliando o uso de palmada e surras como método disciplinar em 472 crianças e adolescentes (8 e 16 anos) de Curitiba – PR., verificou-se que a mãe utilizou a violência física com maior frequência (86,1%), seguida pelo pai (58,6%) e parentes (30%). A justificativa para maior uso da punição corporal pela mãe, é que estas eram as responsáveis pela disciplina das crianças e adolescentes, além de algumas serem famílias monoparentais maternas (14,%).

A mesma pesquisa mostrou que 88,1% das crianças e adolescentes avaliados já haviam recebido algum tipo de punição corporal. Destas, 63,4% consideraram a palmada relevante para um bom comportamento e, 51,2% pretendiam bater em seus filhos no futuro, sugerindo uma tendência das crianças de seguirem o modelo de educação oferecido por seus pais ou responsáveis. O nível educacional dos pais não teve influência sobre o fato do uso ou não da punição corporal aos filhos (36).

Estudo realizado com adolescentes de 14 anos de idade ou mais, em várias regiões do Brasil (2005/2006), verificou que dos 3.007 indivíduos entrevistados, 44,1% relataram histórico de violência física na infância (bater, bater com alguma coisa, queimar/escaldar, ameaçar/ usar faca ou arma) e 26,1% relataram exposição a violência parental (testemunhou ameaça e/ou agressão física parental), situações citadas como sendo comuns nos lares brasileiros. A punição física moderada ou não grave foi observada em 33,8% casos, enquanto a grave e ou severa foi observada em 10,3%, promovida pelas mães e/ou maridos, parceiros (37).

Estudo descritivo avaliando a negligência contra crianças de 0 a 12 anos de idade, registrada pelo Conselho Tutelar do município de Alfenas – Minas Gerais (1999-2001) observou uma frequência de 54,41% para a negligência à educação, alimentação, higiene e vestuário, medicação e abandono. Quanto a negligência na alimentação (11,78%) as crianças permaneceram um longo período sem ingerir alimentos, queixando-se de fome. Na negligência à higiene e vestimenta, a criança permaneceu sem roupas ou suja e, com relação a negligência à medicação, a criança deixou de receber os medicamentos necessários para uma boa saúde. A mãe foi o principal agente agressor na negligência, com 86,49% (38).

Muitas vezes a criança ou o adolescente não é a vítima direta, mas, testemunha ocular indireta da violência parental, o que também tem consequências trágicas em suas vidas (5,37).

### ***Violência na família***

Nas sociedades modernas, a família tem um papel socializador fundamental para a sobrevivência dos indivíduos, por meio da proteção e manutenção das suas necessidades (7), transmitindo-lhe valores éticos e humanitários, hábitos e costumes, que ajudarão a compor sua personalidade, vínculos de solidariedade, amor e confiança, além de influenciar o desenvolvimento da criança para a construção e dimensionamento dos seus limites, valores, educação, sentimento de pertencimento e significado (39).

O grupo familiar tem passado por diversas transformações ao longo das últimas décadas, dentre elas a inserção da mulher no mercado de trabalho, o grande número de separações entre os casais, com a formação das famílias monoparentais, sem a presença do pai ou mesmo da mãe e coabitações (7).

Famílias, de baixa renda, geralmente matrifocais, têm aumentado significativamente na sociedade brasileira. Segundo o censo de 2010, em 38,7% das famílias brasileiras a mãe era a líder (40), este modelo, geralmente associado à baixa renda, sobrecarrega ainda mais a figura feminina (41).

Muitas vezes as famílias são atingidas pelas múltiplas faces da violência social, e estas mães podem atuar como agente de violência, quando não estão preparadas para a compreensão e resolução de seus conflitos (39).

Considerando as possíveis violências que podem ocorrer no seio da família, destaca-se a violência doméstica, que submete a mulher, as crianças e os idosos ao pai, ao marido e ao provedor, ou deixam crianças e adolescentes sob o domínio dos adultos e não sob sua proteção (3). Assim, conflitos familiares são transformados em intolerância, abusos e opressão (3,15). Estes locais acabam se tornando inseguros ao desenvolvimento das crianças, desprovidos de qualquer forma de respeito e proteção (8). Apesar da família, conforme preconizado no artigo 4º da Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (42), ser almejada como um ambiente, onde deveriam ser efetivados os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, profissionalização, cultura, dignidade e respeito à criança e ao adolescente, por vezes há uma omissão dos pais ou responsáveis quanto ao cumprimento desta tarefa (8,42).

No contexto familiar, a violência pode ser classificada como extrafamiliar ou doméstica ou ainda, violência autoinfligida ou autoagressão e violência fetal (3,15, 38).

A violência extrafamiliar é direcionada à criança e ao adolescente fora do convívio familiar, por um adulto, conhecido ou não da vítima (15,38). A violência doméstica é toda ação que prejudica o bem-estar, a integridade física ou psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, sendo o agressor um membro da família. Já na autoinfligida, o sujeito pratica uma violência contra si mesmo, como suicídios e automutilações (15,38).

A violência fetal é a praticada pela gestante, contra o feto, em situações onde a mãe é alcoolista, drogadita, negligente com o pré-natal ou que tenha realizado tentativa de aborto, ou alguma outra forma de violência física praticada por outra pessoa à gestante, por meio de pontapés, socos na barriga ou negligência (15).

Das várias formas de manifestação da violência à criança e adolescente dentro do ambiente familiar, incluindo a agressão física, violência sexual, violência psicológica, negligência, abandono (3,5,15,10), não se sabe qual é a mais danosa (20).

A violência física é uma das mais estudadas pela literatura (5,10,14,43). Caracteriza-se como todo ato violento, com uso da força física, para a produção de lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outra pessoa de forma intencional, não acidental. Ocorre em todos os segmentos da sociedade (5,14,43).

Também se refere às Síndromes de Munchausen ou da Criança Espancada (menores de 2 anos de idade), Síndrome da Criança Sacudida (lactentes menores de 6 meses) e a Síndrome de Munchausen por Procuração, cujo responsável pelos cuidados da criança simula ou cria sinais ou sintomas que caracterizem doença nos seus filhos (5,14).

A punição corporal é um método disciplinar que existe há milênios, está vinculada à disciplina. É transmitida às gerações como modelos a serem seguidos pelos pais na educação de seus filhos, sendo muitas vezes considerada pelas famílias como verdades inquestionáveis (36).

No Brasil, a cultura do bater para educar teve influência religiosa da época da colonização, introduzida pelos padres jesuítas, pois os índios não utilizavam castigos físicos como método de disciplina para seus filhos. Já as primeiras escolas brasileiras usavam este método para manutenção da ordem, que permaneceu como alternativa de educação até os nossos dias (8,37,44), principalmente nas classes sociais mais pobres (1).

No entanto, em dezembro de 2011, a Comissão Especial da Câmara dos deputados - Brasil aprovou projeto de lei que proíbe os pais de aplicarem castigos físicos nos filhos, conhecida como "Lei da Palmada". Este projeto altera o artigo 18º do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao citar que a criança e o adolescente têm direito à educação e cuidados, sem que seja utilizado o castigo corporal ou tratamento cruel ou degradante, como formas de corrigir, disciplinar, educar, tanto pelos pais, como pelos integrantes da família ampliada, responsáveis, agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer outro indivíduo encarregado por cuidar, tratar ou protege-la. Apesar de não criminalizar os pais por



aplicarem castigos físicos nos filhos, estes podem sofrer pena de encaminhamento a programas de acompanhamento psicológico, cursos de orientação ou recebimento de advertências de juízes de Varas de Infância. Campanhas esclarecendo como educar sem o uso da violência, serão utilizadas com esta finalidade, apesar de já existirem no Código Penal e no Código civil, artigos que punam os maus-tratos (45).

A pessoa que usa da violência física pode não percebê-la como tal, devido à sua difusão e aceitação social. Mesmo em meios intelectuais, o uso desta prática é considerado normal e rotineiro, além da cobrança feita pela sociedade a pais e familiares, por medidas punitivas à criança, devido a transgressões de normas de convivência vigentes (37,46, 47).

Este comportamento parental geralmente é utilizado quando os pais sentem raiva pelo comportamento da criança e não tem repertório para exercer um comportamento de autocontrole (36). Assim, mesmo uma punição mais leve é uma porta aberta para um quadro de violência mais grave, sendo possível observar palmadas coexistindo com espancamentos que podem se transformar em tragédia (10,47).

Muitas vezes, as crianças punidas podem não enxergar estes castigos como atos violentos e incorporar estes valores culturais como naturais (47), ou ainda considerá-lo um merecimento, ou uma medida com intenção educativa, assimilando-o para outras situações de sua vida (36).

Entre os meios da aplicação da violência física, encontra-se a palmada, a surra, punição corporal e o espancamento (36), ou ainda tapas, beliscões, chutes, arremessos de objetos (14). As partes do corpo mais afetadas geralmente são cabeça e pescoço (17, 33), nádegas, por meio da palmada, vindo posteriormente as pernas, braços e costas (36).

Webber et al. (36), avaliando a reação da criança espancada, encontrou sentimentos de tristeza (55,9%), raiva (49,3%) e choro em 61,2% delas. Concluiu que os pais necessitam ter acesso a outras práticas educativas, eficazes com comprometimento e afeto, utilizando regras consistentes e lógicas, supervisão constante, modelos positivos, incentivo à autonomia da criança e fortalecimento de sua autoestima.

A instituição de leis que proíbem a violência física, associada a programas educativos intensos, estimulando o diálogo, parece ser uma estratégia importante para coibir a violência doméstica dentro da família (10).

A violência sexual, conhecida desde a antiguidade e bastante discutida na literatura (3,10,30,33,35), tem sofrido pouco impacto de estratégias de prevenção e amenização de suas sequelas, provavelmente devido às divergências culturais, legais e de protocolos (20). Nomeia o ato ou jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais, com o objetivo de estimular a vítima, ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais, contra sua vontade, por meio da imposição de aliciamento, força física ou influência psicológica, por meio de ameaças, uso de armas ou drogas (3).

Pode caracterizar-se como assédio sexual, estupro, atentado violento ao pudor, pornografia infantil, exploração sexual comercial, pedofilia e incesto, manipulação de genitália, mamas e ânus, ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas como o “voyeurismo” (prazer sexual por meio da observação), podendo evoluir de “carinhos especiais” até a morte (3,28,32,48,49).

A violência psicológica refere-se às ações que põe em risco, ou causam dano ao desenvolvimento da criança ou do adolescente (14). Manifesta-se em forma de agressões verbais (50) ou gestuais, visando aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringindo-lhe a liberdade, ou ainda isolá-la do convívio social (3). Também indica a rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada (48). Tem efeito devastador sobre a autoestima, principalmente quando não há o afeto dos pais ou responsáveis, podendo gerar personalidades vingativas, depressivas, com tentativas ou execução de suicídios (30).

Pesquisa comparativa com dois grupos de famílias violentas e não violentas, e seus filhos de 6 a 12 anos de idade, vítimas de violência psicológica por agressão verbal (ameaças, insultos), concluiu que estes insultos frequentes crônicos, provenientes das mães de famílias violentas, geraram na criança/adolescente insegurança emocional (50).

A negligência, abandono e privação de cuidados, se caracteriza pela ausência, omissão, recusa ou a deserção de atenção necessária a alguém que

deveria receber atendimento e cuidados (3). É praticada por adultos, pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive instituições, ao deixarem de prover a atenção básica para o desenvolvimento físico, emocional, social, moral e espiritual desta faixa etária (48). A negligência, embora com alta prevalência, tem recebido pouca atenção, em contraste com o abuso físico (5). Este fenômeno deixa crianças e adolescentes expostos à desnutrição (oferta inadequada de alimentos), atraso escolar, comportamentos hiperativos ou hipoativos e a uma série de riscos de vida como atropelamentos, queimaduras, ingestão de produtos de limpeza, enfermidades frequentes, riscos de abusos sexuais, escabiose, pediculose (3,5), além de privação de medicamentos, falta de atenção à saúde e educação, descuido com a higiene, falta de estímulos, de proteção às condições climáticas (calor, frio) (48). O abandono e a privação de cuidados são as formas mais graves da negligência (3,15). Seu reconhecimento como forma de violência pode diferir nas diferentes classes sociais (8).

Em Curitiba, de acordo com os registros da RPCAV, as modalidades mais frequentes de negligência são as de proteção, saúde, educação e estrutural. A primeira abrange ações ou omissões que expõe a criança/adolescente a riscos, prejudicando sua segurança e desenvolvimento; na segunda não recebem condições para manutenção da saúde, incluindo cuidados com as necessidades básicas de higiene, alimentação. A negligência educacional sugere que as necessidades cognitivas da criança não são supridas adequadamente, por ausência de oportunidades de educação, ou encaminhamento a tratamentos terapêuticos. Já a estrutural é decorrente de questões estruturais econômicas e sociais resultantes de condições de vida fora do controle da família, vulnerabilizando seu crescimento e desenvolvimento (15).

Na literatura (10), ainda são descritas a negligência afetiva ou emocional, que se caracteriza pela falta de suporte emocional, afetivo, atenção, responsabilidades para com a criança, além do desinteresse pelas suas necessidades e a não intervenção ao uso de álcool e drogas ilícitas, permissão ou encorajamento à delinquência.

A negligência não está vinculada às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer também onde há recursos razoáveis para a família ou para o responsável (14). Saffioth (51), alerta que, embora os dados estatísticos de abandono material de

crianças de famílias de classe média ou abastadas sejam pouco significativos, este é muitas vezes justificado pelos muitos compromissos de caráter social, ou atividades profissionais parentais, o que não os exclui do abandono afetivo de seus filhos.

Minayo (3) critica a mentalidade de criminalização dos pobres, sem a problematização política da miséria, quando se aponta como fator causal das crianças estarem vivendo, mendigando ou aprendendo a roubar e delinquir nas ruas, a exploração do trabalho infantil, além da exploração sexual, a miséria material e moral que é submetida grande parte da população do Brasil.

### ***A importância do cuidado***

Apesar da violência existir desde a Antiguidade, relatada em documentos históricos como a bíblia e livros greco-romanos, a preocupação da sociedade em abolir castigos e maus-tratos na infância passou a ser discutida e estudada pela área da saúde a partir da década de 1960 (10).

Um dos primeiros relatos de violência física contra crianças é de 1860, pelo médico francês Ambroise Tardieu, que apresentou 32 casos, com 18 mortes (metade das vítimas tinha menos de 5 anos), descrevendo as características das lesões e discordâncias das informações fornecidas pelos agressores (8,10).

Nos Estados Unidos da América do Norte, em 1874, Mary Ellen Wilson com 8 anos de idade, foi maltratada fisicamente e negligenciada pela madrasta. A criança foi encaminhada à Sociedade Norte Americana de Prevenção de Crueldade contra Animais, por não existir na época um órgão competente relativo à criança (8). Após, em 1946, Caffey citou casos de crianças com fraturas múltiplas nos ossos longos e hematomas subdurais, que chamou de Síndrome de Caffey. Em 1962, Silverman e Kempe estudando 749 casos desta síndrome com 78 mortes, denominaram-na de Síndrome da Criança Espancada, citando a frequência em crianças abaixo de 3 anos de idade, sequelas e a discordância entre o relato dos pais e os achados clínicos (8,10).

Com o passar do tempo, a ação dos organismos internacionais, fez com que a violência se tornasse pública. No Brasil, pediatras iniciaram estudos e diagnósticos da síndrome de criança maltratada (3). As primeiras denúncias de maus-tratos

infantis são da década de 1970. Porém, em meados de 1980, surgem os primeiros programas específicos para atendimento da violência contra crianças e adolescentes, por meio dos Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI) em São Paulo (1985) e São José do Rio Preto (1988), e a criação da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), no Rio de Janeiro em 1988 (1).

Ainda, em 1988, o artigo 227 da Constituição Federal Brasileira assegurou proteção e garantia de direitos à criança e ao adolescente (10). Esta mobilização social culminou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, Lei Federal n. 8.069/90 (3,42), com o intuito de oferecer proteção e direito à vida a esta parcela da população, tendo como órgão responsável o Conselho Tutelar.

Considerando o ECA e a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 16/05/01, a Portaria MS nº 1968 dispõe sobre a notificação compulsória às autoridades competentes, de casos de suspeita, ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio do preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes (14,43,52)

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela OMS (2002), conclamou os cientistas e profissionais da área da saúde, aliados a outros setores da sociedade, à intervenção e combate à violência, e não somente a lidar com suas consequências (2,12).

Considerando os fatores de proteção à violência, a literatura (16,30,53) cita como relevantes a atuação das redes de apoio social e o fortalecimento dos vínculos afetivos formados por locais/instituições e pessoas, atuando por meio de apoio emocional, moral ou financeiro, com foco no estímulo a autoestima e enfrentamento do problema.

O Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências foi implantado e implementado no ano de 2005, pela Portaria nº 936 do Ministério da Saúde, formulando ações e a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, além da Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (3). Estes programas atuam com

ações de atendimento integral, multiprofissional às crianças e adolescentes vítimas de violência e abuso sexual (35), tanto no diagnóstico do problema, como na promoção da assessoria aos gestores destas políticas públicas (3).

Em Curitiba – Paraná, no ano de 2000 foi implantada a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a Violência (15), permitindo a descentralização quanto à tomada de decisões, concretização das ações de forma dinâmica, possibilitando melhorias para o desenvolvimento de crianças e adolescentes (48). O trabalho das Redes de Proteção têm sido um importante indicador de impacto positivo das propostas de proteção, promoção e intervenção para o enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde, por meio das práticas integradas em nível comunitário, com conscientização e mobilização social, voltadas à proteção e cuidados à criança e adolescente junto às famílias (48).

Em 2006 foi implantada em municípios brasileiros a Rede de Serviços Sentinela de Acidentes e Violências como proposto pela Portaria nº 1356 do Ministério da Saúde (3). Neste mesmo ano foi estruturado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, a fim de conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no país, constituído pela vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela). Por meio destes dados, pretendia-se tornar possível o planejamento de ações preventivas a esses agravos e dar atenção integral às vítimas de acidentes e violências no território brasileiro (14).

Dando sequência a estas ações, foi lançada pelo governo a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à saúde das crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência – Orientações para gestores e profissionais de saúde”, com a finalidade de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente de atenção integral a esta faixa etária em situação de violência e suas famílias, caracterizada como um dos princípios do SUS (14).

#### *Importância de estratégias de proteção familiar*

Para Minayo (3), o pensamento comum é que violência seja pertinente ao outro. Cita que estudos psicanalíticos e filosóficos mostram que, para a construção da não violência, deve-se ter ação social e pessoal. Do ponto de vista social, é a

capacidade da sociedade de incluir, ampliar e universalizar os direitos e deveres do cidadão. No âmbito pessoal, esta ação volta-se para a não violência, o reconhecimento da humanidade e cidadania do outro, ainda o desenvolvimento de valores de paz, convivência, tolerância, solidariedade, capacidade de negociação e solução das divergências por meio do diálogo e da discussão (3).

É reconhecida a importância da criação de estratégias intersetoriais de enfrentamento a este fenômeno e suas implicações. Dependendo das situações, há necessidade de ações coletivas de coesão das áreas da educação, justiça, serviços sociais, segurança pública, Ministério Público, Poder Legislativo, sempre com a adesão dos movimentos sociais, com o objetivo final da promoção da vida (3).

Para Brito et al. (1), o conhecimento das notificações obrigatórias nos municípios, por meio de ações federais e estaduais, tem sido instrumento fundamental para o conhecimento e visibilidade da extensão do fenômeno, permitindo melhoria na qualidade dos programas de intervenção.

Um destes programas, o Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) de São José do Rio Preto, através de psicólogos e assistentes sociais com o objetivo de fortalecer os laços afetivos familiares, a fim de melhorar as condições de cuidado dos adultos responsáveis pela criança, verificou que após a intervenção, a maioria das 50 famílias avaliadas citou ter interrompido (60%) ou diminuído (20%) a intensidade da violência doméstica. A visita domiciliar foi o método de acompanhamento que teve maior adesão por parte dos adultos da família, e para as crianças e adolescentes vitimizados, a forma que prevaleceu foi o acompanhamento psicoterápico (1).

De acordo com o Ministério da Saúde (14), a prevenção da violência contra a criança e ao adolescente é possível e as estratégias de prevenção devem ser iniciadas o quanto antes, a fim de aumentar as possibilidades de proteção dos membros familiares, interrompendo este ciclo de reprodução e transmissão da violência por meio das gerações. A identificação destas situações familiares, geradoras de vulnerabilidade às práticas violentas, pode favorecer uma atenção redobrada à família, para que ela possa lidar com suas adversidades e minimizar a instalação de violências (14).

O diagnóstico de maus-tratos tem como base o reconhecimento de indicadores físicos e comportamentais, comuns às crianças abusadas e negligenciadas (17).

A atuação do setor saúde é relevante na atuação preventiva de diagnóstico e denúncia das diferentes formas de violência praticadas ou sofridas por esse grupo, embora haja dificuldades dos profissionais na intervenção, seja por despreparo ou desconhecimento na identificação, atendimento e encaminhamento das vítimas, ou na dificuldade da notificação dos casos confirmados, além da inabilidade em lidar com as famílias e os agressores (39).

No entanto, a notificação e assistência do profissional são direitos da criança e do adolescente, garantidas pela legislação brasileira no artigo 245º do ECA, onde se lê que o profissional da Saúde ou Educação deve, obrigatoriamente, comunicar às autoridades competentes os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, sob pena de multa de três a vinte salários mínimos de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (5,42).

Faz-se necessário, portanto, a familiarização dos profissionais quanto aos sinais de alerta que apontam para uma situação de risco à violência doméstica, evidenciando a necessidade do acompanhamento familiar, com medidas de prevenção e proteção precoces (15), a fim de despertá-los para a construção de vínculos e práticas necessárias ao convívio, como a solidariedade, respeito, cooperação, gentileza, carinho e amor, rompendo com o ciclo da violência (14).

Entre os profissionais que podem atendê-los destaca-se o cirurgião-dentista, que muitas vezes é o primeiro da área da saúde a ter contato inicial com a criança ou adolescente. Estes profissionais devem estar atentos, pois ocupam uma posição estratégica, uma vez que um elevado percentual de lesões se localiza na região da cabeça e pescoço (33,53) podendo ser diagnosticadas.

Os diversos tipos de violências também podem ser trabalhados preventivamente pelos profissionais da saúde e educação, principalmente com o apoio e acompanhamento às famílias, para a construção de novos métodos educativos às crianças e adolescentes e a orientação para a ressignificação das relações familiares (14).



Como estratégias territoriais têm-se as organizações em redes e a mobilização da comunidade (Centros Comunitários) e pessoas (vizinhos, amigos, familiares), com o objetivo de fortalecimento comunitário, ainda a atribuição de mentores (orientadores) das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, e atividades de recreação (14).

Outras ações incluem o afastamento de crianças e adolescentes de possíveis locais de venda de drogas, álcool, jogos e armas. Estudo com jovens no México, registrou que, nesta faixa etária, há um risco maior do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, com a adolescência se tornando um momento crítico para a implementação de medidas preventivas, por meio de estratégias conjuntas para pais e adolescentes (54).

Em casos de suspeita de vitimização doméstica, a população deve notificar o Conselho Tutelar que tomará as Medidas de Proteção, como o afastamento da vítima do ambiente hostil, através de hospitalização caso se faça necessária, ou do convívio do agressor, em casos de risco de morte, real ou simbólica. Assim, por meio da análise da gravidade do caso a vítima poderá permanecer com a família, ou ficará sob a guarda de um parente ou amigo, ou mesmo de uma instituição, enquanto é realizado o atendimento ao agressor (55).

Para o sucesso de cada uma das intervenções apontadas, é preciso compreender a complexidade da violência na família, em seus aspectos cultural, econômico e social, além, de fatores relacionais e educativos, capazes de modificar o contexto das relações afetivas familiares.

## **CONCLUSÕES**

Com base na literatura revisada, explicita-se a necessidade de considerar a multicomplexidade e a relevância do impacto provocado pela violência na grande maioria das vítimas, tanto na infância e adolescência, quanto na vida adulta, para a formulação de estratégias de prevenção e controle.

Nesta revisão sistemática, percebeu-se uma grande variedade de termos e tipologias de violência, por vezes sendo imprecisa sua delimitação, o que pode gerar confusão quando da classificação dos casos. Sugere-se a implantação de um

protocolo nacional facilitando as notificações e classificações dos diversos tipos de maus-tratos.

Devido ao grande número de agravos decorrentes da violência doméstica, é imprescindível o estabelecimento de estratégias de intervenção para sua atenção e enfrentamento pelas diversas instâncias municipais, estaduais e federais (saúde, educação, assistência social e sociedade em geral) visando direcionar as ações, a fim de se obter maior êxito, por meio do monitoramento das famílias mais vulneráveis, estimulando-as ao diálogo com seus filhos, prestação de amor e carinho, conscientizando-as de seu papel social de proteção às crianças e adolescentes e manutenção de seus direitos, garantidos por lei por meio do ECA.

A ocorrência da violência na sociedade brasileira e seu impacto podem aflorar a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde, trazendo novos problemas para a atenção médica e evidenciando a necessidade de uma atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, que atenda as necessidades do cidadão. A atenção básica de saúde tem a possibilidade de detectar e atuar em situações de violência, e as Equipes da Saúde da Família são um instrumento poderoso para o seu enfrentamento, principalmente no concernente à educação e informação sobre a violência doméstica. As instituições e profissionais envolvidos com a atenção de média e alta complexidade também podem atuar de forma integrada e protetora.

Para a viabilização desta prática é fundamental a qualificação de equipes multidisciplinares treinadas, estabelecimento de mecanismos de busca e utilização de recursos externos multisetoriais, promovendo a integração de conhecimentos das diversas áreas envolvidas, a fim de que os direitos e cuidados com as crianças e adolescentes se cumpram, conforme o preconizado pelo ECA.

## REFERÊNCIAS

1. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça R de CV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 143-9.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P. *Impactos da Violência na Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. p. 21- 42.
4. WHO - World report on child injury prevention. UNICEF. 2008. Acesso em: 07 out. 2009. Disponível em : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf)
5. Cavalcanti AL. Abuso Infantil protocolo de atendimento odontológico. *RBO* 2001 Nov/Dez; 58(6): 378-340.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. *VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 154 p.
7. Baptista MN. Suporte familiar e violência. In: Romaro RA, Capitão CG. *As faces da violência*. São Paulo: Vetor; 2007. 69-100.
8. Delfino V, Biasoli-Alves ZMM, Sagim MB, Venturini FP. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais da camada média e popular. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14: 38-46.
9. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2001; 1: 91-102.
10. Guerra VND de. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez Editora; 2008. 262 p.

11. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a violência e saúde: uma síntese. Genebra: WHO; 2002.
12. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev. Saúde Pública 2006; 40(N.esp): 112-20.
13. Bringiotti MI. As famílias em "situação de risco" nos casos de violência familiar e maus-tratos infantil. Texto contexto Enferm. 2005; 14(Nesp), 38-46.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Versão preliminar. Brasília, DF; 2010. 91 p.
15. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência. 3ª ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Curitiba; 2008. 160 p.
16. De Antoni C, Barone LR, Koller SH. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. Psicologia: Teoria e Pesquisa 2007 Abr/Jun; 23(2): 125-32.
17. Vargas NIT, Zago MMF. El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2011 Dec 06]; 13(spe): 806-812. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000700007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700007>.
18. Cuevas CA, Finkelhor D, Clifford C, Ormrod RK, Turner HA. Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. Child Abuse Negl. 2010 Apr; 34(4): 235-43.
19. Lee CK, Lathrop SL. Child abuse-related homicides in New Mexico: a 6-year retrospective review. J. Forensic Sci. 2010 Jan; 55(1): 100-3.
20. Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. Rev. Psiquiatr. Clín. 2006; 33(4): 204-13. [Links]
21. Kayris SW, Johnson CF, and the American Academy of Pediatrics. The psychological maltreatment of children-technical report. Pediatrics. 2002; 109: 68-70.

22. Arcos EG, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia domestica em la salud infantil. Rev. Med. 2003; 131(12): 325-38.

23. Moscatello R. A neurobiologia do abuso infantil. [acesso em: dez. 2003]. Disponível em: [www.amputadosvencedores.com.br/a\\_neurobiologa\\_do\\_abuso.htm](http://www.amputadosvencedores.com.br/a_neurobiologa_do_abuso.htm). Acesso em Dez. 2003.

24. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Proteção da criança: manual para parlamentares, n.7. Suíça: União Inter parlamentar; 2004. 105 p.

25. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Blancard FT, Araújo JR, Rodrigues PFS. Ocorrência de maus-tratos na cidade de Caruaru –PE. Pesq Bras Odontoped Clín Integr. 2006 Jan/Abr; 6(1): 65-70.

26. Finklhor D, Jones L. Why have child maltreatment and child victimization declined? Journal of Social Issues 2006; 62: 685-716.

27. Department of Health and Human Services (US). (2008). Administration for children and families, Administration on children, Youth and Families, Children's Bureau (2008). Child maltreatment 2006. Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System US. Washington, DC: Government Printing Office; 2008.

28. Shipman K, Taussig H. Mental health treatment of child abuse and neglect: the promise of evidence-based practice. Pediatr. Clin. North Am. 2009 Apr; 56(2): 417-28.

29. Department of Health and Human Services (US). Child maltreatment 2007. Washington, DC: Government Printing Office; 2009.

30. Ayala RC, Rivera LR, Llerenas AA, Cerón ED, Leigh BA, Ponce EL. Factors for sexual abuse during childhood and adolescence in students of Morelos, Mexico. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(3): 506-14.

31. Figueiredo B, Bifulco A, Paiva C, Maia A, Fernandes E, Matos R. History of childhood abuse in Portuguese parentes. Child Abuse & Neglect 2004; 28: 669-82.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 60 p. (Painel de Indicadores do SUS, 5).
33. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(2): 539-46.
34. Carvalho HMB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2010. 247 p.
35. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito RS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificados em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4): 602-8.
36. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de Psicol.* 2004; 9(2): 227-37.
37. Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinski I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(11).
38. Terra FS, Santos LES dos. A violência doméstica e a criança. *REME – Rev. Min. Enf.* 2006 Jul/Set; 10(3): 271-76.
39. Cavalcante FG, Schenker M. Violência, família e sociedade. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P. *Impactos da Violência na Saúde.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. p. 57- 77.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [online]. 2011 [acesso em: 10 jan. 2012]. Disponível em:  
[http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php)
41. Yunes MAM, Garcia NM, Albuquerque BM. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia: Reflexão e crítica* 2007; 20(3): 444-53.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF. 2001a.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Diário Oficial da União 2001b Maio 18; Seção 1e (96).

44. Martins CBG, Jorge MHPM. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do sul do Brasil. Rev. Bras. Epidemiol. 2009; 12 (3): 325-37.

45. Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF. 14 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483933>

46. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Rev. Latino-am Enfermagem. [periódico online]. 2008 [acesso em: 7 out. 2011]. 16(1). Disponível em: [www.eerp.usp.br/riae](http://www.eerp.usp.br/riae).

47. Donoso MTV, Ricas J. Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. Rev. Saúde Pública 2009; 1(43): 78-84.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

49. Paluci VC, Fisher H. Child Abuse and Neglect: a diagnostic guide for physicians, surgeons, pathologists, dentists, nurses and social workers. London: Manson Publishing Ltda; 2011.

50. Moore TE, Pepler DJ. Wounding words: Maternal Verbal Aggression and Children's Adjustment. Journal of Family Violence 2006 Jan; 21(1): 89- 93.

51. Saffioti HIB. Exploração sexual de crianças. In: Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. 2 ed. São Paulo: Iglu; 2007. p. 49- 95.

52. 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. Brasília, DF; 2002. Série A. (Normas e Manuais Técnicos, n. 167)

53. Sousa C, Herrenkohl TI, Moylan CA, Tajima EA, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to Domestic Violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *Journal of Interpersonal Violence* 2011; 26(1): 111-36.

54. Caballero MA, Ramos L, Gonzalez C, Saltijeral MT. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse Negl* 2010 Aug; 34(8): 576-84.

55. Santoro M Jr. Vitimização física: a conduta médica. In: Azevedo MA, Guerra VN. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu; 2007. p. 115-122.



### 3 ARTIGO 2

O artigo será submetido ao periódico “Revista Panamericana Salud Publica”, na versão em inglês.

#### **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM OLHAR À NEGLIGÊNCIA NA CIDADE DE CURITIBA, BRASIL**

*DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: A LOOK AT NEGLECT IN THE CITY OF CURITIBA, BRASIL*

#### **RESUMO**

**Objetivos:** Identificar e analisar casos de violência contra crianças e adolescentes, com ênfase na violência doméstica. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. Foi analisada a base de registros de notificações da Rede de Proteção à Criança e Adolescentes em situação de risco à Violência de Curitiba – Brasil, no período de 2004 a 2009. As variáveis incluíram perfil sócio-demográfico das vítimas, natureza da violência, procedência da notificação, dados do agressor, gravidade do caso, lesões. Os dados foram armazenados no Programa EPI-INFO e analisados pelo programa SPSS 17.0. Foi analisada a distribuição de frequências e associações entre as variáveis, sendo utilizado o teste do Qui-quadrado com nível de significância de 5%. **Resultados:** Na análise dos 19.316 registros, prevaleceu a violência doméstica com 17.082 casos (88,4%), assim distribuídos: negligência com 9.742 notificações (57,0%), violência física 1341 notificações (7,9%), violência sexual 796 notificações (4,7%), violência psicológica 574 notificações (3,4%), abandono 190 notificações (1,1%). Do total, 43,9% foram considerados casos graves. A faixa etária mais atingida estava entre 5 a 14 anos, com equilíbrio entre os sexos. Entre os agressores destacou-se a mãe, principalmente nos casos de negligência. As sequelas físicas (20,2%) atingiram principalmente a cabeça, membros superiores e inferiores, com lesões caracterizadas como hematomas, cortes e fraturas. **Conclusões:** Observou-se no período, maior visibilidade da violência doméstica no município, sugerindo eficácia das estratégias de notificação propostas pela Rede de Proteção. A negligência apresentou-se como a forma de violência doméstica mais prevalente. Considera-se

importante o incremento das políticas voltadas para a prevenção da violência, em especial da negligência, com estratégias continuadas de educação e suporte familiar, apoiando tanto vítimas quanto familiares e agressores, como medidas de enfrentamento das situações de violência.

**Palavras chave:** violência doméstica, maus-tratos infantis, negligência.

**ABSTRACT**

*Objectives: To identify and to analyze cases of child-adolescent violence, with emphasis on domestic violence. Material and methods: Descriptive exploratory research, with quantitative approach. It was analyzed the notification register basis of the Protection Network of children and adolescents at risk of violence in Curitiba-Brazil, 2004-2009. The variables included the socio-demographic profile of the victims, types of violence, origin of notification, information about the aggressor, severity of the case, injuries. The data had been stored in EPI-INFO Program and analyzed by SPSS 17.0 Program. It was analyzed the frequency distribution and associations between variables, using chi-square test, with the level of significance of 5%. Results: The statistics analysis of 19.316 registers, domestic violence prevailed with 17.082 cases (88,4%), thus distributed: neglect 9.742 notifications (57,0%) physical violence 1.341 notifications (7,9%), sexual violence 796 notifications (4,7%), psychological aggression 574 notifications (3,4%), abandonment 190 notifications (1,1%). From the total, 43,9% were considered serious. The most affected age was from 5-14 years old, with balance between genders. Among aggressors, the mother was the most important in cases of neglect. The physical sequels (20,2%) reached head, arms and legs, characterized by bruising, cuts, and fractures. Conclusions: It was observed in the studied period greater visibility of domestic violence in the city, suggesting effectiveness of strategies of the Protection Network. The neglect was presented as the form of more prevalence domestic violence. It was considered important to increase politics on violence prevention, in special of neglect, with continuous educational and family support, supporting victims, families, and aggressors, as measures to address violence.*

**Key words:** Domestic violence, child abuse, neglect.

## INTRODUÇÃO

A violência reconhecida mundialmente como questão social e de saúde pública (1), está presente em todas as classes sociais, não existindo país ou comunidade isentos deste mal (2).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2002, possibilitou a visibilidade de uma parte da violência que, muitas vezes, não resulta em sequelas graves ou mortes, mas gera danos físicos, opressão, danos psicológicos e sociais nos sujeitos que são submetidos aos abusos de maneira crônica, por meio de violência física, sexual, psicológica, privação e negligência, atingindo principalmente a população de crianças, mulheres e idosos (3).

Dimensionar a magnitude deste fenômeno tem sido um desafio para os pesquisadores da área (4). As estatísticas mundiais mostram que as injúrias e violências são responsáveis por 950.000 mortes de crianças e adolescentes abaixo de 18 anos de idade no mundo, enquanto 10 milhões de crianças requerem hospitalizações por injúrias não fatais (5).

Nos Estados Unidos, por exemplo, observa-se uma alta incidência do abuso infantil e negligência em seu sistema de registros (6,7). No ano de 2006 cerca de 3,6 milhões de crianças foram investigadas pelo Serviço de Proteção à Criança; destas, 905.000 (1/4) haviam sido abusadas ou negligenciadas (8). Também há relatos revelando acima de 900.000 vítimas anuais de maus-tratos infantis, com mais de 1.400 mortes (6,7). Embora seja difícil estimar os custos decorrentes das injúrias infligidas, estimou-se que os Estados Unidos gastavam anualmente nove bilhões de dólares com os abusos infantis (7).

No Brasil, as causas externas (acidentes e violências), são consideradas a primeira causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos de idade (9). Tem sido motivo de preocupação para diferentes instituições governamentais e não governamentais, por promover o aumento da morbimortalidade da população, e pelos elevados custos para o SUS (Sistema Único de Saúde). Em 2004 foram gastos 90 bilhões de reais, 5% do PIB brasileiro, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (IPEA/MPOG) com o tratamento de sequelas de acidentes e violência (10).

Com menor visibilidade, porém mais disseminados, são os efeitos da violência e o sofrimento individual de crianças e de adolescentes (11).

No contexto familiar a violência pode ser classificada em violência doméstica ou intrafamiliar, violência extrafamiliar, violência autoinfligida ou autoagressão e violência fetal (12,13).

Os termos violência doméstica e violência intrafamiliar referem-se a problemas relativos aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão (1,13). Neste estudo optou-se por utilizar o termo violência doméstica.

A violência doméstica constitui-se em atos intencionais de força física ou poder contra a criança e/ou adolescente, no ambiente familiar/domicílio, ou omissão, praticado por pais, parente ou responsável, contra pessoas nestas faixas etárias resultando em danos físicos, sexuais, psicológicos, e em negligências ou privações, tendo como extremo o abandono, transformando um ambiente que deveria significar segurança em local desprovido de qualquer forma de respeito e proteção (13). Implica em uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de uma “coisificação” da infância, ou seja, a negação do direito de que sejam tratados como sujeitos e pessoas que se encontram em desenvolvimento (14). Promove danos ao desenvolvimento físico, emocional, social e intelectual nesta faixa etária, sendo praticada pelo adulto “cuidador”. Os profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social só podem identificar este fenômeno se estiverem familiarizados aos sinais de alerta, por meio de uma análise mais atenta e holística das crianças e adolescentes, ampliando as chances de observação do risco, diminuindo suas consequências (4,13).

A constatação da diminuição, perda ou ausência de vínculos entre pais e filhos, tem sido apontada como um sinal de alerta para uma situação de risco que pode culminar na violência familiar, demonstrando a necessidade de acompanhamento desta família. Este risco pode estar ligado ao contexto sócioeconômico e cultural que impede que famílias se insiram socialmente de forma autosuficiente e ajustadas, capazes de satisfazer suas necessidades básicas, além da pobreza extrema, com falta de suporte social básico (13,15,16).

A violência no ambiente familiar faz com que as crianças maltratadas apresentem risco de desenvolver múltiplos agravos à saúde, além de implicações psicológicas nas vítimas e familiares como problemas de saúde mental, depressão, estresse pós-traumático, baixa autoestima, problemas sociais, comportamento suicida, agressão, desvios de conduta, déficit de atenção e hiperatividade, problemas comportamentais como delinquência, comportamento sexual de risco, além, do uso de substâncias químicas. As sequelas, como problemas comportamentais e desordens mentais, por vezes se associam às injúrias físicas (17). Apesar disso, somente uma fração destas crianças recebem os serviços de atenção adequados (8).

Embora seja obrigatória a notificação em caso de suspeita ou mesmo de confirmação da violência doméstica (18), no Brasil ela tem sido subnotificada havendo uma falta de integração e escassez de dados (19).

Nas últimas décadas, programas de atenção à saúde da população buscam desenvolver ações integradas com equipes multidisciplinares, objetivando a promoção da saúde do indivíduo, inclusive em seu ambiente familiar. O cuidado com a criança e o adolescente inseridos na família implica no suporte a atenção afetiva e material que necessitam para um desenvolvimento adequado e para o cuidado com a vida e saúde. A Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência do município de Curitiba - Pr. (RPCAV), (Apêndice F) é um destes programas (13).

A implantação da RPCAV, pelo Governo Municipal ocorreu no ano de 2000, motivada pela magnitude da violência que acometia crianças e adolescentes no município de Curitiba –Pr. (13). Tem por base a Doutrina Jurídica da Proteção Integral, onde toda criança e adolescente, brasileiro até 18 anos de idade, é considerado de interesse frente à família, sociedade e Estado. Fundamenta-se no sistema de Notificação Obrigatória de toda forma de violência suspeita ou confirmada, com base legal na Constituição Federal (Artigo 227º), e, Estatuto da Criança e do Adolescente (Artigos 13º e 245º). Envolve mais de 200 instituições governamentais e não governamentais. Estimula a notificação dos casos de violências, capacitando os profissionais para sua percepção, por meio de um trabalho integrado e intersetorial. Ainda, oferece atenção às vítimas, agressores e suas famílias, acompanhando e monitorando os casos, buscando o envolvimento da

comunidade nas ações preventivas. Sua atuação é educadora e não punitiva junto às famílias violentas, além da proteção e manutenção da criança e do adolescente em seu lar. Dá atenção sistemática ao fluxo de encaminhamento, referentes ao Conselho Tutelar, Serviço de Atendimento ao Vitimizado (SAV) e banco de dados gerenciado pela Secretaria Municipal da Saúde (13). Possui um Protocolo, que reconhece a natureza dos atos violentos, denominados de abusos ou maus-tratos, em violência física, psicológica, sexual, negligência e abandono (11,13).

A Violência Física ou abuso físico configura-se no uso da força de forma intencional para a produção de ferimentos à criança e ou adolescente, pode deixar marcas corporais evidentes ou não, da dor até a morte (13,14,20). Manifesta-se por meio de cintadas, tapas, beliscões, torções, chutes, empurrões, arremessos de objetos, queimaduras, estrangulamentos, perfurações, mutilações e outros (13). Os agressores são principalmente o pai, padrasto ou os pais (21).

Nos Estados Unidos da América, no ano de 2006, ocorreram pelo menos 1.400 casos fatais de abusos com trauma na cabeça. Entre as diversas injúrias específicas, decorrentes do abuso físico, a mais comum é a contusão de pele (22).

No Brasil, embora o Código Penal e o Código Civil Brasileiro possuam artigos que punam os maus-tratos, alguns grupos sociais e famílias ainda perpetuam esta prática (14). É preocupante considerar que as crianças que sofrem estas punições podem não perceber estes castigos como violência, e incorporar estes valores culturais, considerando merecimento, ou uma medida com intenção educativa (23).

A violência psicológica, ou agressão verbal, geralmente está associada a outras formas de abuso (19, 24), mas pode ocorrer de forma isolada em um número pequeno de casos (24). Põe em risco ou causa dano ao desenvolvimento da criança ou do adolescente, à sua autoestima e identidade (10). Manifesta-se por atos de rejeição, depreciação, desrespeito, discriminação, punições humilhantes, cobranças exageradas (25,13), sob a forma de agressões verbais (26) ou gestuais, visando aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade, ou ainda isolá-la do convívio social (1). Quando a vítima é uma criança ou adolescente, este abuso tem efeito devastador sobre sua autoestima, principalmente quando os pais ou responsáveis não lhe demonstram afeto, favorecendo a formação de personalidades vingativas, depressivas, e a desejos, tentativas ou execução de suicídios (1).

Estudo com mães violentas e seus filhos, vítimas de maus-tratos psicológicos, submetidos à agressão verbal crônica por meio de ameaças e insultos frequentes, evidenciou a geração de desajustamentos comportamentais infantis e na adolescência (26).

A violência ou abuso sexual compreende o ato ou jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais, na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga o outro à realização de práticas sexuais, por contato direto ou por exploração de adultos, com o objetivo de estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais, contra sua vontade, por meio da imposição de aliciamento, força física ou influência psicológica (intimidação, aliciamento, sedução), através de ameaças, uso de armas ou drogas (1,13,26,27).

Entre as suas variadas formas estão o assédio sexual, o estupro, o atentado violento ao pudor, a pornografia infantil, a exploração sexual, a pedofilia, e o incesto (13,26,27), manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas como o “voyeurismo” - obtenção de prazer sexual por meio da observação (25). A maior injúria decorrente deste tipo de abuso é a emocional. Embora algumas crianças apresentem lesões anogenitais, e doenças sexualmente transmissíveis (28).

A violência sexual não acontece somente nos lares, embora tenha neste ambiente sua predileção. Ela vitimiza os dois gêneros, no entanto a “mulher-criança” é a vítima mais prevalente (14,29,30,31).

A negligência, uma das formas mais frequentes de violência (32), está associada a elevados índices de morbimortalidade das crianças e adolescentes vitimizados. Para compreendê-la é necessário avaliar aspectos sociais, culturais, regionais, e situacionais, que interferem no que pode ser considerados como negligência ou não. É importante avaliar a responsabilidade parental no contexto de vida da família, seu acesso aos serviços ofertados pela comunidade, situação econômica, ambientes de segurança, depressão, violência doméstica e níveis de supervisão (32,33).

De acordo com a RPCAV, a negligência se refere a toda forma de omissão, ou o não provimento às necessidades básicas da criança e do adolescente, tanto



para o seu desenvolvimento emocional, como físico ou social (13). Está associada à pobreza, mas nem todas as famílias pobres são necessariamente negligentes (34).

Caracteriza-se pela pouca supervisão com cuidados inadequados ou falha dos membros da família quanto à proteção da criança ou adolescente. Refere-se aos tratamentos inadequados das doenças, com o não seguimento ou aderência às recomendações médicas, demora ou ausência a procurar os cuidados de saúde, ingestões de objetos, problemas dentários, má nutrição, déficit de desenvolvimento e neurológico, fome, falta de prosperidade, higiene pobre, além das condições físicas e médicas que contribuem para uma pobreza cognitiva e educacional (33).

O abandono e a privação de cuidados, considerados extremos da negligência, é uma violência que se caracteriza pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém vulnerável, que deveria receber a atenção e cuidados dos seus familiares (1).

O protocolo utilizado pela RPCAV (13) tipifica a negligência em quatro modalidades mais frequentes, a de proteção quando a criança ou adolescente são expostos a ações e/ou omissões que lhe promovam riscos, como o de violência sexual (35) prejudicando sua integridade, desenvolvimento, além de violar seus direitos fundamentais. Outra forma se refere a negligência à saúde, onde o indivíduo não recebe condições para manutenção de sua saúde, sem cuidados com suas necessidades básicas como higiene e alimentação. A negligência à educação, diz respeito aos pais ou responsáveis, que deixam de efetuar para seus filhos ações como matrículas, acompanhamento e desenvolvimento escolar, atendimentos da escola ou do Centro de Educação Infantil para tratamento terapêutico, ou outros afins (13). Por fim, a negligência estrutural se refere às ações na vida da criança e do adolescente, decorrentes de questões estruturais, econômicas, sociais associadas às condições de vida fora de controle de sua família, que vulnerabiliza seu crescimento e desenvolvimento (13,20). A literatura ainda cita a falta de comida, roupas, abrigo se enquadrando como um subtipo de negligência física (36).

Mediante a importância epidemiológica da violência impetrada contra este grupo considerado vulnerável e das sequelas biopsicossociais associadas, é fundamental conhecer o perfil de casos na população. Assim, o presente estudo buscou identificar e analisar os casos de violência infanto-juvenil registrados na

RPCAV de Curitiba - Brasil, no período de 2004 a 2009, com ênfase na violência doméstica.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo caracterizou-se como descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados da base de notificações da RPCAV, de Curitiba- Brasil, considerando os registros eletrônicos das fichas de notificação inseridos no Programa EPI-INFO, entre janeiro de 2004 (ano da criação da base de dados eletrônica) a dezembro de 2009.

Foram incluídas todas as notificações de violência contra crianças e adolescentes que residissem no município de Curitiba no período, com a idade das vítimas variando entre 0 a 18 anos. No total foram analisados 19.316 registros.

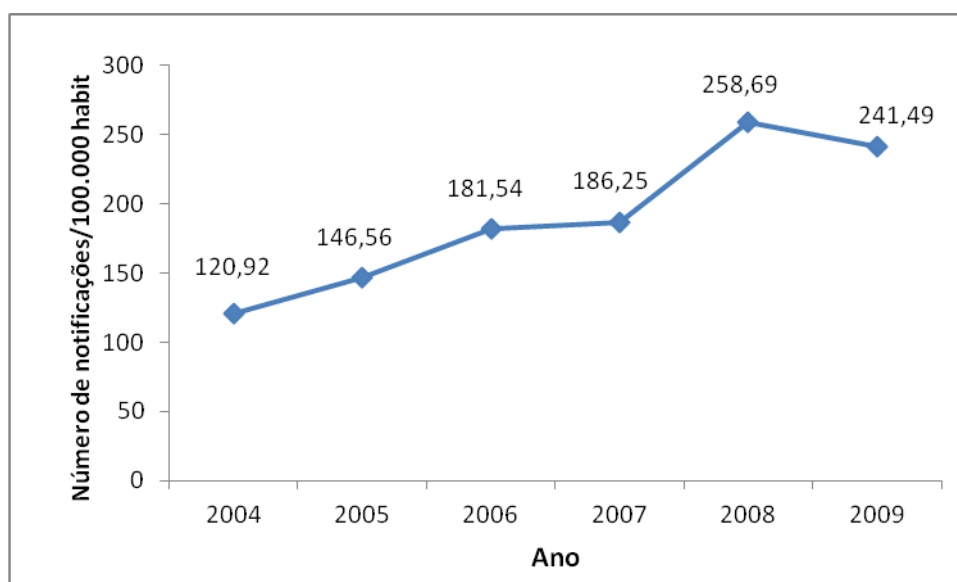
As informações investigadas incluíram variáveis sobre a caracterização da distribuição espacial das notificações da violência por Distrito Sanitário do município de Curitiba; ocorrência (notificação suspeita ou confirmada); unidade notificadora; tipos de violência e sua natureza física, sexual, psicológica, negligência ou abandono; frequência (eventual ou recorrente); gravidade do caso; perfil sócio-demográfico das vítimas (faixa etária, sexo, escolaridade); presença e tipo de lesão corporal detectável; e informações sobre o autor da agressão (vínculo com a vítima, dependência de álcool/droga ilícita).

Os dados foram armazenados no Programa EPI-INFO e analisados com o programa SPSS 17.0. Os resultados foram expressos em tabelas de distribuições de frequências simples e tabelas de contingências para os cruzamentos de variáveis, sendo utilizado o teste do Qui-quadrado e nível de significância de 5%.

Este estudo teve aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-Pr. em 28/04/2010 – Protocolo N. 5528 (Apêndice A), e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Curitiba em 26/07/2010 – Protocolo 54/2010 (Apêndice B), em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

O universo pesquisado foi composto por 19.316 registros de notificações de violência contra crianças e adolescentes, ocorridos no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009, em Curitiba (Figura 1). A idade média das vítimas foi de 7,8 anos. Observa-se um aumento do número proporcional de registros da violência na população de 0 a 18 anos, no período de 2004 a 2008, com leve decréscimo no ano de 2009.



**Figura 1** – Série histórica do número de notificações por violência de residentes em Curitiba – Pr. por 100.000 habitantes, na população de 0 a 18 anos.

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da RPCAV

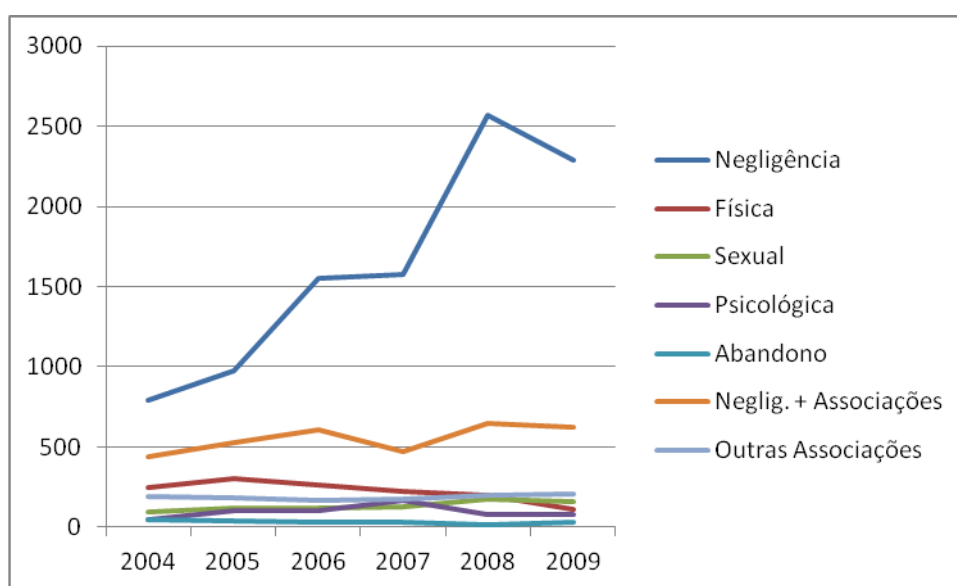
As instituições integrantes da RPCAV, que mais notificaram no período avaliado foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 5.764 casos (29,8%), as Escolas/Centros Educacionais com 5.488 (28,4%), o Serviço de Atenção ao Vitimizado da Fundação de Assistência Social (SAV/FAS) com 4.387 (22,7%), e os hospitais 3452 (17,9%).

Considerando a distribuição espacial das notificações de violência por Distrito Sanitário (DS) da cidade de Curitiba (2004 a 2009), do total de 19.316 registros, o DS do Cajuru, localizado na região oeste da cidade, teve maior número de

notificações com 3.286 casos (17,0%), seguido pelo DS do Pinheirinho – 3.167 casos (16,4%), DS Boa Vista 2.791 (14,4%), DS Boqueirão – 2.217 (11,5%), DS Cidade Industrial – 2.163 (11,2%), DS Bairro Novo – 1.970 (10,2%), DS Portão – 1.929 (10%). O menor número de notificações foi observado nos DS de Santa Felicidade (SF) – 1.064 (5,5%) e Matriz (MT) – 729 casos (3,8%).

Do total de casos de violência notificados no período de estudo com informação disponível, a grande maioria (70%) foi confirmada. A violência doméstica representou 88,4% dos casos notificados (17.082), enquanto que a violência extrafamiliar 8,1% (1.561casos). Consideradas em separado, a violência fetal (466) e a autoagressão (103) compuseram somados 2,9% dos casos. Em 104 casos não houve registro do tipo de violência.

Os resultados apresentados a seguir foram obtidos da análise dos dados da violência doméstica (n=17.082), por ter sido esta a mais prevalente no período estudado. De acordo com estes dados apresentados na Figura 2, observa-se a prevalência de casos de negligência às crianças e adolescentes no município de Curitiba no período 2004-2009, com 9.742 (57%) notificações. Na sequência, a violência física foi notificada com 1341 casos (7,9%), a violência sexual com 796 casos (4,7%), a psicológica apresentou 574 casos (3,4%) e por último o abandono com 190 casos (1,1%).



**Figura 2:** Número de casos por ano das notificações, de acordo com a natureza de violência doméstica contra crianças e adolescentes registrados pela RPCAV – Curitiba- PR, no período de 2004/2009.

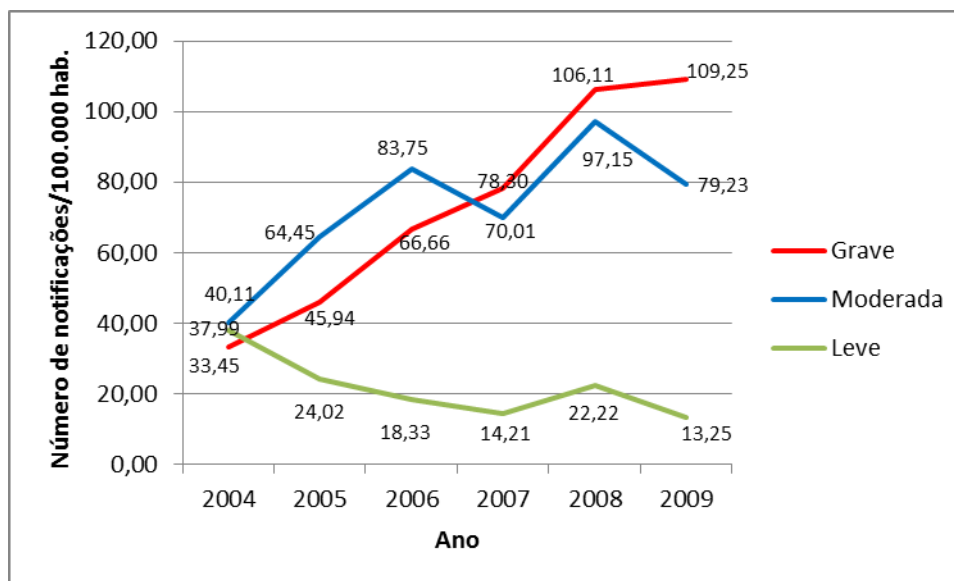
Fonte: CE/SMS – Banco de dados da RPCAV

Os achados mostraram também, que em uma mesma notificação pode-se ter a negligência associada a outras violências. Foram notificados 3.312 casos (19,4%) desta situação, principalmente associados à violência psicológica e a física. A associação de outras formas de violência exceto a negligência ocorreu em 1.127 casos (6,6%).

Considerando os tipos de negligência encontrados, do total de casos válidos (9.102), a negligência de proteção foi a mais frequente com 2.261 casos (24,8%), seguida pela negligência à educação em 931 casos (10,2%) e negligência à saúde, com 723 casos (7,9%). A negligência estrutural foi registrada em 123 casos (1,4%). Porém, a associação destes diferentes tipos de negligência foi a ocorrência mais prevalente no período com 5.053 casos (55,5%). Outros tipos de negligência foram registrados em 11 casos (0,1%).

Para a análise da frequência de notificações da violência doméstica (n=17.082), considerou-se a história da criança e do adolescente, sendo avaliado se a agressão ocorrera pela primeira e única vez, ou se já havia acontecido anteriormente. A primeira vez foi observada em 3.410 casos (20,0%), enquanto em 478 foram consideradas eventuais (2,8%). Embora em 8.545 notificações (50,0%) não houvesse registro deste item, 4.649 casos (27,2%) foram considerados crônicos, ou seja, recorrentes ao longo do período (2004-2009), evidenciando episódios de maus-tratos acontecendo por mais de uma vez com estas vítimas.

A avaliação da gravidade do caso baseou-se em informações da notificação obrigatória sobre características da vítima, do tipo da agressão, da família, além do provável autor da agressão. Os casos de violência registrados considerados graves totalizaram 7.497 (43,9%), seguidos por casos considerados moderados 7.388 (43,3%) e leves 2.192 (12,4%). Observou-se que no decorrer do tempo (2004-2009), o número de notificações proporcional por 100.000 habitantes de violência leve e moderada têm diminuído, e as notificações dos casos de violência grave tem aumentado (Figura 3).



**Figura 3:** Número de notificações da violência doméstica contra crianças e adolescentes por 100.000 habitantes, de acordo com a gravidade, registrados pela RPCAV – Curitiba- PR, no período de 2004/2009.

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da RPCAV

As faixas etárias das vítimas com maior número de notificações de violência doméstica, no período estudado, foram as de 5 a 9 anos de idade, com 5.695 casos (33,5%) e de 10 a 14 anos, com 4.840 casos (28,5%), seguidas da faixa de crianças de 1 a 4 anos, com 3.076 casos (18,1%). Para as crianças menores de 1 ano foram registrados 2.037 casos (12,0%), adolescentes de 15 a 18 anos 1.301 notificações (7,7%), e ainda, 54 registros (0,3%) para violência fetal.

A análise bivariada (Tabela 1) demonstrou associação estatisticamente significativa entre a natureza da violência doméstica, sexo ( $p=0,00$ ) e faixa etária ( $p=0,00$ ).

Considerando a faixa etária e a natureza da violência (Tabela 1), crianças de 5 a 9 anos foram mais atingidas em ambos os sexos, nas diversas modalidades de violência, em especial a negligência, seguida por esta e suas associações. Com relação à terceira posição, para as meninas foi detectada a violência sexual, e para os meninos a violência física.

A segunda faixa etária mais atingida (Tabela 1) foi a compreendida entre 10 a 14 anos. Também houve maior prevalência da negligência, seguida por esta e suas associações e violência física, para ambos os sexos.

**Tabela 1:** Análise bivariada das notificações de violência doméstica de acordo com a faixa etária, natureza da violência e sexo, registrados pela RPCAV – Curitiba- PR, no período de 2004/2009.

Natureza da Violência	Faixa Etária									
	< 1 ano		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 18	
	F n(%)	M n(%)	F n(%)	M n(%)	F n(%)	M n(%)	F n(%)	M n(%)	F n(%)	M n(%)
<b>FÍSICA</b>	<b>24</b> (3,7)	<b>12</b> (1,8)	<b>101</b> (15,5)	<b>124</b> (18,3)	<b>229</b> (35,1)	<b>310</b> (45,7)	<b>207</b> (31,7)	<b>189</b> (27,8)	<b>91</b> (14,0)	<b>44</b> (6,5)
<b>SEXUAL</b>	<b>8</b> (1,2)	<b>1</b> (0,7)	<b>206</b> (31,6)	<b>49</b> (34,8)	<b>240</b> (36,8)	<b>76</b> (53,9)	<b>154</b> (23,6)	<b>11</b> (7,8)	<b>44</b> (6,7)	<b>4</b> (2,8)
<b>PSICOLÓGICA</b>	<b>7</b> (2,5)	<b>8</b> (2,8)	<b>65</b> (22,9)	<b>80</b> (27,8)	<b>114</b> (40,1)	<b>103</b> (35,8)	<b>66</b> (23,2)	<b>82</b> (28,5)	<b>32</b> (11,3)	<b>15</b> (5,2)
<b>NEGLIGÊNCIA</b>	<b>769</b> (19,2)	<b>841</b> (15,0)	<b>750</b> (18,8)	<b>843</b> (15,1)	<b>1095</b> (27,4)	<b>1844</b> (32,9)	<b>1043</b> (26,1)	<b>1765</b> (31,5)	<b>342</b> (8,6)	<b>307</b> (5,5)
<b>ABANDONO</b>	<b>26</b> (26,3)	<b>17</b> (19,5)	<b>26</b> (26,3)	<b>23</b> (26,4)	<b>18</b> (18,2)	<b>25</b> (28,7)	<b>23</b> (23,2)	<b>18</b> (20,7)	<b>6</b> (6,1)	<b>4</b> (4,6)
<b>NEGLIGÊNCIA + Outras Associações</b>	<b>137</b> (8,9)	<b>113</b> (6,5)	<b>310</b> (20,1)	<b>349</b> (20,0)	<b>494</b> (32,1)	<b>685</b> (39,2)	<b>431</b> (28,0)	<b>497</b> (28,4)	<b>169</b> (11,0)	<b>103</b> (5,9)
<b>Outras Associações</b>	<b>5</b> (0,8)	<b>9</b> (1,9)	<b>79</b> (12,4)	<b>71</b> (14,7)	<b>231</b> (36,2)	<b>231</b> (47,9)	<b>206</b> (32,3)	<b>148</b> (30,7)	<b>117</b> (18,3)	<b>23</b> (4,8)

valor de  $p < 0,01$

Fonte: CE/SMS – Banco de dados da RPCAV

A análise da gravidade da violência sofrida revelou diferença estatisticamente significativa por faixa etária ( $p=0,00$ ). Maior número de casos moderados e graves foi observado nas faixas etárias de 5 a 9 anos (respectivamente 35,3% e 29,8%), seguida de 10 a 14 anos (30,1% e 27,5%). Não houve diferença importante na gravidade dos casos em relação ao sexo das vítimas.

Mais da metade das crianças e adolescentes, 11.440 casos (67,0%), estavam frequentando a escola quando foram vitimizadas. Em 880 notificações esta informação não estava disponível.

Lesões físicas aparentes, decorrentes das diferentes naturezas da violência foram registradas em 3.453 casos (20,2%). Foi encontrado um grande número de hematomas (76,3%) e cortes (11,3%), localizados principalmente na região de cabeça (31%), membros superiores (18,9%) e inferiores (15,7%), dorso ou costas (10,4%).

Do total de 17.082 casos de violência doméstica, a mãe destacou-se como responsável em 8.896 casos (52,1%), seguida pelo pai em 3.921 casos (23,0%). Outros membros da família (padrasto, madrasta, cônjuge/companheiro ou irmão/irmã) foram responsabilizados em 3.886 notificações (22,7%). Em 0,2% das notificações o responsável foi um desconhecido.

Diferenças significativas foram observadas quanto à natureza da violência e o sexo do agressor ( $p=0,00$ ). A violência física, sexual e a psicológica contra crianças e adolescentes, no período estudado, foram majoritariamente promovidas pelo pai da vítima, enquanto que a violência na forma de negligência, ou seu extremo o abandono, além das associações de outras violências com a negligência, tiveram a mãe como principal agressora. Das notificações válidas (4.383), 20% dos agressores eram usuários de álcool ou drogas ilícitas, ou ambos.

## **DISCUSSÃO**

A violência é um problema real na atual sociedade, permeando os segmentos culturais, socioeconômicos e étnicos. No Brasil, apesar da nítida construção da consciência social da violência, o maior desafio ainda é conhecer a realidade deste problema (37). Casuísticas fidedignas são etapas iniciais para desenvolver, ou até sugerir modificações em programas de atuação existentes (4).

Este estudo mostra a série histórica das notificações de violência contra crianças e adolescentes residentes em Curitiba – Brasil para a faixa etária de 0 a 18 anos, registradas pela RPCAV no período de 2004 a 2009. Nessa série observa-se que a prevalência de violência vem aumentando, apesar da ligeira queda apresentada em 2009, sugerindo que as instituições participantes da RPCAV têm registrado um maior número de notificações, cumprindo seu papel de dar visibilidade à violência praticada contra este grupo populacional considerado vulnerável (13,38).

A análise das notificações registradas pela RPCAV, no período estudado, revelou um total de 19.316 casos de violência com o predomínio da violência doméstica em 88,4% das notificações. Esse percentual está acima dos dados apresentados pela Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA para 27 municípios brasileiros nos anos de 2006 e 2007, quando foram observados 58% de casos de violência contra crianças de 0 a 9 anos de idade, e 50% na faixa etária de 10 a 19 anos ocorrendo nas residências das vítimas (11).

Estes percentuais são relevantes, pois evidenciam que este tipo de injúria está ocorrendo dentro da família, sendo cometido por alguém que deveria proteger a criança e/ou adolescente, demonstrando a vulnerabilidade deste grupo em relação



aos adultos (13). Costa et al. (32) encontraram valores similares ao presente estudo, ao descrever que de 1.293 registros de violência contra crianças e adolescentes (0-19 anos), estudados em Feira de Santana – Bahia (2003-2004), 78,1% tinham origem domiciliar.

A respeito da natureza da violência doméstica notificada no município de Curitiba, a negligência foi a modalidade mais prevalente em todo o período, sugerindo que ela está presente em vários aspectos da vida da criança e do adolescente. Estes resultados concordam com outros estudos realizados no Brasil, como o de Costa et al. (32), e Terra et al. (39), avaliando 68 casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes (0-12 anos de idade) de Alfenas – Minas Gerais, no período de 1999-2001. A literatura internacional também aponta que nos Estados Unidos da América, de forma semelhante a estes dados, a negligência foi a forma mais comum de maus-tratos infantis, afetando 60% ou mais das crianças registradas no Child Protective Services (7).

O estudo de Brito et al. (19), realizado no Brasil, avaliando 55 famílias em Ribeirão Preto, encontrou um maior número de notificações para a violência física (58%), ficando a negligência em segunda posição, junto com a violência psicológica, cada uma com 34,5%. A faixa etária que mais sofreu violência estava entre sete e onze anos. Estes achados também destacam a ocorrência de associações entre os diferentes tipos de violência, similares a esse estudo.

A baixa prevalência de notificações da violência física no presente estudo (7,9%) talvez possa ser justificada pela observação de que esta injúria possui uma alta aceitação social, inclusive em meios intelectuais, onde o uso desta prática pode ser considerado normal e rotineiro, como medida punitiva às crianças devido às transgressões de normas de convivência vigentes (19), por isso não notificada pela sociedade. No entanto, estudos avaliando outras regiões brasileiras, como Rio de Janeiro, São José do Rio Preto (0-12 anos), Salvador-Bahia (0-18 anos) (4,19,31) registraram altos índices de violência física.

A respeito da violência sexual, observam-se diferenças regionais, pois os achados dessa pesquisa revelaram 4,7% no período, divergindo do apresentado pelo VIVA no Brasil (2006-2007) com alta prevalência (44%), principalmente envolvendo meninas de 0 a 9 anos de idade, e 56% em adolescentes de 10 a 19 anos (11). Nos achados de Brito et al. (19) este valor foi de 29% das notificações.

A frequência da violência psicológica encontrada nesse estudo também foi pequena (3,4%), próxima à encontrada por Brito et al. (19) de 4% com crianças de São José do Rio Preto, embora contrastando com o estudo de Moura (4), que encontrou mais de 90% de casos deste tipo de violência. A dificuldade da identificação e notificação da violência psicológica pode justificar a pouca notificação destes casos, uma vez que ela não deixa vestígios no corpo, sendo, portanto mais difícil de ser percebida (29). Assim, embora a RPCAV procure, por diferentes formas, sensibilizar os profissionais para detectar e atuar sobre as situações de injúrias pode ser que este tipo de violência esteja subnotificado no município.

Nesse estudo, a negligência foi encontrada nas suas modalidades mais frequentes, em especial a negligência de proteção, à educação, à saúde e estrutural. No entanto, é relevante ressaltar que, a associação dos diferentes tipos de negligência teve altos percentuais (32,8%), significando que o mais frequente é a negligência em vários aspectos da vida da criança e do adolescente. Em outro estudo, avaliando a faixa etária de 0 a 19 anos de idade (2003-2004) (32), prevaleceu a negligência por omissão aos cuidados básicos e o abandono. Pesquisa analisando a negligência à criança, registrada pelos dados do Conselho Tutelar do município de Alfenas – Minas Gerais (1999-2001) observou uma frequência de 54,41% de negligência à educação, alimentação, higiene e vestuário, medicação e abandono (39).

Em Curitiba, no presente estudo a metade dos registros de violência doméstica analisados evidenciou a violência contra crianças e adolescentes como uma condição crônica, recorrente. Esta análise é preocupante, pois embora se perceba um alto impacto das ações da RPCAV ao longo do período em relação à prevenção da violência doméstica e maior visibilidade do fenômeno por meio dos equipamentos notificadores, há necessidade de maior resolutividade quanto à atuação sobre os casos crônicos, sugerindo a necessidade de um acompanhamento mais efetivo destas famílias por meio de educação profissional efetiva e suporte social em Rede.

Ainda, considerando a gravidade das diferentes injúrias, o fato da violência grave e moderada ter um maior índice de notificações, pode estar associado ao fato que a violência doméstica geralmente só é denunciada quando se manifesta de forma aguda, isto é, quando ocorrem danos físicos importantes, ou quando a vítima

vai a óbito, o que sugere que índices maiores de maus-tratos podem estar acontecendo (29). No entanto, deve-se estar atento, pois mesmo uma punição mais leve é uma porta aberta para um quadro de violência mais grave (14, 23, 40).

A análise do perfil sócio-demográfico das vítimas observou uma predominância da violência doméstica nas faixas etárias de 5 a 14 anos de idade (62,0%). Outras investigações da literatura encontraram alta frequência na faixa etária de 2 a 13 anos (32), 3 a 14 anos (39) e de 11 a 15 anos (31). Destaca-se a vulnerabilidade do presente estudo nas vítimas de 1 a 14 anos, em especial as de 5 a 9 anos nas diferentes formas da violência doméstica (física, psicológica, sexual, negligência e abandono).

Considerando o sexo da criança e do adolescente, observou-se maior prevalência de violência sexual em meninas na faixa etária de 1 a 9 anos. Já a violência física ocorreu em ambos os sexos, principalmente na faixa etária de 5 a 14 anos, semelhante ao estudo de Carvalho (41). Brito et al. (19), citou existir uma variação em relação ao sexo, que pode ser influenciada com o passar da idade, isto é, até os sete anos os meninos sofrem mais violência doméstica, a partir daí ocorre inversão destes valores e as meninas são as mais atingidas. Esta observação também pode ser verificada nesse estudo. Ainda, autores relacionam a violência física e a psicológica equilibrada entre os sexos (19), ou a física levemente maior entre as meninas, principalmente na adolescência (14). Há evidências de que a violência sexual é mais frequentemente observada no sexo feminino (19,30,31,39).

Cerca de 67% dos casos notificados no presente estudo diziam respeito a violência contra crianças e adolescentes que estavam frequentando escolas. Dessa forma, tem relevância a orientação preventiva à violência que pode ser dada às crianças e adolescentes neste ambiente. Ainda foi observado que um significativo número das notificações analisadas foi feita por escolas e Centros de Educação Infantil. Isto possibilita dizer que estes profissionais têm cumprido seu importante papel de enfrentamento à violência doméstica, por meio de um olhar mais atento aos sinais de risco (4), notificando e sendo participantes ativos do trabalho da Rede (13). Entretanto, nem sempre é fácil identificar sinais de violência. Alguns tipos, como a sexual e a psicológica, não costumam deixar marcas físicas, dificultando a identificação e o diagnóstico. Mas deixam marcas psíquicas e emocionais que a criança ou o adolescente levará por toda a vida, o que justifica que o profissional da

saúde, educador ou a própria sociedade avaliem melhor a criança ou o adolescente, por meio de uma análise que vá além da visualização dos sinais clínicos físicos, observando o comportamento e atitudes da família, e conflitos com a possível vítima (29). No presente estudo, somente 20,0% das lesões eram visíveis, o que sugere que a suspeita de violência está sendo observada e notificada além dos sinais clínicos físicos. Esses achados concordam com os de Carvalho et al. (31) com 22,2%.

Dentre as lesões físicas encontradas, destacam-se as localizadas na região de cabeça, membros superiores e inferiores que podem ser justificadas pela menor altura da vítima em relação ao agressor nas faixas etárias prevalentes neste estudo (5 a 14 anos), bem como os membros superiores e inferiores, como posicionamento de defesa quando da agressão. A maior prevalência de lesões em cabeça e pescoço foi similar ao estudo de carvalho et al. (31), avaliando crianças e adolescentes (0-12 anos) de Salvador, enquanto que outro estudo com crianças e adolescentes de Curitiba (42), observou maior prevalência das lesões na região das nádegas (64,7%), pernas (36,55) e braços (27,6%).

Esse estudo evidenciou que a maior parte dos casos de violência é provocada pela própria família, tendo a mãe como principal responsável, seguida do pai e outros parentes. Esses achados são similares a estudos nacionais (11,19). Sendo assim, observa-se que a família, almejada como um ambiente onde deveriam ser efetivados os direitos referentes à vida, à saúde e à educação da criança e do adolescente, e os pais os responsáveis pelo cumprimento desta tarefa (18,43), conforme preconizado no artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (18), muitas vezes acaba se tornando local inseguro, desprovido de qualquer forma de respeito e proteção (43) para o desenvolvimento das crianças ou adolescentes.

A associação da mãe como responsável em casos de negligência e suas associações, enquanto o pai é associado à violência física, psicológica e sexual, concordam com a literatura (15,19,29,31,39,40). Entretanto, outro estudo realizado em Curitiba em 2004 (42) encontrou a mãe como principal agressora da violência física. Os autores justificaram citando que as mães eram as responsáveis pela disciplina das crianças e adolescentes, além de algumas serem famílias monoparentais maternas.

A afirmativa de que a mãe é a maior responsável pela negligência justifica-se devido ser ela, geralmente, a maior responsável pelos cuidados diários da criança ou do adolescente. Já a força física leva o pai à violência física, às vezes pelo uso de práticas educativas ineficazes (44).

Observou-se casos de dependência de álcool ou droga ilícita pelo agressor em 20% dos casos de violência notificados nesse estudo, semelhante aos achados de Ayala et al. (30).

Os agravos decorrentes da violência doméstica são inúmeros, podendo promover na criança e no adolescente, lesões e traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais, ansiedade, depressão, pensamentos suicidas ou estresse pós-traumático, impulsividade, agressão, delinquência, uso de substâncias químicas, comportamento sexual de risco, hiperatividade, alterações de conduta na escola e na comunidade, fobias, insônia e baixa autoestima (1,17,45,46). Sendo assim, é relevante o reconhecimento da dimensão da violência na sociedade e fatores a ela associados, com o objetivo de apoiar a ação responsável e efetiva na prevenção de sua ocorrência e no desenvolvimento de estratégias de suporte a suas vítimas.

Conclui-se que a análise descritiva da violência, nos dados coletados da RPCAV do município de Curitiba - Brasil, no período de 2004 a 2009, mostrou a violência doméstica como a mais prevalente, tendo a negligência como a forma mais registrada no período, seguida pelos maus-tratos físicos, sexuais e psicológicos, associados ou não. A principal notificada nos casos registrados foi a mãe. Este ambiente deve ser alvo de medidas preventivas a ser oferecida pelo governo em suas diversas instâncias.

A faixa etária mais vulnerável a todos os tipos de violência foi a de 5 a 14 anos de idade, não havendo diferença significativa entre os sexos.

Um significativo número de casos de violência foi considerado como recorrente, ou crônico o que evidencia a necessidade de mecanismos de monitoramento e proteção das vítimas.

Verificou-se que lesões físicas estiveram presentes somente em 20,2% dos casos, o que justifica uma melhor avaliação da criança e adolescente a ser feita pelo profissional da saúde, educador ou pela própria sociedade, em uma análise que vá além dos sinais clínicos físicos da violência, como a observação do comportamento

e atitudes da família com a possível vítima, já que nem sempre as lesões decorrentes da violência doméstica são visíveis.

Observa-se em Curitiba, como no restante do Brasil, um triste cenário de violação dos direitos da criança e do adolescente, estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069 de 1990, onde nem sempre os preceitos legais, desta parcela vulnerável da população, estão sendo assegurados.

Apesar disto, está ocorrendo uma maior visibilidade da violência doméstica no município, sugerindo a eficácia das estratégias promovidas pela RPCAV e as instituições de notificação neste período, com o envolvimento de diferentes instituições e pessoas, cumprindo seu papel de proteção à criança e ao adolescente.

## Referências

1. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P. Impactos da Violência na Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. p. 21- 42.
2. Cavalcanti AL. Abuso Infantil protocolo de atendimento odontológico. *RBO* 2001 Nov/Dez; 58(6): 378-340.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005 jul-ago; 21(4): 1124-1133.
5. WHO - World report on child injury prevention. UNICEF. 2008. Acesso em: 07 out. 2009.  
Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf)
6. Finkelhor D, Jones L. Why have child maltreatment and child victimization declined? *Journal of Social Issues* 2006; 62: 685-716.
7. Department of Health and Human Services (US). (2008). Administration for children and families, Administration on children, Youth and Families, Children's Bureau (2008). *Child maltreatment 2006*. Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System US. Washington, DC: Government Printing Office; 2008.
8. Shipman K, Taussig H. Mental health treatment of child abuse and neglect: the promise of evidence-based practice. *Pediatr. Clin. North Am.* 2009 Apr; 56(2): 417-28.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 154 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Versão preliminar. Brasília, DF; 2010. 91 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 60 p. (Painel de Indicadores do SUS, 5).
12. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(N.esp): 112-20.
13. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência. 3ª ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Curitiba; 2008. 160 p.
14. Guerra VND de. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez Editora; 2008. 262 p.
15. Bringiotti MI. As famílias em “situação de risco” nos casos de violência familiar e maus-tratos infantil. *Texto contexto Enferm.* 2005; 14(Nesp), 38-46.
16. Sousa C, Herrenkohl TI, Moylan CA, Tajima EA, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to Domestic Violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *Journal of Interpersonal Violence* 2011; 26(1): 111-36.
17. Kayris SW, Johnson CF, and the American Academy of Pediatrics. The psychological maltreatment of children-technical report. *Pediatrics* 2002; 109: 68-70.



18. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.069 de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
19. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça R de CV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 143-9.
20. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra criança e adolescentes In: Westpahl MF, organizador. Violência e criança. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.
21. Alexandre GC, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim M. The presence of stepfather and child physical abuse, as reported by a sample of Brazilian mothers in Rio de Janeiro. *Child Abuse & Neglect* 2010; 34(12): 959-66.
22. Newton AW, Vandeven AM. Unexplained infant and child death: a review of sudden infant death syndrome, sudden unexplained infant death, and child maltreatment fatalities including shaken baby syndrome. *Current Opinion in Pediatrics* 2006; 18: 196-200.
23. Donoso MTV, Ricas J. Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. *Rev. Saúde Pública* 2009; 1(43): 78-84.
24. Paluci VC, Fisher H. Child Abuse and Neglect: a diagnostic guide for physicians, surgeons, pathologists, dentists, nurses and social workers. London: Manson Publishing Ltda; 2011.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 296p.
26. Moore TE, Pepler DJ. Wounding words: Maternal Verbal Aggression and Children's Adjustment. *Journal of Family Violence* 2006 Jan; 21(1): 89-93.

27. Silva LL da, Coelho EBS, Caponi SNC de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface* (Botucatu). 2007; 11(21): 93-103.
28. Adams JA et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2007; 20: 163-72.
29. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito RS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificados em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4): 602-8.
30. Ayala RC, Rivera LR, Llerenas AA, Cerón ED, Leigh BA, Ponce EL. Factors for sexual abuse during childhood and adolescence in students of Morelos, Mexico. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3): 506-14.
31. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(2): 539-46.
32. Costa COM, Carvalho RC de, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL de. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressões e manifestações de violência. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1129-41.
33. Dubowitz, H. Child neglect: guidance for pediatrics. *Pediatrics in Review* 2000; 21: 111-16.
34. Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr RH. Child neglect: outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics* 2002; 109: 1100-07.
35. Faria FS. Violência sexual familiar: significados da experiência vivida por duas crianças de 7 anos. 2008. 000 f. Tese de Mestrado Psicologia. PUC–Goiás. 2008.

36. Liu J et al. Malnutrition at age 3 years and lower cognitive ability at age 11 years. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2003; 157: 593-600.
37. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Blancard FT, Araújo JR, Rodrigues PFS. Ocorrência de maus-tratos na cidade de Caruaru –PE. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr.* 2006 Jan/Abr; 6(1): 65-70.
38. Oliveira VLA. A violência doméstica contra criança e adolescentes no município de Curitiba. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
39. Terra FS, Santos LES dos. A violência doméstica e a criança. *REME – Rev. Min. Enf.* 2006 Jul/Set; 10(3): 271-76.
40. Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2006; 33(4): 204-13.
41. Carvalho HMB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza [tese]. São Paulo: editora; 2010.
42. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de Psicol.* 2004; 9(2): 227-37.
43. Delfino V, Biasoli-Alves ZMM, Sagim MB, Venturini FP. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais da camada média e popular. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14: 38-46.
44. De Antoni C, Barone LR, Koller SH. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007 Abr/Jun; 23(2): 125-32.
45. Arcos EG, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia domestica em la salud infantil. *Rev. Med.* 2003; 131(12): 325-38.

46. Cuevas CA, Finkelhor D, Clifford C, Ormrod RK, Turner HA. Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse Negl.* 2010 Apr; 34(4): 235-43.

### 3 ARTIGO 3

O artigo será submetido ao periódico “Revista Ciência e Saúde Coletiva”.

#### **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PERFIL DE MÃES NOTIFICADAS POR NEGLIGÊNCIA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES, EM CIDADE DO SUL DO BRASIL**

*DOMESTIC VIOLENCE: PROFILE OF MOTHERS NOTIFIED FOR NEGLECT AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS, IN SOUTHERN CITY OF BRAZIL*

#### **RESUMO**

O objetivo deste artigo foi identificar o perfil de mães notificadas por negligência pela Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência, de Curitiba-Pr, no ano de 2009. A pesquisa exploratória teve abordagem qualitativa, com análise em profundidade de estudo de casos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. As 14 mães participantes residiam em um bairro da região sul da cidade, com maior prevalência de notificações de negligência no ano de 2009. A amostra final foi estabelecida por saturação. Após a transcrição das falas, realizou-se a análise qualitativa interpretativa por meio da Análise do Discurso. Os fatores desencadeantes da violência foram históricos de conflitos na infância, na adolescência e na vida adulta, algumas vezes com a coparticipação do álcool e drogas ilícitas. A percepção destas mães favorece a negação da violência perpetuada, compreendendo esta prática como uma forma de educação dos filhos, percebendo a violência por meio da extensão das sequelas físicas. Assim, a negligência para estas mães, pode não ser considerada uma violência. A intervenção junto a estas mães e seus familiares pode ter sucesso desde que se compreenda a violência familiar em seus vários aspectos de relações interpessoais, social, cultural e econômico.

**Palavras chave:** Violência doméstica, maus-tratos, negligência.

**ABSTRACT**

*The objective of this study was to identify the profile of the mothers who were notified for neglect by the Protection Network for children and adolescents in risk of violence, from Curitiba-Pr, in 2009. The exploratory research used qualitative approach, with analysis in depth of cases studies. The data collection was conducted by semi-structured interview. The 14 participant mothers lived in a neighborhood in the South of the city, from where most of the notifications came from in 2009. The final sample was established by saturation. After the transcription of the speeches, an interpretative qualitative analysis was performed using Speech Analysis. The violence triggers factors were historical of conflicts in infancy, adolescence and adult life, sometimes combined with alcohol and illegal drugs abuse. These mothers perception favors the denial of the perpetuated violence, understanding such practice as a way of bringing up their children, evaluating the violence on the basis of the extension of physical injuries. Thus, neglect could not be considered as violence. The intervention with the mothers and relatives can be successful as long as the domestic violence is understood in its social, cultural and economic aspects.*

**Key words:** *Domestic violence, child abuse, neglect.*

## INTRODUÇÃO

Embora a violência seja um fenômeno que ocorra desde a antiguidade, a violência doméstica dirigida à criança ou adolescente passou a ser mais discutida no final de 1980<sup>1-2</sup>. É também nessa época que se iniciam os primeiros programas de atenção e prevenção a essa problemática, previstos no artigo 87, inciso III, lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>3</sup>.

No Brasil, apesar do desenvolvimento de programas de atenção e prevenção ocorridos na década de 1990 e anos 2000, os estudos sistematizados sobre a importância da prevenção da violência têm sido poucos, com os esforços direcionados mais para o atendimento dado às vítimas do que propriamente para a prevenção a este fenômeno<sup>4</sup>.

No ano 2000 foi criada a Rede de Proteção à criança e ao adolescente (RPCAV) no município de Curitiba – Pr. (Apêndice F) atendendo as propostas do governo municipal, com o objetivo de inibir a violência doméstica contra a criança e o adolescente (0 a 18 anos), por meio da prevenção e coibição com ações integradas e intersetoriais, coordenada pela Secretaria Municipal da Saúde<sup>5</sup>.

A Rede envolve mais de 200 instituições governamentais e não governamentais. Estimula a notificação dos casos de violências, capacitando os profissionais para sua percepção, por meio de um trabalho integrado e intersetorial. Ainda, oferece atenção às vítimas, agressores e suas famílias, acompanhando e monitorando os casos, buscando o envolvimento da comunidade nas ações preventivas. É composta por uma equipe multidisciplinar e outros segmentos da sociedade civil. Sua atuação é educadora e não punitiva junto às famílias violentas, além da proteção e manutenção da criança e do adolescente em seu lar<sup>5</sup>.

O enfrentamento da violência no seio das famílias tem sido uma das difíceis tarefas da sociedade atual, motivo pelo qual se torna pertinente o aprofundamento de investigações acerca desse fenômeno, tanto pelas desastrosas sequelas de agravos à saúde, quanto pela repercussão nos diferentes segmentos da sociedade.

Este tipo de violência está relacionado às desigualdades sociais ou desajustes na família, iniquidades de gênero, e em menor grau a raça ou etnia, o que implica em reconstrução de conceitos de família, geração e classe social<sup>6</sup>.

A literatura<sup>5-7</sup> tem indicado que a família tem papel essencial no desenvolvimento dos filhos, no entanto, os pais muitas vezes tem sido apontados como os principais responsáveis por atos de violência no ambiente familiar. A violência doméstica se define como toda ação que prejudica o bem-estar, a integridade física ou psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família<sup>8</sup>. O agressor é um membro da família, incluindo pessoas que possam assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade<sup>5-7-8</sup>.

A violência doméstica se manifesta por várias formas, a violência física, sexual, psicológica, negligência, abandono<sup>3-5-9-10</sup>, sendo responsável por milhares de crianças e adolescentes vitimados no Brasil<sup>3-11-12</sup>. A criança devido à vulnerabilidade e dependência do adulto nas diversas etapas do desenvolvimento requer cuidados e proteção por longo período. Assim a negligência frequentemente é a primeira fase de outras naturezas de violência, podendo ter desdobramentos para violência física, sexual ou psicológica<sup>7</sup>

A violência física, bastante explorada pela literatura<sup>9-10-13-14</sup> também pode ser denominada de abuso físico ou maltrato físico<sup>10</sup>. Caracteriza-se como todo ato violento com uso da força física para a produção de lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outra pessoa de forma intencional, não acidental. É praticada pelos pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente. Ocorre em todos os segmentos da sociedade<sup>9-13-14</sup>. Embora exista a intenção educativa, o ato de bater facilmente pode transcender os limites colocados pelo próprio educador. Também, pode encobrir intenções conscientes ou não, motivadas por sentimentos de rejeição, ódio, frustração e raiva do adulto para a criança ou direcionado a ela<sup>15</sup>.

Já a violência sexual nomeia o jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais, a fim de estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais, contra sua vontade, por meio da imposição de aliciamento, força física ou influência psicológica, através de ameaças, uso de armas ou drogas<sup>3</sup>.

A violência psicológica, também chamada de maus-tratos psicológicos, refere-se às ações que põe em risco ou causam dano ao desenvolvimento<sup>14</sup>, ou gestuais



visando aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringindo-lhe a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social<sup>8</sup>.

A negligência, outra modalidade frequente de violência, pode ser um dos primeiros patamares para outros tipos de violência como a física, sexual e a psicológica, que podem ocorrer simultaneamente, de forma associada<sup>14</sup>. É uma palavra de etimologia latina *negligentia*, que significa desleixo, descuido, indiferença, inércia<sup>16</sup>. A negligência ou abandono (forma extrema de negligência) se define como uma situação onde as necessidades estruturais, emocionais e físicas como a alimentação, vestuário, higiene, proteção, educação e cuidados médicos ou cognitivos básicas da criança ou do adolescente, não são atendidas temporariamente ou permanentemente por nenhum membro da família<sup>5-17</sup>.

Ainda, pode significar omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento, como privação de medicamentos, cuidados necessários à saúde, higiene, ausência de proteção contra frio, calor, não estimular a frequência à escola<sup>18</sup>. As dificuldades sócio-econômicas da população levam a um questionamento sobre a existência ou não da intenção de culpa do responsável pelos cuidados da vítima. De qualquer maneira existe a necessidade de uma atitude de proteção em relação à negligência<sup>19</sup>.

A negligência está associada a elevados índices de morbimortalidade das crianças e adolescentes vitimizados, tendo na maioria das vezes a mãe como o autor responsável<sup>20</sup>.

Mediante a importância epidemiológica da violência impetrada contra este grupo considerado vulnerável e das sequelas biopsicossociais associadas, é fundamental conhecer o perfil destes casos na população e seus fatores determinantes. A proposta inicial desta pesquisa, após contato prévio com a RPCAV, foi responder às suas necessidades de atuação de maneira mais eficaz junto às mães notificadas por negligência, tipo mais comum de violência doméstica no município de Curitiba nos últimos anos (2004-2009), a fim de conseguir sua adesão aos programas e às propostas de estratégias preventivas, participando e levando seus filhos. Portanto, o objetivo deste artigo foi identificar o perfil de mães notificadas por negligência pela RPCAV de Curitiba-Pr, no ano de 2009.

## MÉTODOS

A pesquisa teve caráter qualitativo exploratório, com análise em profundidade de estudo de casos de negligência, praticado pela mãe às crianças e adolescentes.

A metodologia do estudo de um caso ou de um grupo deles, embora não tenha por meta a generalização dos resultados, contribui para a exploração de situações e tendências, por meio do debate das respostas criativas e singulares dos casos eleitos, permitindo identificar quais são as contribuições diante do contexto social <sup>4</sup>.

A análise do banco de dados da RPCAV de Curitiba, por meio de pesquisa quantitativa, com distribuições de frequências e análise espacial, possibilitou a identificação do Distrito Sanitário do Pinheirinho - Curitiba, com o maior número de casos de violência doméstica no ano de 2009, embora no período de 2004 a 2009 esta prevalência tenha sido maior no Distrito Sanitário do Cajuru. Em 2009, a negligência foi a modalidade mais prevalente, e o agressor mais notificado foi a mãe. Assim, procedeu-se a seleção dos casos notificados de negligência no Distrito Sanitário Pinheirinho para o estudo qualitativo e condução das entrevistas com essas mães.

As 14 mães participantes faziam parte de uma amostra intencional entre as 14 Redes participantes do Distrito Sanitário do Pinheirinho, sendo identificadas previamente. O contato com as mães foi estabelecido com o apoio da RPCAV, assessorada pela Secretaria da Saúde, da Educação e da Fundação da Assistência Social - FAS. Os convites foram entregues pelos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde do referido Distrito, para que a mãe comparecesse no dia e hora agendados, na escola ou Unidade de Saúde (UBS) que ficasse mais próxima à sua moradia ou Escola/Centro Educacional, onde a vítima criança ou adolescente estudava, a fim de participar da entrevista. Como critérios de inclusão a mãe deveria ter sido notificada por negligência à criança ou adolescente no ano de 2009, naquele Distrito, além de continuar residindo por lá. Foram excluídas pessoas notificadas por negligência neste período que não fosse a mãe, ou mães que estivessem em tratamento de saúde mental, ou não residissem mais no bairro, dificultando sua localização.

O método de amostragem por saturação foi utilizado como referência para definição do número de participantes. Este método é usado para suspender a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa repetição ou redundância <sup>21</sup>.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, semi-estruturadas. O roteiro teve como base um trabalho de investigação de violência doméstica <sup>22</sup>. O instrumento final foi composto por seis questões abertas e dez fechadas (Apêndice D). A fim de atender os objetivos da pesquisa, foram registradas informações sócio-demográficas para caracterização do grupo de participantes, como idade, etnia, escolaridade, estado conjugal e número de filhos. Foram explorados aspectos relativos ao contexto e dinâmica familiar como o planejamento da gestação da criança ou adolescente envolvido, identificação do cuidador da criança. Ainda, relativo ao perfil materno, se averiguou a possibilidade de sofrimento de violência doméstica anterior na família de origem (infância e adolescência) e na constituída, comportamento relacionado ao uso de drogas ilícitas e percepção da violência notificada.

Os dados foram coletados pela pesquisadora por meio de entrevistas realizadas e gravadas em uma sala individualizada, em uma única sessão, com duração média de 30 minutos, sendo utilizado um diário de campo para anotações secundárias (expressões, aparência), a fim de subsidiar a interpretação dos dados coletados e posterior contextualização. As entrevistas foram transcritas e analisadas qualitativamente.

Para a caracterização das respostas obtidas nas entrevistas, optou-se por identificar as mães com a letra M, seguida por número arábico correspondente à ordem da entrevista, exemplo M1, M2. Foi utilizada a Análise do Discurso (AD) <sup>23</sup> como referencial teórico para a análise dos relatos. Os dados foram organizados em temas e categorias.

Para Caregnato et al. <sup>24</sup>, a AD trabalha com o discurso (sentidos). A delimitação dos eixos temáticos, “recortes discursivos”, representam linguagem e situação. Esta técnica classifica os elementos que compõem a entrevista em unidades de texto, sob um título genérico, agrupando os assuntos em comum, organizando-os por meio de temas e categorias, assim distribuídos: a pré-análise tem início com a transcrição e organização das entrevistas e a exploração do

material, com determinação dos temas discutidos na pesquisa. Os temas incluíram: Percepção da mãe quanto ao histórico de violência doméstica observada ou vivenciada na infância e/ou adolescência na família de origem; Percepção da mãe quanto ao comportamento do marido/companheiro em relação aos filhos do casal/enteados e em relação a ela; Percepção da mãe em relação ao seu próprio comportamento com os filhos; Percepção da mãe quanto a sua vida atual; Percepção da mãe, em relação ao comportamento dos filhos; e aceitação ou não da notificação pela RPCAV.

Após a codificação e classificação dos dados das entrevistas, foi feita análise e organização inicial das informações em planilha Excel para posterior separação dos recortes discursivos, extrações dos temas que geraram subcategorias de análise e união dos temas com “frases chaves”. As frases temáticas foram resultantes de um único depoimento ou construídas a partir da associação de um ou mais depoimentos. Por fim, foi conduzida a interpretação e redefinição das categorias a fim de direcionar as discussões e conclusões.

A análise dos resultados foi feita em duas etapas. Na primeira apresentou-se as características sócio-demográficas da amostra de mães notificadas por negligência, por meio dos dados levantados nas entrevistas semi-estruturadas e posterior análise qualitativa interpretativa das falas dos sujeitos entrevistados, discutindo-as com a literatura, a fim de se conhecer em profundidade o perfil destas mães.

Este estudo teve aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC – Curitiba em 28/04/2010 – Protocolo N. 5528 (Apêndice A), e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Curitiba em 26/07/2010 – Protocolo 54/2010 (Apêndice B), em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Também, cada mãe participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### ***Características sócio-demográficas das mães notificadas***

A Tabela 1 apresenta o resumo dos perfis sócio-demográficos das mães que participaram deste estudo. Das 14 mães participantes, notificadas por negligência no

ano de 2009, a média de idade foi de 35,8 anos. Considerando a etnia, houve um equilíbrio entre a raça branca e negra.

**Tabela 1** – Dados sócio-demográficos das mães negligentes entrevistadas no ano de 2009, de Curitiba – Pr.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	ETNIA	ESCOLARIDADE	ESTADO CONJUGAL	Nº FILHOS	GRAVIDEZ PLANEJADA	CUIDADOR DA CRIANÇA
M1	36	BRANCA	5ª SÉRIE	SOLTEIRA	4	NÃO	MÃE
M2	40	NEGRA	1ª DO 2º GRAU	SOLTEIRA	5	NÃO	MÃE
M3	26	NEGRA	5ª SÉRIE	AMASIADA	2	SIM	MÃE
M4	46	NEGRA	2ª SÉRIE	RECASADA	10	NÃO	MÃE
M5	45	NEGRA	1ª SÉRIE	AMASIADA	7	NÃO	MÃE/AVÓ
M6	21	BRANCA	7ª SÉRIE	SOLTEIRA	3	NÃO	MÃE
M7	41	BRANCA	1ª SÉRIE	AMASIADA	1	SIM	MÃE
M8	18	BRANCA	2ª DO 2º GRAU	SOLTEIRA	1	NÃO	MÃE
M9	27	BRANCA	6ª SÉRIE	SOLTEIRA	4	NÃO	MÃE
M10	37	BRANCA	8ª SÉRIE	AMASIADA	7	NÃO	MÃE
M11	30	BRANCA	8ª SÉRIE	DIVORCIADA	3	NÃO	OUTROS
M12	46	NEGRA	4ª SÉRIE	CASADA	7	SIM	MÃE
M13	23	NEGRA	4ª SÉRIE	AMASIADA	2	SIM	MÃE
M14	66	NEGRA	1ª SÉRIE	DIVORCIADA	14	NÃO	MÃE

A baixa escolaridade apresentada pelas mães, e a conseqüente ocupação não especializada, podem estar refletidas na pobreza vivida. Quanto ao estado civil se observou relacionamentos instáveis; somente uma das entrevistadas relatou união estável, as demais se denominaram solteiras, amasiadas, recasadas ou divorciadas. Segundo dados do IBGE do censo de 2000, 10 milhões das famílias brasileiras eram monoparentais, de baixa renda e 24,9% delas matrifocais <sup>25</sup>. Em 2010 o IBGE divulgou que esta percentagem aumentou para 38,7% <sup>26</sup>. Este fato pode ter influência na provedoria das despesas da casa, com a maioria das mães relatando ser a principal mantenedora, além de observado nas falas a ausência do pai quanto à função estrutural, educacional e afetiva. A renda mensal familiar relatada variou de ½ a um salário mínimo vigente (\$545,00 reais). Segundo Yunes <sup>27</sup> as mulheres de classes sócio-econômicas menos favorecidas e no papel de

provedoras do lar, enfrentam uma somatória de problemas e mudanças que transcendem a própria pobreza. Ainda, quanto às responsabilidades gerais dos cuidados básicos dispensados à criança ou adolescente, quase a totalidade das mães relataram ser a principal responsável.

A respeito do número de filhos, 2/3 das mães entrevistadas possuía de um a cinco filhos. Segundo o IBGE <sup>26</sup> a redução do número de filhos nas famílias no decorrer do tempo, se deve em parte ao reflexo da maior presença feminina no mercado de trabalho. Também, nesse estudo a gravidez da criança motivo da notificação, não havia sido planejada na sua grande maioria (71,5%). De acordo com a literatura <sup>28</sup>, as gestações não planejadas são fatores de risco que atuam de forma intensa para a violência no contexto familiar.

Considerando a reincidência da notificação de violência doméstica, 42,8% das mães avaliadas citaram ser recorrentes, enquanto seis mães não souberam responder, sugerindo uma deficiência de compreensão da negligência como um tipo de violência, ou ainda que pouca importância fosse dada à notificação por negligência.

### **Perfil materno**

*Percepção da mãe notificada quanto a um histórico de violência doméstica observada ou vivenciada na infância e/ou adolescência na família de origem*

As falas revelaram a observação de conflitos entre os pais por meio de brigas, xingamentos, e o reflexo em suas vidas na manifestação de sentimentos de tristeza e dor: *“Muita briga entre a mãe e o pai, minha mãe e os vizinhos [...] a gente chorava porque eles se machucava” (M9).*

A violência física e psicológica observada, não se limitava às paredes do lar, mas se estendia a outros membros do convívio familiar, como os vizinhos e os filhos sentiam-se acuados e com medo.

Outro marco na vida destas mulheres foi a observação da separação dos pais, e a dificuldade da subsistência familiar, na proteção e sustento dos filhos: *“Eles se separaram, eu tinha 6 anos, [...] Minha mãe passava dificuldades prá criar nós [...] Ela trabalhava fora prá trazer coisas prá nós” (M3).* Estas situações de

monoparentalidade matrifocais podem se agravar ainda mais se houver problemas de saúde de um ou mais membros, ameaçando a subsistência da família. Assim é relevante o suporte social neste momento para acolher esta família com acúmulo de risco psicossocial.

A morte de um ou ambos os pais durante a infância foi outra situação evidenciada no discurso, favorecendo a constituição de uma nova união parental, expondo os filhos a situações de risco e vulnerabilidade: *“Perdi meu pai, de acidente [...] Nós era seis de pai legítimo, ficou tudo por conta da mãe [...] Meu padrasto era muito bravo, ruim prá nós enteadado, brigava ca minha mãe” (M5)*

Este discurso aponta para a necessidade de assistência social às famílias de risco nos momentos de separação entre o casal ou a morte de um dos cônjuges, fases em que a família nuclear fica fragmentada, sem amparo, e uma união precoce pode trazer riscos às crianças e adolescentes. Estratégias de intervenção para a manutenção dos filhos no lar após separações devem ser revisadas. O suporte econômico a estas famílias para que a mãe possa estar mais presente com os filhos neste momento parece ser uma importante estratégia, uma vez que nas separações muitas vezes as despesas da casa e os próprios filhos ficam por conta dela, devido à evasão do pai de suas responsabilidades. Este suporte pode ser estabelecido por uma rede de apoio social e efetiva, como pela assistência social dos municípios, familiares, comunidade (voluntariado), permitindo respostas às necessidades psicológicas, estruturais e afetivas, dando uma atenção especial para as crianças e adolescentes.

A permanência desta situação de maior vulnerabilidade dos filhos pode favorecer uma exposição precoce a sexualidade com possibilidades de gravidez na adolescência, promovendo relacionamentos casuais e efêmeros, sem compromisso e maturidade para a perpetuação das novas famílias constituídas: *“Com 15 anos comecei a namorar. Fui morar com ele [...] Não deu certo, aí voltei pra casa da minha mãe” (M6)*. Ou a paternidade diversa da prole: *“O quarto filho foi do terceiro namorado [...] Sai e engravidei no primeiro encontro, não morei com ele. Foi um só encontro” (M9)*. Esta mãe tinha três filhos, de pais diferentes.

Outra importante subcategoria que emergiu dos discursos foi a *violência vivenciada* pelas mães durante sua infância, nas diversas formas de manifestações como a violência física, sexual, psicológica ou emocional e a negligência. Neste

relato observa-se a violência física por meio da punição dos pais ou responsável: *“Ele era estúpido (padrasto), depois começou a bater ne mim e na mãe [...] por qualquer coisa batia, ficava revoltada e protegia meu irmão” (M8)*. Assim, como as outras manifestações da violência doméstica que desencadeiam diversas consequências, este tipo pode ter diferentes etiologias, denominadas por Azevedo et al.<sup>2</sup> de modelo interativo. As etiologias históricas e culturais revelam a crença em valores autoritários e na asserção de poder dos pais sobre os filhos; as situacionais são pontuais, como a perda de um emprego; e as atribuídas às características dos pais, como os portadores de sofrimento psíquico ou que não controlam seus impulsos agressivos, e características dos filhos, com sofrimento psíquico ou portador de necessidades especiais<sup>28</sup>. A vítima é reduzida à condição de objeto de maus-tratos, em situação de desigualdade<sup>2</sup>.

A análise revelou que sob a ótica de algumas mães, o conceito de violência se referia às sequelas (marcas) físicas graves, isto é, à gravidade do caso, sugerindo não fazer parte desta categoria os maus-tratos físicos leves, a violência psicológica ou mesmo a negligência: *“Violência é quando alguém é agredido, acho que gritar não é porque afeta só a cabeça e não o corpo” (M2)*. Em concordância Moraes et al.<sup>28</sup> citam que devido muitas vezes a padrões culturais, há uma falta de consenso sobre os atos e comportamentos serem ou não, considerados violentos. No entanto, quando existe a presença de indicadores de proteção, os biológicos como a saúde física, temperamento, autoestima, confiança, e os ambientais, como as condições sócio-econômicas e rede de apoio social e afetiva, há uma redução dos fatores de risco<sup>25</sup>, promovendo a resiliência familiar, capaz de favorecer enfrentamentos de crises, adversidades e traumas<sup>27</sup>.

A violência doméstica relatada na infância e adolescência na forma de violência sexual e psicológica foi vivenciada pela M4 aos 12 anos, promovida por alguém da própria família (irmão adotivo, mais velho), que deveria proteger a criança, além da omissão de notificação por parte de pessoa que conviveu com esta mãe: *“O filho dela, queria me violentar [...] minha “mãe” (adotiva) não acreditou e achou que eu tava mentindo [...] Aí eu só falei prá vizinha [...] Ela saía ele já fechava as porta prá quere me agarra, dizia, ce não é minha irmã e tem que faze o que eu quisé” (M4)*. A violência sexual não ocorre somente em lares de baixo nível sócioeconômico, de acordo com Oliveira et al.<sup>29</sup>, as estatísticas mostram que não



há distinção entre segmentos sociais, classes, cor e etnia. No entanto, a criança é sempre vítima, não podendo ser transformada em ré <sup>2</sup>.

Muitas vezes, a sociedade não quer se envolver no conflito, sentindo-se limitada diante da complexidade do problema, não denunciando a violência aos órgãos competentes como Conselhos Tutelares, Varas da Infância e da Juventude, delegacias, como no exemplo acima, cuja vizinha, embora tivesse conhecimento da violência sexual sofrida pela adolescente e se sentisse penalizada, às vezes até lhe dando proteção, nada fez para reverter o quadro.

A ação multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, com o envolvimento de toda a sociedade, é necessária para estimular o cuidado e orientar a população, divulgando os direitos e deveres de notificação dos cidadãos que suspeitam de violência doméstica, previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente <sup>3</sup>, em especial nas famílias de risco. Ainda em locais de difícil acesso (municípios do interior) ou bairros distantes das metrópoles, esta divulgação poderia contar com o auxílio de Organizações não governamentais, igrejas, Pastoral da Criança, mídia, movimentos sociais, grupos de apoio, campanhas publicitárias financiadas pelo governo, escolas e universidades, despertando e motivando a população a contatar e denunciar a violência às autoridades competentes, numa atitude desejável de enfrentamento destas situações.

Também emergiu dos discursos a vivência da violência psicológica (agressão verbal), havendo relatos de sentimentos de repressão e medo, na infância vivenciada com os pais: *“Praticamente não tive infância, meu pai era muito ruim. [...] Vivía uma vida assim de medo [...] Gritava bastante comigo [...] Tudo que fazia apanhava”* (M2). Embora esta seja uma das formas mais comum de dominação de pais sobre filhos, a agressão verbal é a de que menos se fala <sup>28</sup>.

A respeito da violência física sofrida, algumas vezes as mães entrevistadas desconheciam o motivo da punição, em outras a aceitavam como atitude educativa. A punição física nos relatos foi realizada por meio de tapas, socos ou uso da vara: *“No momento que era preciso ela (sua mãe) dava uns tapa, prá educa”* (M3). Muitas vezes estes princípios são assimilados como próprios do processo educativo, considerando o poder do adulto destinado a socializar a criança, transformando-a à sua imagem e semelhança, chamado de fenômeno da repetição, responsável pela transmissão de padrões de conduta aos filhos <sup>2</sup>.

Também, na violência vivenciada, a reação de algumas mães aos maus-tratos foi ir para a rua, ainda na adolescência: *“Meu padrasto nunca me tratou com carinho, com amor [...] Ele era estúpido, depois começou a bater em mim e na mãe [...] com 15 sai de casa, fui para as drogas, engravidei [...] Enfrentava ele, apanhava, ele batia, a mãe via e vinha me defender e ele batia nela também”* (M8). Já, em outros discursos observa-se que algumas mães partiram para uniões conjugais precocemente, ainda na adolescência, geralmente com homens mais velhos, sugerindo a busca por uma estabilidade financeira: *“Eu vim prá Curitiba (fugiu), fiquei três meses daí encontrei o pai dos meus filho [...] ia fazer treze anos ele tava com 32”* (M1). No entanto, esta “fuga” dos conflitos do lar de origem, por vezes as levou à perpetuação do sofrimento, conforme outro relato de visão determinista e negativa: *“A gente pensa que vai casa pra sair do sofrimento e aí entra mais ainda [...] eu não gostava dele”* (M4).

A negligência e o abandono também foram destacados nas falas. A negligência de proteção e afeto foi relatada por esta mãe ao falar sobre sua adolescência: *“Não foi feliz, porque minha “mãe” fez o casamento cedo. Casei com 14 pra 15 anos, ele tinha 19 ou 20, sei lá”* (M4).

A negligência estrutural ficou evidente no relato: *“Ela (mãe adotiva) tratava mal, dizia que não era filha, nunca me comprava roupa, nada, ela tratava eu como escrava”* (M4). Segundo a literatura, a negligência estrutural às vezes pode ser decorrente de maneira proposital ou advinda da condição socioeconômica familiar, decorrentes de baixa escolaridade, desemprego, associado a hábitos de vida, com uso de drogas ilícitas e álcool<sup>30-31</sup>. Ainda é citado que, embora a violência doméstica esteja presente em todas as classes sociais, seja qual for o nível de escolaridade e profissional, quanto menor o suporte social, maior o risco de sua ocorrência<sup>32</sup>. No entanto, quando apesar da negligência estrutural existir afetividade nas relações, a resiliência pode se manifestar<sup>28</sup>, conforme esta fala: *“Só o pai trabalha em casa, a gente é em 8 aí a gente sofre bastante [...] Amor sempre teve bastante entre nós, o mais difícil mesmo era a comida, teve vez de passar fome, não ter o que comer”* (M6).

Também foi vivenciada a negligência à educação, quando a mãe M7 fora impedida de ir à escola, por ter trabalhos domésticos a realizar ou porque sua permanência lá não era considerada pelos pais como algo relevante para seu futuro:

*“Mãe era ruim, queria me segurar, prá eu não ir prá escola, eu saía fugida” (M7- 7 anos de idade).* Até pouco tempo, muitas crianças e adolescentes trabalhavam, talvez por isto, sob a ótica de algumas famílias, não havia problema dos filhos participarem de atividades laborais remuneradas ou não. O trabalho infantil era visto como cultural ou considerado pela família como necessário para a sua subsistência, assim os filhos participavam das necessidades da casa e saíam para a rua com o apoio da família em busca de dinheiro. Mas, segundo a legislação do ECA <sup>3</sup>, não é permitido o trabalho infantil, prejudicial ao desenvolvimento da criança ou adolescente. Neste discurso o fato da M4 ter sido notificada, coibiu sua atitude em relação à permissão da criança estar na rua, protegendo-a dos perigos. No entanto, ela não concordou com esta norma, o que sugere que ela não entendeu o princípio de proteção, havendo possibilidade de recorrência desta violência: *“Os meus filho saia de casa para cuida de carro, prá me ajuda, mas pararam, não deixei mais (após notificação). O pia tava com 8, 9 anos, [...] Precisa a gente precisava, mais [...] Eu tô fazendo o possível, o salário é poco, mas tô fazendo.” (M4).*

Outro fato vivenciado por uma das mães foi o abandono familiar, após seu nascimento, gerando revolta e rebeldia conforme a fala: *“Não tive pai nem mãe, fui criada por outra pessoa, que me batia, tratava mal, dizia que não era filha [...] minha mãe me abandonou” (M4).* Embora o abandono (extremo da negligência) fosse parental, por várias vezes esta mãe citou o abandono materno, evidenciando a necessidade e a cobrança do vínculo afetivo com a mãe.

#### *Uso de álcool e drogas ilícitas intergeracional*

A transmissão da violência intergeracional foi evidenciada por meio da violência observada, vivenciada, correlacionada com o uso de álcool e outras drogas ilícitas como crack, cocaína, exemplificada aqui: *“Minha mãe e meu pai bebia muito, eu cuidava dos meus irmão [...] Com 14 anos fugi e fui morar na rua [...] Fiquei 5 anos usando droga, queria ter mais liberdade, queria fumar e isto ela (mãe) não dexava [...] Hoje eu me arrependo porque eu to doente” (M3).* Neste discurso, a violência parental associada à sobrecarga de responsabilidades culmina na fuga de casa para a rua e o envolvimento da adolescente com diferentes tipos de drogas ilícitas, com posterior arrependimento frente às sequelas advindas do comportamento passado. Para Caballero et al. <sup>33</sup>, a ausência de afinidade entre a

família original ou nos vínculos afetivos da nova família constituída, expõe a criança e/ou adolescente ao risco de consumo do tabaco, álcool e uso de drogas ilícitas na adolescência, com probabilidades de prostituição e gravidez, por carências afetivas. O contato precoce com álcool e drogas ilícitas na infância e adolescência pode ser precursor de diversas formas de violência, podendo gerar uma diversidade de formas e múltiplas consequências nos filhos, como um possível comportamento antissocial na adolescência e idade adulta <sup>34</sup>, como a agressividade, alterações de conduta tanto nas escolas, ou comunidades, apresentando por vezes problemas de saúde mental com quadros de ansiedade, fobias, depressão ou baixa autoestima <sup>35</sup>.

A observação de uso de álcool parental e a associação da violência física e psicológica entre os pais na infância, também, foi citada por outra mãe, usuária de álcool na adolescência, e que perdeu um irmão por alcoolismo dois meses antes da entrevista. No lar, também vivenciou a violência psicológica, com um marido mais velho: *“Às vezes discuto porque ele é ruim, bebe, xinga a gente, é muito ciumento”* (M7). De forma intergeracional, relatou que a filha de 12 anos (motivo da notificação de negligência à educação), foi encaminhada à psiquiatria, deixou de ir à escola por bullying, por ser muito tímida, quieta e em um conflito escolar teve um dente fraturado. No entanto, ao ser questionado se observara violência em sua infância, negou, embora a mãe lhe espancasse, demonstrando que a violência nem sempre é perceptível: *“Não, violência, não tinha em casa [...] A mãe me surrava, não xingava”* (M7).

De acordo com Milner et al. <sup>36</sup> os históricos de maus-tratos na infância e possíveis riscos de maus-tratos aos filhos, são decorrentes de sintomas de traumas psicológicos vividos, havendo a necessidade de intervenção, a fim de reduzir os traumas destas vítimas, diminuindo seu potencial de continuar o ciclo de violência intergeracional.

Souza et al. <sup>34</sup> em um estudo longitudinal, observaram que quando há fortes laços afetivos da criança com os pais na infância, existe menor risco de comportamento antissocial na adolescência independente da exposição à violência. No entanto, após a exposição constante a traumas de violência doméstica, reforços dos pais podem não ser suficientes para compensar o impacto negativo em crianças e adolescentes <sup>34</sup>.

Para um melhor entendimento deste fenômeno, é necessário reconhecer que as mães notificadas por negligência com ou sem história de violência doméstica na infância ou na vida adulta, estão frequentemente envolvidas em um contexto social caracterizado por pobreza, falta de recursos e suporte familiar. Segundo Santos<sup>37</sup>, o estado de pobreza que inclui moradia, alimentação precária, dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, à saúde e a educação, conforme relatado por algumas mães que tinham dificuldades de locomoção de sua casa à escola e Unidades de Saúde, expõe estas famílias a situações de vulnerabilidade. Discordando, De Antoni et al.<sup>25</sup>, refutam que a situação de pobreza e vulnerabilidade estejam necessariamente ligadas ao desenvolvimento de comportamentos violentos nas relações interfamiliares. As famílias muitas vezes superam esta realidade por meio de recursos externos ou mesmo internos, se adaptando, superando as desvantagens apresentadas pela situação sócio-econômica. Neste estudo algumas mães embora observassem e vivessem a infância e adolescência em um ambiente de violência, por vezes perpetuada na sua relação conjugal, procuravam não transmitir isto aos filhos, conforme a fala: *“Trato bem, não quero queles sofra o queu sofri [...] O que não tive queria queles tivesse”* (M4).

*Percepção da mãe notificada por negligência quanto ao comportamento do marido/companheiro, em relação aos filhos do casal/enteados*

Foi relatada percepção de sentimentos de rejeição do pai à gravidez ou rejeição à criança, após o nascimento, devido à sua cor, com manifestação da negligência afetiva, estrutural, culminando no abandono pelo pai: *“Não dava atenção, por causa da cor [...] E a criança sente, era pequeno, mas, sente tudo [...] O pai não aplicava violência nele.”* (M2). Mais uma vez, o fato não foi pontuado pela mãe como sendo uma violência psicológica, apesar de deixar marcas profundas no desenvolvimento cognitivo infanto-juvenil desta criança de três anos de idade, como observado em outro relato da mesma mãe, sobre o comportamento do filho na adolescência: *“Se sentiu rejeitado pelo pai [...] com o tempo começou a ficar agressivo [...] hoje ele é meio nervoso [...] dá umas crise nele assim, repentina”* (M2). Quando questionada se este comportamento do filho era reflexo da violência vivida, respondeu: *“Violência é quando alguém é agredido, acho que gritar não é, porque afeta só a cabeça da pessoa, não o corpo”* (M2). Ainda, a violência psicológica do

marido/companheiro contra o filho/enteado foi percebida como método educativo com a conivência da mãe: *“Quando é preciso ele dá uns berro com eles, deixa de castigo, mas bate não bate.”* (M3), sugerindo que as agressões verbais não produzem sequelas.

Outra modalidade de violência doméstica percebida com os filhos foi a física, principalmente quando o marido/companheiro usava álcool ou outra droga ilícita: *“Xinga os filho [...] bêbado, ele qué bate, com chutão, soco”* (M4).

Considerando a visão de uma das mães sobre a possibilidade do companheiro estar praticando violência sexual com seus filhos, constatou-se a negação desta: *“A minha moça não gosta dele (companheiro) de jeito nenhum [...] Co menor, ele se dava bem, depois falou que foi molestado [...] mas como que vou denunciar se eu não vi nada”* (M1). A família (responsáveis) deve estar atenta às reações da criança ou do adolescente às pessoas que convivem com ela, se expressam raiva, fuga, tristeza, como observado no relato acima, suspeitando de um possível assédio sexual do companheiro, parente, ou pessoa próxima à criança e/ou adolescente.

A negligência estrutural foi percebida pelas mães, quando relataram que alguns pais se abstinham das provisões da casa, delegando esta função às suas esposas/companheiras, principalmente após sua inclusão no alcoolismo ou envolvimento com drogas como o crack, como neste relato: *“Ele era mais violento, batia, quando bebe, usa crack também, não pensa nos filho, xinga os filho, trabalha de vez em quando pra fumar só, quando qué”* (M7). Em concordância, a literatura <sup>40</sup> cita a má utilização das economias da família por um dos membros, quando este possui comportamento compulsivo por álcool ou outras drogas.

*Percepção da mãe notificada por negligência quanto ao comportamento do marido/companheiro, em relação a ela própria*

Observou-se um misto de relatos de carinho por algumas mães e de violência física por outras: *“Ele era assim comigo, a gente brigava pareio, nós dois se batia [...] Ele era ciumento”* (M5). Ou violência psicológica desabafada nesta fala que associou a violência sofrida na atualidade com a da infância: *“Ele me xinga um monte [...] fala palavras que ofende quando bebe, usa crack [...] Ele é assim que*

*nem minha mãe era, bota pressão, prá deixa a gente por baixo” (M4).* Também relataram mentiras, bigamia e abandono por parte do marido/companheiro. Para Moreira et al. <sup>32</sup>, a violência vivenciada pela mulher não deixa apenas sequelas físicas, mas também as psicológicas e sociais, havendo a necessidade de uma atenção interdisciplinar a ela, contemplando todos os aspectos de sua vida.

A violência física e a psicológica, infringidas pelo marido/ companheiro, muitas vezes associada ao uso de álcool e drogas, deixou-lhes respectivamente sequelas físicas graves além de ameaças de morte, conforme relatos: *“Bebia muito e me batia [...] Jogou um alicate no escuro, e acerto bem no meu olho” (M4* hoje está cega deste olho). Ou ainda, *“Depois de 5 anos ele ficou me judiando, ele bebia, chegava da rua e me espancava [...] Ele pegava a arma pá me mata” (M1).* No entanto, percebeu-se no contexto das falas destas mães, um conceito de violência diferente do usual, ao considerarem violência somente quando havia sequelas físicas graves.

Algumas das mães buscaram ajuda externa, denunciando o marido/ companheiro à delegacia da mulher, para a reversão do quadro: *“Agora que eu levei ele prá delegacia da mulher, ele endireitou bastante” (M12).* Em outra fala foi observado até a necessidade do abrigo da mãe: *“Como ele tinha me dado um murro no braço, fui no CRAS, me encaminharam prá delegacia, registrei queixa, aí me levaram pra pousada casa de Maria” (M10).* Silva <sup>38</sup> citou que, quanto menor o suporte social, mais as mulheres se submetem ao agressor em virtude da falta de oportunidade de enfrentar a violência. No entanto, o socorro e a atenção promovidos pelos órgãos especializados, tiram a mulher e as crianças de seu ambiente de violência, protegendo-a, mesmo que temporariamente, de um risco maior. A Estratégia da Saúde da Família, por meio dos agentes comunitários de saúde, poderiam auxiliar no mapeamento e monitoramento destas famílias, promovendo uma interação multidisciplinar com a equipe, afim que de discutir estratégias de intervenção com os órgãos competentes, de acordo com a especificidade de cada caso. Segundo Barbosa et al. <sup>39</sup>, além das abordagens terapêuticas há uma demanda de ações que colaboram para a inserção da família em uma rede para que haja socialização de seus problemas, buscando-se uma forma de superá-los.

Foi percebido no relato de uma das mães, a esperança de que um novo relacionamento poderia ofertar um futuro diferente das experiências vividas ou observadas: *“Ele bebia, era meio violentinho [...] O segundo era outro bêbado, minha*

*irmã falou prá mim, ocê é que vai muda ele, ocê vai faze ele pará de bebe [...] Não parou” (M14).* Observou-se a crença na superação das adversidades sem ajuda especializada, principalmente para o vício do alcoolismo.

Quanto ao envolvimento com o álcool, o estudo de Vargas et al.<sup>40</sup> citou que mulheres que convivem com companheiros ou maridos alcoólatras padecem de grande sofrimento, fato que gera violência, danificando a estrutura da família.

Neste relato, a mãe M7 cita o uso do álcool parental em sua infância, e na família constituída, o vício é vivenciado com o companheiro: *“O pai bebia, a mãe bebia, meu irmão morreu faz 2 meses (alcoólatra), bebia bastante, nunca fez tratamento [...] Ele (companheiro) xinga, mas nunca bateu, bebe” (M7).* Esta fala evidencia a gravidade dos efeitos do álcool na vida desta mãe, existindo desde sempre, na infância, na adolescência, em seu relacionamento conjugal. Para Sagim<sup>22</sup>, os filhos aprendem a beber vendo os pais beberem, aprendem a ser violentos vendo os pais serem violentos. Esta mãe entrevistada (M7) era alcoólatra, mas ao ser questionada sobre o vício, negou: *“Bebida não porque estraga a saúde” (M7).* Sugerindo que no seu subconsciente negasse que também estivesse doente e o alcoolismo fosse uma doença a ser tratada.

Para Sagim<sup>22</sup>, ao se indagar as consequências da violência contra a mulher, encontram-se marcas importantes, que geram feridas que comprometem sua autoestima e os relacionamentos futuros. Esta citação concorda com as falas de algumas das mães onde os comportamentos dos companheiros/maridos foram de tal maneira marcante em suas vidas, que embora ainda jovens, não quiseram mais arriscar um novo relacionamento: *“Hoje num tenho ninguém e num pretendo arruma” (M1).* Estas mães são frutos de lares onde na infância e adolescência lhes fora negada a proteção, às vezes o amor dos pais, além de um desenvolvimento físico/cognitivo saudável. Tornaram-se adultas fragilizadas, muitas vezes depressivas ou com doença mental. Cresceram vivenciando violência como brigas, agressões verbais entre os pais e os filhos, e na idade adulta observam a repetição do ciclo ao se unirem a companheiros violentos que perpetuaram este fenômeno a elas e a seus filhos, espancando-os, agredindo-os verbalmente, assediando-os sexualmente ou negligenciando-os.



*Percepção da mãe notificada por negligência quanto ao seu comportamento com os filhos*

Percebe-se a preocupação com a educação dos filhos, citada pela maioria das mães, principalmente quanto à prevenção ao uso de drogas: *“Quando eles tão fazendo coisa errada tem que dá uns grito, prá vê se acorda né [...] quase não bato, só umas duas ou três cintadas”* (M2). Observa-se que embora esta mãe tenha sofrido violência na infância e adolescência, perpetua esta prática argumentando o uso de violência verbal e física para com os filhos como forma educativa. No entanto, outra mãe citou usar o diálogo: *“Eu tento explicar as coisas prá eles, drogas estas coisas tudo”* (M10).

Ainda percebe-se a justificativa das mães quanto ao comportamento do uso da violência com os filhos, relacionando-o ao estresse e cansaço: *“Eu do uns tapa de vês em quando, do umas boas chineladas, não tenho paciência, to estressada”* (M1). O movimento feminista, com a entrada da mulher no mercado de trabalho faz com que muitas vezes venham a cumprir dupla jornada, a doméstica e as atividades profissionais, o que lhes acarreta grande estresse. Em concordância o estudo de Rabello et al.<sup>41</sup> sugere que haja um esforço da sociedade para que se discuta a formação histórica da família brasileira e o processo de mudança que a era contemporânea impõe à mulher. Aliado ao estresse, a cultura brasileira, herdada da influência jesuíta no período colonial, favorece o uso dos castigos físicos como métodos educativos aos filhos: *“Não bati prá quebra osso, dei uns tapinha na bunda [...] Porque eles tem que sentir medo da gente e respeito [...] Dependendo da ocasião merece sim”* (M10). Alguns grupos sociais e famílias perpetuam esta prática, com as palmadas coexistindo com espancamentos, também justificados como recurso educativo, permitido e apropriado para a educação dos filhos<sup>42</sup>.

Corroborando com a presente pesquisa, a literatura<sup>30-32</sup> cita que pessoas que vivenciaram situações de violência doméstica em sua infância, tendem a reproduzir o comportamento vivido por meio do desenvolvimento de estratégias agressivas, na tentativa de resolver os conflitos existentes em suas famílias atuais, conforme observado nas falas: *“Meu pai batia sim, minha mãe xingava sim, nossa eu ficava loca”* (M1). E em relação ao seu comportamento: *“Brigo bastante cos meus filho [...] eu chego à noite, super cansada [...] Não tenho paciência”* (M1). Os maus-tratos físicos tidos como violência muitas vezes não são percebidos por quem os pratica,

tanto pela difusão, quanto pela aceitação por parte da sociedade como sendo uma atitude rotineira e natural sendo frequentemente cobrada dos pais ou responsáveis diante de situações de transgressões de normas de convivência pela criança<sup>42-43-44</sup>. Os efeitos deletérios, muitas vezes catastróficos, são observados sobre o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança, com graves repercussões na vida adulta<sup>33</sup> prejudicando a qualidade de vida da criança.

Observou-se nas falas das mães uma situação de estresse limítrofe, onde motivos banais como não querer tomar banho no momento solicitado, fora suficiente para desencadear violência física e verbal aos filhos. Ao mesmo tempo, constata-se a falta de suporte familiar, e um sentimento de culpa, evidenciado na fala da mãe M1, na tentativa de justificar sua vida atual: *“Eu dei muita dor de cabeça [...] eu me arrependo de tudo que eu fiz pá minha mãe e a gente paga com a mesma moeda cos filho da gente [...] Porque a minha menina (13 anos) é ruím pá mim. A bicha é arteira”* (M1). No entanto, ela não percebeu que o uso de uma metodologia inadequada na educação dos filhos pudesse ser responsável por sua rebeldia e insubordinação.

Para a prática de castigos físicos, e estabelecimento de regras e limites, a literatura<sup>45</sup> cita que em um imaginário social há diversidade entre o bater para educar e o bater para maltratar. Para os pais o limite estaria na força empregada neste ato de bater, além da delimitação entre educação e violência estar associada mais à intenção do que propriamente à forma ou intensidade de bater.

Para que haja eficiência no controle da violência contra crianças ou adolescentes é necessário o trabalho com as pessoas significativas com que elas interagem, sendo a principal instituição nesta área a família. Tratar uma criança ou adolescente e colocá-lo de volta na mesma família, dá um prognóstico de um provável índice de baixo sucesso, por outro lado a atuação sobre a família, para que se torne envolvida e participativa, além de outras instituições representativas para a criança ou adolescente, como por exemplo: escolas, clubes, vizinhança, associações e igrejas, multiplicam as probabilidades de sucesso frente a este fenômeno<sup>4</sup>.

### *Percepção da mãe em relação a sua vida atual*

Como citado anteriormente, a maioria das mães entrevistadas se sentiam cansadas, sem paciência, estressadas pela dupla jornada de trabalho, sendo cobradas pela sociedade e pela família. Muitas tomavam medicamentos para depressão ou fumavam. Outras citaram se sentir feias e velhas.

Quanto à percepção sobre a notificação de negligência ao filho, criança ou adolescente realizada por meio da RPCAV, constatou-se algumas reações favoráveis, embora com justificativas, outras desfavoráveis e ainda três das mães citaram desconhecer que haviam sido notificadas, como nos relatos a seguir: *“Eu mereci claro [...] porque nesse tempo eu tava desempregada” (M1)*. Uma das mães, família monoparental, citou que foi ela quem procurou o Conselho Tutelar, por não conseguir dar mais limites aos filhos. Este foi um dos casos recorrentes: *“Eu procurei o Conselho, porque ninguém conseguia segura mais eles, começaram a fazer coisas pior. [...] a juíza falou que não acreditava que eles faziam tudo aquilo [...] eu acabei agredindo um e fui notificada” (M9)*. Outra mãe, de 18 anos, se mostrou em desacordo com a notificação, mostrando-se revoltada com os vizinhos denunciante por delegar sua responsabilidade materna à sua família: *“Foi uma covardia o que eles fizeram. Quando eu saio pros baile eu deixo eles (2 filhos) com a mãe, e eles acha que isto tá errado, mas a mãe tava cuidando” (M6)*.

Considerando a notificação por negligência à saúde, uma mãe disse desconhecer que a cirurgia do filho estava marcada: *“Ele tem 6 dedos (pé esquerdo), tava encaminhado prá fazer cirurgia, não sabia [...] Daí eu desisti de leva, a gente vai indo com o tempo cansa né, e eu fui notificada” (M10)*. Esta fala sugere que estas mães deveriam ter um acompanhamento mais frequente, quando houvesse indicação de tratamentos médicos, psiquiátrico e cirurgias para seus filhos. Outras se justificaram: *“Eu faço o que eu posso, eu to fazendo a minha parte, na medida do possível” (M2)*. Nesta fala percebe-se que a mãe não está convencida do motivo da notificação. Isto talvez possa explicar a falta de motivação na participação dela e dos filhos nas estratégias de intervenção estabelecidas pela RPCAV. Por fim, três mães citaram não se lembrar da notificação, sugerindo pouca relevância ao fato: *“Não me lembro de ter sido notificada.” (M8)*.

### *Percepção da mãe notificada por negligência em relação ao comportamento dos filhos*

Foi relatada a percepção de insegurança e medo dos filhos, no caso de suspeita de violência sexual pelo padrasto: *“Prá dormi eles dorme agarrado comigo”* (M1). Também, rebeldia e desobediência: *“Se eu viro as costas são crianças que não tem limite”* (M9).

Em outra fala, se observou que a causa da repressão materna com os demais filhos, foi a morte do filho adolescente motivo da notificação, 15 dias antes da entrevista, por envolvimento com drogas, revelando a vulnerabilidade destas crianças e adolescentes: *“Eu fico nervosa, [...] Eu não bato, eu xingo, elas são mais desobediente do que obediente [...] eu não gosto que sai muito, agora eu perdi meu filho”* (M5). Esta mãe notificada por negligência, também tinha outra notificação de suspeita de violência sexual relacionada ao filho e à filha e, embora encaminhados a programas de reabilitação (CRAS e inseridos no PETI), apresentavam baixa frequência. O adolescente, motivo da notificação, estava tendo acompanhamento por medida socioeducativa de liberdade assistida, citado como caso estabilizado, mas a mãe relatou seu assassinato, ocorrido quinze dias antes da entrevista.

Houve relato também de ciúmes entre os filhos, diante de paternidades diversas, além da ausência de suporte familiar, com os filhos passando muito tempo na rua, na companhia de crianças/adolescentes maiores ou mesmo adultos, adquirindo maus hábitos e comportamentos agressivos: *“Havia crise entre os 3, por ciúmes, aí começaram a chamar a atenção e ir prá rua [...] se envolveram com um menino perigoso que ensinou a pedir para ele e a roubar em supermercado”* (M9). Em concordância, Souza et al.<sup>34</sup> citaram que a ocorrência da violência doméstica nas suas diferentes formas na infância pode gerar uma diversidade de formas e múltiplas consequências, como um possível comportamento anti-social na adolescência e idade adulta de maior agressividade, alterações de conduta tanto na escola, ou comunidades, apresentando às vezes problemas de saúde mental com quadros de ansiedade e depressão, fobias, ou baixa autoestima<sup>35</sup>. Fato observado em outra fala, justificado pela mãe como decorrente da gravidez e não da vivência de violência pela criança: *“To levando ele em psicólogo, tá com problema né, um poco de distúrbio na cabeça, tomando calmante. Eu acho que é porque, na gravidez dele eu passava muito nervo”* (M12).

Outra mãe, por motivo de bullying a um dos filhos, criança com defeito nos pés, citou não conseguir obrigá-lo a ir à escola, no entanto, a outra filha de 13 anos também, desistiu da escola, sugerindo que pouca importância era dada à educação: *“Ele tá faltando na escola, tá reprovado” (M10)*. Ainda, houve relato da delegação da função de educação dos filhos sendo dispensada à escola, ou a transferência do aluno para outros locais, com a perpetuação do problema da criança, que embora estivesse indo ao psicólogo, continuava nervoso, manifestando sinais de violência, maneira da criança expressar seu estado de inferioridade (defeito físico, ainda não resolvido): *“A diretora me chamou [...] Meu Deus eu tenho minha casa para cuidar não posso resolver os problemas do colégio, falei prá ela. Daí eu transfere ele pra outra escola” (M10)*. Há necessidade de uma assistência psicológica a estas famílias, pois a evasão escolar é preocupante, e as famílias quando tomam alguma atitude quanto à motivação da criança à educação, esta se dá pela força, por meio da violência física.

Uma das mães relatou que a filha de 18 anos incompletos, motivo da notificação, tentou suicídio duas vezes, segundo ela por ter relacionamento sexual com dois usuários de drogas, que resultou em dois filhos (um de cada pai): *“Foi doente, toda vida, pouco tempo agora, ela entrou em depressão, queria se mata [...] [...] tomo veneno duas veis, aí fico, enlouqueceu” (M14)*.

Dentre as reações observadas pelas mães em alguns dos filhos, foram citados problemas mentais, depressão, agressividade, envolvimento com drogas, sofrimento de bullying na escola, envolvimento com delinquência, tentativa de suicídio e morte.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dos 14 relatos apresentados observaram-se vários aspectos em comum. Em relação às experiências na família constituída, constatou-se que a infância das mulheres entrevistadas foi marcada por conflitos familiares que se expressavam por meio de discussões conjugais com agressões físicas e verbais. Um ou ambos os pais eram alcoólatras e, havia falta de diálogo e interações afetivas entre os familiares.

Algumas características de vida observadas podem explicitar o contexto de vida destas mães:

- A média de idade das mães investigadas foi de 35,8 anos.
- As famílias investigadas possuíam de 3 a 10 pessoas no lar.
- O baixo nível de escolaridade avaliado pode ser um predisponente para a não adesão e participação destas mães e seus filhos, nos programas desenvolvidos pela RPCAV no combate à violência doméstica, especificamente a negligência. Sugerindo que elas não percebiam estas estratégias como algo que possa ajudar a solucionar seus problemas.
- A observação e a vivência de violência doméstica foram relatadas por todas as mães entrevistadas, estando associadas às diferentes formas: física, psicológica, sexual, negligência e abandono, na maioria das vezes de maneira associada.
- A relação com o alcoolismo e fumo, ou drogas ilícitas como o crack, esteve presente nas histórias de vida destas mães, tanto como experiência de observação na infância e adolescência ou vivenciada na adolescência e idade adulta, no convívio com o companheiro, como na experiência de relacionamentos dos filhos.
- Quanto aos relacionamentos conjugais eram instáveis, talvez devido a isto, elas se identificaram como principal provedora do lar, relatando ausência de suporte familiar e social.
- Quanto à ambiguidade relacionada aos sentimentos de maternidade das mães notificadas por negligência, somente cinco relataram ter planejado a gravidez do filho, motivo da notificação. No entanto, a maioria demonstrou um sentimento confuso de função parental, traduzido em diversidade de desejos bons de proteção, principalmente na desaprovação de espancamentos realizados pelo marido/companheiro à sua prole, mas ao mesmo tempo justificaram suas atitudes disciplinares de violência psicológica (verbal) e física nas atitudes cotidianas, negando a violência perpetuada, compreendendo esta prática como sendo usual e uma forma de educação, que contribui para o não envolvimento dos filhos com drogas, álcool entre outros, ou saída para a rua.
- Segundo as concepções das mães, elas não querem que os filhos sofram a violência que observaram ou vivenciaram em sua infância e adolescência. No

entanto, inconscientemente não conseguem romper este ciclo, cooperando para a perpetuação deste modelo de violência intergeracional.

- Seu conceito de violência engloba apenas as sequelas físicas graves. Sugerindo que a negligência, motivo da notificação, não é aceita pela maioria como uma modalidade de violência à criança ou adolescente.

Acredita-se que as perspectivas apresentadas neste estudo, dentro de um contexto de significados, reflitam a realidade pelas quais passam estas mães, proporcionando conhecimentos que apoiem a prevenção destes acontecimentos. Por meio da apresentação da dinâmica familiar de como a violência é experienciada pela mãe negligente, anteriormente vítima, pode-se pensar em estratégias de intervenção capazes de romper estas relações familiares tão violentas e perversas, além de perspectivas de ação multidisciplinar para prevenção da negligência.

## REFERÊNCIAS

1. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça R de CV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Rev C S Col* 2005; 10(1): 143-9.
2. Azevedo MA, Guerra VNA. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. 2ª Ed. São Paulo: Iglu; 2007. 236 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.069 de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001 a.
4. Gomes R, Minayo MC de S, Assis SG, Njaine K, Schenker M. *Êxitos na prevenção da violência*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/ Claves, Hucitec; 2010. 178 p.
5. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). *Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência*. 3 ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Curitiba; 2008. 160 p.

6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(Nesp): 112-20.
7. Terra FS, Santos LES dos. A violência doméstica e a criança. *REME – Rev. Min. Enf.* 2006 Jul/Set; 10(3): 271-76.
8. Minayo MCS. *Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde*. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P. *Impactos da Violência na Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. p. 21- 42.
9. Cavalcanti AL. Abuso Infantil protocolo de atendimento odontológico. *RBO* 2001 Nov/Dez; 58(6): 378-340.
10. Guerra VND de. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez Editora; 2008. 262 p.
11. Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JFC. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(3): 707-14.
12. 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*. Brasília, DF; 2002. Série A. (Normas e Manuais Técnicos, n. 167)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001b: *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*. Diário Oficial da União 2001b Maio 18;Seção 1e (96).
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência*. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Versão preliminar. Brasília, DF; 2010. 91 p.



15. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de Psicol.* 2004; 9(2): 227-37.
16. Houaiss A, Villar M de S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. 1986 p.
17. Alcazar AIR, Meca JS, Soler CL. Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: um meta-análisis. *Psicothema* 2010; 22(4).
18. Bringiotti MI. As famílias em “situação de risco” nos casos de violência familiar e maus-tratos infantis. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14 (Nesp), 38-46.
19. *Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência*. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª ed. 2001. Rio de Janeiro. 44p.
20. Costa COM, Carvalho RC de, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL de. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressões e manifestações de violência. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1129-41.
21. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2008 Jan; 24(1): 17-27.
22. Sagim MB. *Violência doméstica observada e vivenciada por crianças e adolescentes no ambiente familiar*. [tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
23. Fiorin JL. *Elementos de Análise do Discurso*. 15ª ed. São Paulo: Contexto; 2011. 126 p.
24. Caregnato RCA, Mutti R. *Análise do Discurso X Análise do Conteúdo*. *Texto Contexto Enferm* 2006; out-dez; 15(4): 679-84.

25. De Antoni C, Baroni LR, Koller SH. Violência e pobreza: um estudo sobre vulnerabilidade e resiliência familiar. In: Dell'Aglio DD, Koller SH, Yunes MAM (Eds). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 141-71.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese dos indicadores sociais 2010* [online]. 2011 [acesso em: 21 dez. 2011]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/caracteristicas\\_da\\_populacao\\_tab\\_pdf.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_pdf.shtm)
27. Yunes MAM, Mendes NF, Albuquerque BM. Percepções de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14 (Nesp): 24-31.
28. Moraes EP de, Eidt OR. Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes. *Rev Gaucha de Enferm* 1999; 20 (Nesp): 6-21.
29. Oliveira EMO, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF, STOIANOV M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3): 376-82.
30. Marinheiro ALF, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(4): 604-10.
31. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Coocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(4): 595-603.
32. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD de. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(6): 1053-9.
33. Caballero MA, Ramos L, Gonzalez C, Saltijeral MT. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse Negl* 2010 Aug; 34(8): 576-84.

34. Sousa C, Herrenkohl TI, Moylan CA, Tajima EA, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to Domestic Violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *Journal of Interpersonal Violence* 2011; 26(1): 111-36.
35. Arcos EG, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica em la salud infantil. *Rev. Med.* 2003; 131(12): 325-38.
36. Milner JS, Thomsen CJ, Crouch JL, Rabenhorst MM, Martens PM, Dyslin CW et al. Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk ? *Child Abuse Negl.* 2010 May; 34(5): 332-44.
37. Santos LES dos, Ferriani MGC. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(5).
38. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2003; 19(Supl 2): 263-72.
39. Barbosa PZ, Pegoraro RF. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saúde Soc. São Paulo* 2008; 17(3): 77-8.
40. Vargas NIT, Zago MMF. El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005 Oct . [serial on the Internet]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700007>.
41. Rabello PM, Caldas AF Jr. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(6): 970-8.
42. Donoso MTV, Ricas J. Perspectiva dos pais sobre a educação e castigo físico. *Rev. Saude Publica* 2009; 1(43): 78-84.

43. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev. Latino-am Enfermagem*. [periódico online]. 2008 [acesso em: 7 out. 2011]. 16(1). Disponível em: [www.eerp.usp.br/riae](http://www.eerp.usp.br/riae)
44. Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinski I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11): 2467-2479.
45. Martins CBG, Andrade SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. *Rev. Latin – Am Enfermagem*. 2005; 13(4): 530-7.

#### 4 CONCLUSÕES GERAIS

A revisão da literatura do tema violência, com destaque para a violência doméstica, mostrou uma grande variedade de termos e tipologias para a classificação dos casos. Sugere-se a implantação de um protocolo nacional facilitando as notificações e classificações da natureza ou tipos de violência.

Foi encontrado um grande número de estudos para a violência física e sexual no país, em contraste com a negligência, na maioria estudos regionais.

A literatura explicita a multicomplexidade e relevância social do impacto da violência doméstica sobre as crianças e adolescentes, devendo-se estabelecer estratégias de intervenção para o monitoramento das famílias mais vulneráveis, estimulando-as à prestação do diálogo com seus filhos, amor e carinho, além da importância do cuidado. Também a necessidade da organização dos serviços de forma interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, afim de atender às necessidades deste público.

No município de Curitiba – Brasil, a análise do banco de dados da RPCAV destacou a prevalência da violência doméstica contra crianças e adolescentes no período de 2004 a 2009, o que constitui uma expressiva questão de saúde pública a ser enfrentada por medidas preventiva e terapêuticas, visto as consequências que este tipo de violência ocasiona. Considerando a natureza da violência, a negligência teve destaque em todo o período, apresentando grande número de registros, inclusive no ano de 2009, tendo a mãe como principal agressora. Também, foram observadas a violência física, sexual e psicológica, associadas ou não. A faixa etária mais vulnerável a todos os tipos de violência foi a de 5 a 9 anos, seguida pela de 10 a 14 anos de idade, não havendo diferença significativa entre os sexos. Ainda um significativo número de notificações de violência foi considerado recorrente ou crônico, o que evidencia a necessidade de mecanismos mais efetivos de monitoramento e proteção das vítimas.

Quanto às lesões físicas estiveram presentes em uma minoria dos casos, o que justifica que uma maior atenção deve ser dada pelo profissional da saúde, educador ou pela própria sociedade, em uma análise mais holística, que vá além dos sinais clínicos físicos da violência, como a observação do comportamento e

atitudes da família com a possível vítima, já que nem sempre as lesões decorrentes da violência são visíveis. Os Distritos Sanitários que mais notificaram a violência doméstica no período de 2004 a 2009 foram respectivamente DS Cajuru, DS Pinheirinho e DS Boa Vista. Relevante é citar que no ano de 2009, o DS com maior registro de violência foi o do Pinheirinho. Houve visibilidade da violência doméstica no município no decorrer do tempo, sugerindo a eficácia das estratégias promovidas pela RPCAV e seus equipamentos de notificação neste período.

Quanto ao perfil da mãe notificada como responsável por negligência contra criança e adolescente no ano de 2009, houve diversidade de concepções sobre formas de violência, sendo pontos comuns no discurso o relato da prática observada ou vivenciada na infância e adolescência em toda natureza de violência doméstica, como a punição física, sofrida por todas as mães, violência psicológica, violência sexual, negligência e abandono. Muitas destas violências foram interpretadas por elas como um método educativo, sendo as falas marcadas pelo discurso da tradição popularizada de punir os filhos para educá-los. Seu conceito de violência diz respeito à gravidade das sequelas físicas.

Por fim conclui-se que a grande dificuldade da RPCAV na abordagem à participação e integração das mães notificadas às estratégias de enfrentamento à violência doméstica se deve a um perfil histórico pregresso de convívio com este fenômeno, aliado às dificuldades culturais, intelectuais, estruturais, que faz com que a negligência seja incorporada em seu cotidiano. Sugere-se a continuidade deste estudo com a finalidade de se estabelecer propostas de enfrentamento à negligência, com ações intersetoriais e multidisciplinares direcionadas às mães mais vulneráveis.

**REFERÊNCIAS:**

- 1 BAPTISTA, M.N. Suporte familiar e violência. In: Romaro RA, Capitão CG. **As faces da violência**. São Paulo, Vetor, 2007. p. 69-100.
- 2 BRITO A.M.M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 143-9. 2005.
- 3 CAVALCANTE F.G., SCHENKER M. Violência, família e sociedade. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P. **Impactos da Violência na Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. p. 57- 77.
- 4 DE ANTONI C., BARONE L.R., KOLLER S.H. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n.2, p. 125-32, Abr/Jun 2007.
- 5 GRANVILLE-GARCIA A.F. et al. Ocorrência de maus-tratos na cidade de Caruaru –PE. **Pesq Bras Odontoped Clín Integr**. 2006 Jan/Abr; 6(1): 65-70.
- 6 IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Perfil de mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. [online]. 2003 [acesso em: 24 jul. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- 7 IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. [online]. 2011 [acesso em: 10 jan. 2012]. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php)
- 8 KRUG E.G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

9 MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P. **Impactos da Violência na Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. p. 21- 42.

10 PASCOLAT G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 77, n.1, p. 35-40, 2001.

11 S.M.S. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). **Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência**. 3ª ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Curitiba; 2008. 160 p.

12 TERRA, FS; SANTOS, LES. A violência doméstica e a criança. **REME – Rev. Min. Enf.**, v.10, n.3, p. 271-276, jul./set., 2006.

13 ZANOTI-JERONYMO D.V. et al. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2467-2479, nov. 2009.

14 YUNES M.A.M., GARCIA N.M., ALBUQUERQUE B.M., 2007. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 20, n. 3, p. 444-53, 2007.

15 WHO - World report on child injury prevention. UNICEF. 2008. Acesso em: 07 out. 2009. Disponível em:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf)



## APÊNDICE A PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ**  
Núcleo de Bioética  
Comitê de Ética em Pesquisa  
*Ciência com Consciência*

### PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº **0003850/10**

Protocolo CEP Nº **5528**

Título do projeto **Violência e maus-tratos no ambiente familiar: caracterização da mãe notificada em casos de negligência infanto-juvenil.**

Grupo  
Versão **1**

Protocolo CONEP **0061.0.084.000-10**

Pesquisador responsável **LUCIMARA CHELES DA SILVA FRANZIN**

Instituição **Outros (Instituições externas à PUCPR)**

#### Objetivos

##### OBJETIVO GERAL:

- Investigar o perfil da mãe notificada em casos de violência intrafamiliar/doméstica negligência contra a criança e/ou adolescente no município de Curitiba – Pr.

##### OBJETIVO(S) ESPECÍFICO(S):

- Analisar os casos registrados de violência contra crianças e adolescentes em Curitiba no período de 2003 a 2009.

- Identificar o perfil da mãe notificada nos casos de negligência, considerando aspectos sócio-demográficos.

- Identificar a distribuição de casos notificados de negligência no ano de 2009 por Regional de Saúde.

- Desenvolver estudos de casos para análise em profundidade do perfil de mães autoras de negligência contra crianças e adolescentes no ano de 2009, explorando aspectos sócio-demográficos (idade, etnia, grau de instrução, dinâmica familiar), contexto familiar (sofrimento de violências anteriores, suporte familiar, relação marital), comportamentos.

Justifica-se por estudos anteriores que identificaram a mãe como a principal responsável pela violência a menores sem no entanto aprofundar o porquê disto.

#### Comentários e considerações

Estudo quantitativo e qualitativo baseado no Banco de dados da Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência do município de Curitiba – PR., no período de 2003 a 2009, além da aplicação de questionários por amostragem a aproximadamente 30 mães.

Critérios de Inclusão: Os casos que comporão os estudos em profundidade serão escolhidos na área da Regional de Saúde responsável pelo maior número de notificações de negligência. Alguns casos de mães notificadas pela agressão serão selecionados para entrevistas semi-estruturadas.

Critérios de exclusão: Notificações de negligência cujo autor não tenha sido a mãe e, mães consideradas por profissionais da Regional de Saúde como sendo violentas ou que estejam em tratamento de saúde mental.

##### Riscos:

- As respostas aos instrumentos poderão causar somente constrangimento.

##### Benefícios:

- Conhecer em maior profundidade o perfil da mãe notificada em caso de negligência pode subsidiar informações para o estabelecimento de estratégias para evitar a perpetuação da violência infanto-juvenil e intensificação de fatores de proteção que garantam a vida saudável. Assim, pode-se contribuir para a diminuição dos prejuízos físicos, emocionais e psicossociais associados a maus-tratos que interferem no desenvolvimento da infância e adolescência.

- Prevenir a ocorrência de violências como negligência pode provocar alterações nos elevados índices de morbimortalidade, evitando as adversidades no desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos

(transtornos psicossociais), bem como os custos provenientes de seus tratamentos (transtornos mentais, depressão, ansiedade, e outras seqüelas decorrentes dos diferentes tipos de violências).

- Identificar, situar e conhecer mais profundamente o suporte que estas famílias e mães apresentam, revelando a importância de uma rede de apoio social efetiva que atinja grupos mais vulneráveis, com acúmulo de situações de riscos psicossocial e ambiental.

- Subsidiar com dados epidemiológicos, estratégias de políticas públicas de enfrentamento, em casos de negligência infanto-juvenil.

- Contribuir na ampliação de perspectivas para estratégias de intervenção nos territórios.

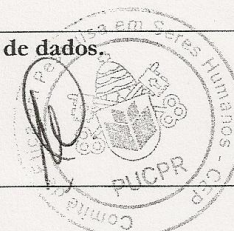
- Produzir conhecimentos para o campo da saúde, educação, assistência social, para que estes espaços possam ser ambientes com potencial de minimizar as chances de ocorrência e reprodução da violência e assim, reduzir as conseqüências para crianças e adolescentes.

#### Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

TCLE de acordo com a Res. 196/96

Existe um TCUD em nome da pesquisadora Lucimara Cheles da Silva Franzin.

Existe um modelo de autorização da instituição (secc. municipal)



#### Recomendações

diretamente pela pesquisadora, por tratarem-se de dados sigilosos.

---

### Conclusões

De acordo com a res. 196/96.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **28/04/2010**, manifesta-se por considerar o projeto **Aprovado**.

---


### Situação Aprovado

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Curitiba, 28 de Abril de 2010.

  
**Prof. MSc. Naim Akel Filho**  
**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa**  
**PUC PR**



**APÊNDICE B PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA – SECRETARIA  
MUNICIPAL DA SAÚDE**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Curitiba, 27 de outubro de 2011.

Of.13/2010

Prezada Senhora:

Em atenção à sua solicitação referente à análise de concessão de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Violência e maus-tratos no ambiente familiar: caracterização da mãe notificada em casos de negligência infanto-juvenil" Protocolo 54/2010 informamos que o mesmo foi considerado **aprovado quanto à viabilidade** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.


Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Atenciosamente,

**Dr. Samuel Jorge Moysés**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Ilma Sra.  
Lucimara Cheles da Silva Franzin  
Nesta

## APÊNDICE C FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA RPCAV

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA</b> REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA	Unidade Notificadora																																																							
<b>DADOS PESSOAIS</b> (FAVOR PREENCHER PREFERENCIALMENTE EM LETRA DE FORMA)																																																									
1 Nome: _____ 2 Data Nascimento: ____/____/____ 3 Idade: _____ 4 Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino 5 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena 6 Gestante: <input type="checkbox"/> Sim Idade Gestacional _____ meses <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não observado 7 Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Educação Infantil <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental _____ série <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Especial <input type="checkbox"/> Fora da Escola 8 Está na escola/creche atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado 9 Nome da Mãe: _____ 10 Nome do Pai: _____ 11 Responsável: _____ 12 Grau de parentesco e afinidade: _____ 13 Acompanhante: _____ 14 Grau de parentesco e afinidade: _____ 15 Endereço: _____ 16 Ponto de Referência: _____ 17 Bairro: E Vila: _____ 18 Regional: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19 Município: _____ 20 Telefone da Vítima: _____																																																									
<b>DADOS DA OCORRÊNCIA</b>																																																									
21 Descrição da Ocorrência: (ANEXAR RELATÓRIO SE NECESSÁRIO) 22 Data Ocorrência ____/____/____ 23 Data Avaliação: ____/____/____ Hora Ocorrência: _____ Hora Avaliação: _____ _____ _____ _____																																																									
24 Violência: <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Confirmada 25 Frequência: <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Primeira vez <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Ignorado 26 Portador de Necessidade Especial: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outras deficiências/Qual? _____ 27 Natureza da Violência: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Abandono Se negligência, de: <input type="checkbox"/> Proteção <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Estrutural <input type="checkbox"/> Outro, Qual? _____ 28 Tipo da Violência: <input type="checkbox"/> Doméstica (Intrafamiliar) <input type="checkbox"/> Extrafamiliar <input type="checkbox"/> Auto agressão <input type="checkbox"/> Violência Fetal <input type="checkbox"/> Ignorado 29 Local da Ocorrência: Qual? _____ 30 Lesão aparente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado 31 Tipo de Lesão/Parte do Corpo:																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Cabeça</th> <th>Pescoço</th> <th>Tórax</th> <th>Abdômen</th> <th>Dorso</th> <th>Reg. Genital</th> <th>Nádegas</th> <th>Memb. Sup.</th> <th>Memb. Inf.</th> <th>Outro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Corte</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hematomas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fraturas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Queimaduras</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Cabeça	Pescoço	Tórax	Abdômen	Dorso	Reg. Genital	Nádegas	Memb. Sup.	Memb. Inf.	Outro	Corte											Hematomas											Fraturas											Queimaduras										
	Cabeça	Pescoço	Tórax	Abdômen	Dorso	Reg. Genital	Nádegas	Memb. Sup.	Memb. Inf.	Outro																																															
Corte																																																									
Hematomas																																																									
Fraturas																																																									
Queimaduras																																																									
Outros tipos de Lesão: _____																																																									
<b>DADOS DO AUTOR DA AGRESSÃO</b>																																																									
32 Relação Agressor / Vítima: Nome: _____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Própria Vítima <input type="checkbox"/> Funcionário Instituição <input type="checkbox"/> Colega Instituição <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ <input type="checkbox"/> Dependente Álcool/Outra Droga: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ Nome: _____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Própria Vítima <input type="checkbox"/> Responsável Legal <input type="checkbox"/> Funcionário Instituição <input type="checkbox"/> Colega Instituição <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ <input type="checkbox"/> Dependente Álcool/Outra Droga: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____																																																									
<b>GRAVIDADE DO CASO</b>																																																									
33 Grau: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave Para preenchimento do campo 33, considere <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A vítima + a família + o agressor</span>																																																									
<b>PROCEDIMENTOS</b>																																																									
34 Procedimentos adotados: _____ _____ _____																																																									
35 Solicitação de Atendimento Emergencial: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> SAV/SOS																																																									
36 Nº da NO: _____ 37 Telefone: _____ 38 Data de envio: ____/____/____																																																									
<small>1. via (Branca) Conselho Tutelar - 2. via (Amarela) SAV - 3. via (Verde) Unidade Notificadora</small>																																																									

**APÊNDICE D INSTRUMENTO UTILIZADO PARA AS ENTREVISTAS****A- Identificação:**

1- Iniciais da mãe \_\_\_\_\_

2- Idade (anos) \_\_\_\_\_

3- Etnia \_\_\_\_\_

4- Grau de instrução (anos)\_\_\_\_\_

5- Estado conjugal:

 Solteira ( ) Casada ( ) Viúva ( ) Desquitada/Divorciada Recasada ( ) Outros \_\_\_\_\_

6-Número de filhos\_\_\_\_\_

7-Gravidez planejada

 Sim ( ) Não

8- Responsável pelos cuidados do filho (causa da notificação)

 a mãe ( ) outros

9- Responsável principal pelas despesas da casa

 pai ( ) mãe ( ) outros

10- Recorrências de notificação de violência doméstica

 Sim ( ) Não

**B- Roteiro de questionamentos semi-estruturados:**

(Adaptado de Sagim, M.B., 2008)

- 1- Fale-me da sua infância e adolescência com seus pais.
  
- 2- Em sua infância, você presenciou ou sofreu violência em casa?
  
- 3- Caso tenha marido/companheiro como ele se comporta em relação a você?
  
- 4- Como ele se comporta em relação a seu(s) filho(s)?
  
- 5- Como você se comporta em relação a seu(s) filho(s)?
  
- 6- Você foi notificada como autora de negligência. O que pensa sobre isso?

## APÊNDICE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária nesta pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a participar, você não receberá nenhuma penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Violência e maus-tratos no ambiente familiar: caracterização da mãe, notificada em casos de negligência infanto-juvenil.

Pesquisador responsável: Lucimara Cheles da Silva Franzin – Tel. (43) 3152 2981

Orientadora: Prof. Dra. Simone Tetu Moysés – Tel. (55 41) 33420479

Este projeto pretende conhecer e caracterizar mães notificadas como autoras de casos de negligência em crianças e/ou adolescentes, do município de Curitiba –Pr. Para isto estamos consultando estas mães, e consideramos de maior importância a sua participação. Esclarecemos que os dados serão coletados, através de entrevistas individuais, transcritas, e ou gravadas conforme consentimento do entrevistado, no ano de 2010, não havendo nenhum tipo de risco, prejuízo, desconforto ou possibilidade de que você venha a sofrer algum dano. Caso concorde em participar como voluntário da pesquisa, estará contribuindo para aperfeiçoar o processo de combate a violência doméstica. A pesquisa será desenvolvida em Unidades de Saúde de referência, na área de moradia da família, com dia e hora previamente agendados, de sua disponibilidade. Esclarecemos que as informações e sugestões prestadas, serão sigilosas e seu anonimato será preservado, bem como poderá retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo. Os dados serão utilizados somente para fins acadêmicos, como relatórios, artigos, resumos, capítulo de livros, entre outros. Os dados ficarão à sua disposição.

Nome da pesquisadora: Lucimara Cheles da Silva Franzin

Assinatura do pesquisador:

**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO**  
Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, CPF.

\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecidos sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Fui informada da possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me acarrete prejuízos.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E3

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, brasileira, \_\_\_\_\_ anos (idade), estou sendo convidada a participar de um estudo denominado **“Violência e maus-tratos no ambiente familiar: caracterização da mãe notificada em casos de negligência infanto-juvenil”**, cujos objetivos e justificativas são: produzir informações em profundidade a respeito de casos de mães notificadas de negligência infanto-juvenil no município de Curitiba –Pr.

A minha participação no referido estudo será no sentido de participar de uma entrevista, responder a um questionário.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: a identificação e conhecimento mais profundo do suporte familiar das famílias, revelando a importância de uma rede de apoio social efetiva, na prevenção da negligência doméstica.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis constrangimentos decorrentes da entrevista, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são, LUCIMARA FRANZIN E DRA. SIMONE TETU MOYSÉS, vinculadas à PUCPR, e com eles poderei manter contato pelos telefones (43)31522981 E (41) 33420479.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um email para [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br)”.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)

Lucimara Cheles da Silva Franzin

Simone Tetu Moysés



## **APÊNDICE F REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO À VIOLÊNCIA – CURITIBA – PR.**

A RPCAV foi implantada pelo Governo Municipal de Curitiba – Pr. no ano de 2000, motivada pela magnitude da violência que acometia crianças e adolescentes neste município.

Tem por base a Doutrina Jurídica da Proteção Integral, onde toda criança e adolescente é considerado de interesse frente à família, sociedade e Estado. Fundamenta-se no sistema de Notificação Obrigatória de toda forma de violência suspeita ou confirmada, com base legal na Constituição Federal (Artigo 227), e, Estatuto da Criança e do Adolescente (Artigos 13 e 245). Dá atenção sistemática ao fluxo de encaminhamento, referentes ao Conselho Tutelar, Serviço de Atendimento ao Vitimizado (SAV) e banco de dados gerenciado pela Secretaria Municipal da Saúde e possui um Protocolo próprio.

O município de Curitiba tem sua estruturação organizacional propícia para a atuação do trabalho em rede e o funcionamento da Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. A descentralização das gerências e das ações pela gestão municipal faz com que exista uma regionalização dos equipamentos e serviços, que conta com uma estrutura de nove Regionais Administrativas, com suas respectivas subsecretarias, todas localizadas na Rua da Cidadania, maneira encontrada para aproximar os serviços e integrá-los interinstitucionalmente.

Quando ocorre uma situação de violência infanto-juvenil, identificada por um profissional (saúde, educação, assistência social ou outra classe), inicia-se um processo de levantamento de dados sobre: avaliação da situação e riscos de novas agressões. Para isto avalia-se a vítima, tipo e características da injúria sofrida, características do agressor, e situação da família para o socorro e proteção da criança e/ou adolescente vitimizados. Esta avaliação definirá quais procedimentos deverão ser seguidos pelo serviço que identificou a violência, e pela Rede Local de Proteção. Esta é composta pelas Unidades de Saúde - US (exceto as 24 horas e as especializadas), junto com os demais serviços/instituições, públicas ou não, que se

localizam na área de abrangência daquela US e, desenvolvem atividades com crianças e adolescentes, bem como com suas famílias. Assim a Rede Local de Proteção, constituiu-se por um grupo de profissionais que tem a função de acompanhar a população e os casos de maus-tratos que foram diagnosticados naquele espaço geográfico, a fim de promover uma rede de vigilância, apoio e prevenção às reincidências a estas violências.

As Redes Locais se vinculam a uma Coordenação Regional da Rede de Proteção de maneira intersetorial, que por sua vez encontram-se vinculadas a Coordenação Municipal da Rede de Proteção.

Para a notificação da violência contra criança e adolescente, todos os serviços utilizam um formulário padronizado (Apêndice C), com três vias carbonadas, para todos os casos de suspeita de violência ou violência comprovada. Ainda, tem a função de ferramenta para o acompanhamento dos casos, prevenção a maus-tratos, promove a proteção, e também atua na vigilância da violência.

A primeira via é destinada ao Conselho Tutelar. A segunda via é encaminhada ao SAV-SOS Criança que posteriormente a reencaminha ao Centro de Epidemiologia da SMS, que mantém atualizado o banco de dados da RPCAV, pelo programa Epi-Info 6.0. A terceira via é arquivada pela Unidade Notificadora de maus-tratos. A fim de cumprir as metas estabelecidas pelo Plano Nacional de Enfrentamento à Violência, segundo consta no artigo 86º do Estatuto da Criança e do adolescente.

As ações da RPCAV tem como metas a inibição e redução da vulnerabilidade infanto-juvenil, a intervenção precoce nas situações geradoras de violência, a interrupção no processo de repetição e agravo dos maus-tratos, manutenção e análise do banco de dados da notificação, tornar visível a violência praticada contra esta classe vulnerável, construir indicadores, formular instrumentos de avaliação dos resultados obtidos, democratizar informações e desencadear ações tanto de prevenção quanto de proteção, sensibilização dos profissionais para detectar situações de risco e atuar sobre elas, assegurando o acesso da criança e do adolescente aos serviços públicos de assistência social, educação, saúde, justiça, segurança, esporte, cultura, lazer, além de assessorar a família da vítima de violência doméstica e o agressor notificado.

## FLUXO DE ATENÇÃO



## ANEXO A NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL



### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Forma e preparação de manuscritos

Envio de manuscritos

**ISSN 1519-3829 *versão impressa***  
**ISSN 1806-9304 *versão online***

#### Escopo e política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

#### Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos

Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

## Aspectos Éticos

### 1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

### 2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

## Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceite; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após

aceito o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

### Seções da Revista

#### Editorial escrito a convite do editor

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); Discussão: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

Relato de Caso/Série de Casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on line (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

#### Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

#### Forma e preparação de manuscritos

#### Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos on-line, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

#### Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página de Resumos: deverá ser elaborado dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.



Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

#### Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol.* 2007; 132: 2087-102.

#### Livro

Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system.* 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

#### Editor, Organizador, Compilador

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs.* Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

#### Congresso considerado no todo

*Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics;* 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

#### Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

#### Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

#### Documento em formato eletrônico – Artigo de revista

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf)

#### Envio de manuscritos

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelhoos, 300 Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: [revista@imip.org.br](mailto:revista@imip.org.br)

Site: [www.imip.org.br/rbsmi](http://www.imip.org.br/rbsmi)

## ANEXO B NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### Objetivos

A **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health** é a principal revista de informação técnica e científica da Organização Pan-Americana da Saúde - [OPAS](#), substituindo os antigos **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** e **Bulletin of the Pan American Health Organization**. A revista é um importante veículo para divulgar os avanços mais recentes da pesquisa em saúde pública nas Américas, em função dos objetivos fundamentais da OPAS: promover as ações e coordenar os esforços dos países da Região para preservar a saúde, combater as doenças, prolongar a vida e estimular a melhoria da qualidade física, mental e social de seus habitantes.

A Revista objetiva divulgar informações de interesse para a saúde pública, sobretudo as relacionadas com os programas de cooperação técnica da Organização, bem como notícias sobre políticas, ações e resultados da própria OPAS e dos Estados Membros na busca por melhorar as condições de saúde e fortalecer o setor de saúde em todo o hemisfério.

#### Critérios para a aceitação de manuscritos

A RPSP/PAJPH reserva todos os direitos legais de reprodução de seu conteúdo. Os manuscritos aprovados para publicação somente são aceitos com o entendimento de que não tenham sido publicados, parcial ou totalmente, em nenhuma outra parte e de que não o serão republicados sem a autorização expressa da OPAS. Os artigos serão considerados simultaneamente para publicação em inglês, espanhol ou português (ver seção II.C - [Idioma](#)).

A seleção do material proposto para publicação se baseia nos seguintes critérios gerais: grau de prioridade do tema para a Organização e os Estados Membros; solidez científica, originalidade, atualidade e oportunidade da informação; possibilidade de que a experiência descrita seja aplicável em âmbito regional e não somente no lugar de origem; respeito às normas de ética médica no que se refere à experimentação com seres humanos e animais; respeito pelos Estados Membros e pelos povos que representam; variedade dos temas e da procedência geográfica da informação. A aceitação ou recusa de um manuscrito depende de um processo de seleção objetivo

que está descrito mais adiante (ver seção II.O - [Processo de seleção](#)).

Enfatiza-se especialmente a importância de que o trabalho tenha uma apresentação apropriada (forma de abordar o problema proposto e plano para alcançar o objetivo do estudo), uma vez que as falhas nesse aspecto invalidam toda a informação e são a causa mais freqüente da recusa de manuscritos.

Os manuscritos apresentados em reuniões e conferências não os qualificam necessariamente como artigos científicos, já que não se ajustam aos objetivos e estrutura requeridos. Não são aceitos artigos sobre resultados preliminares, mas somente os definitivos. Em geral, tampouco são aceitos artigos destinados à publicação em série relacionados a diversos aspectos de uma única investigação.

As opiniões expressas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade, não refletindo necessariamente os critérios nem a política da Organização Pan-Americana da Saúde, nem dos Estados Membros. A menção de determinadas sociedades comerciais ou do nome comercial de certos produtos não implica que a OPAS os aprove ou recomende preferencialmente a outros similares.

### **Conteúdo da revista**

Os artigos originais sobre saúde pública e disciplinas afins formam a parte principal da RPSP/PAJPH. Informações sobre os princípios, decisões e resultados da PAHO também são publicadas.

Entre os temas específicos que são abordados figuram os de saúde materna e infantil doenças transmissíveis, doenças crônicas, alimentação e nutrição, prevenção de acidentes, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde dos idosos, assistência aos incapacitados, saúde dental, higiene ambiental, desastres, saúde pública veterinária, epidemiologia, estatística sanitária, informática, pesquisa e tecnologia, informação científica e técnica, administração, legislação, políticas, planejamento estratégico, sistemas e serviços de saúde, recursos humanos, financiamento e custos, participação comunitária, educação para a saúde, coordenação intersectorial e muitos outros.

O conteúdo é organizado da seguinte forma:

1. **Reflexões do Diretor.** À moda de editorial, divulga os princípios políticos da Organização, as tendências atuais e prioridades da saúde pública na Região das Américas.

2. **Artigos.** Podem ser informes de pesquisas originais, revisões críticas, revisões bibliográficas ou comunicações de experiências particulares aplicáveis em âmbito regional. Ocasionalmente, são publicadas comunicações breves com o objetivo de divulgar novas técnicas ou metodologias ou resultados que ofereçam interesse particular.

3. **Temas da atualidade.** Esta seção inclui comentários de menor extensão que os artigos, relatos de experiências e acontecimentos nacionais e regionais, informes sobre o desenvolvimento de projetos e programas, resultados de reuniões, simpósios e conferências nos quais participam a Organização e os países membros, bem como outras comunicações relativas à prática da saúde.

4. **Instantâneas** (somente em espanhol). Nesta seção aparecem resumos de artigos recém-publicados em outras revistas destacadas ou em jornais, assim como *press releases*. Os materiais são selecionados segundo a sua pertinência no contexto da saúde pública da Região.

5. **Publicações.** Aqui são apresentados pequenos resumos de novas publicações, assim como resenhas esporádicas de livros recém-publicados sobre os diversos aspectos da saúde pública e temas afins. Os leitores são convidados a enviar resenhas de obras sobre temas no campo de sua competência, com o entendimento de que a sua publicação é responsabilidade da equipe editorial e dependerá em grande medida da observação das normas para a redação de resenhas. Estas serão enviadas por correio sob solicitação.

6. **Cartas.** Cartas dirigidas à Redação são publicadas com a intenção de esclarecer, discutir ou comentar de maneira construtiva as idéias expostas na RPSP/PAJPH. Devem ser assinadas pelo autor, e incluir sua afiliação profissional e endereço completo.

## **Instruções para a apresentação de manuscritos propostos para publicação**

### **A. Especificações**

A RPSP/PAJPH segue, em geral, as normas definidas no documento "Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas", elaborado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas (5a. ed., 1997). Tais normas são conhecidas também como "normas de Vancouver" (ver [Bibliografia](#)).

A seguir, são oferecidas instruções práticas para elaborar o manuscrito, ilustradas com exemplos representativos. Os autores que não obedecerem as normas de apresentação se expõem à recusa imediata de seus artigos.

### **B. Envio do manuscrito**

O original, três cópias e um disquete com o texto completo do manuscrito (ver seção II.E - [Extensão e apresentação](#)) devem ser enviados ao Chefe do [Programa de Publicações](#) e Serviços Editoriais (DBI), que acusará o recebimento do manuscrito mediante carta ao autor.

### **C. Idioma**

A RPSP/PAJPH publica artigos em espanhol, inglês e português, embora sejam aceitos manuscritos redigidos em qualquer dos idiomas oficiais da OPAS (inglês, francês, português e espanhol). É recomendado encarecidamente aos autores que escrevam em sua língua materna; o uso inadequado de uma língua estrangeira obscurece o sentido e enfraquece o rigor científico.

Os artigos selecionados para a RPSP/PAJPH nem sempre serão publicados no idioma em que foram originalmente escritos; o idioma de publicação será decidido segundo a procedência do público para o qual o conteúdo apresente maior interesse científico e prático.

### **D. Direitos de autor (Copyright)**

Cada artigo deverá ser acompanhado de uma declaração especificando que o manuscrito não foi publicado previamente e que não será apresentado a nenhuma outra revista antes de a decisão da OPAS ser conhecida. Os autores anexarão ainda uma declaração assinada indicando que, se o manuscrito for aceito para publicação,

os direitos de autor pertencerão à OPAS.

Solicita-se aos autores que incluam informações completas sobre qualquer bolsa de estudos ou subvenções recebidas da OMS, da OPAS ou de outro organismo para custear o trabalho no qual o artigo é baseado.

Os autores assumirão a responsabilidade de obter as permissões necessárias para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais. O manuscrito deverá ser acompanhado da carta original outorgando essa permissão; nela deverá ser especificado com exatidão o número do quadro ou figura ou o texto exato que será citado e como será usado, além da referência bibliográfica completa (ver seção II.J - [Referências bibliográficas](#)).

Somente devem constar como autores aqueles que tenham participado diretamente da pesquisa ou da elaboração do artigo, e que poderão ser publicamente responsabilizados pelo seu conteúdo. A inclusão de outras pessoas como autores, por amizade, reconhecimento ou outras razões não científicas, constitui falta de ética.

#### **E. Extensão e apresentação**

O manuscrito completo não deverá exceder 15 a 20 folhas tamanho carta (8,5 x 11") ou ISO A4 (212 x 297 mm). Estas devem ser datilografadas com tinta preta em um só lado do papel, com espaço duplo ou triplo e com margens superior e inferior de cerca de 2,4 cm. As margens direita e esquerda deverão medir pelo menos 2,4 cm. As palavras não deverão ser hifenizadas ao final das linhas. As páginas deverão ser numeradas sucessivamente. O original deverá ser acompanhado de três cópias de boa qualidade. Não serão aceitas cópias feitas com carbono.

Dá-se preferência aos manuscritos preparados em computador ou processador de textos, sendo que uma versão em disquete (de 3,5" ou 5,25") deve ser enviada junto com a versão final impressa. Embora seja aceito qualquer equipamento compatível com IBM ou Macintosh, o melhor programa é Microsoft Word. O autor deve indicar o programa que foi usado na elaboração do artigo.

Não serão aceitos manuscritos que não cumpram as especificações aqui detalhadas. No caso de trabalhos ou citações traduzidos, em parte ou na sua totalidade, uma cópia do texto no idioma original deverá acompanhar o

manuscrito.

Os artigos aceitos serão submetidos a um processamento editorial que pode incluir, se necessário, a condensação do texto e a supressão ou adição de quadros, ilustrações e anexos. A versão editada será remetida ao autor para sua aprovação.

## **F. Título e autores**

O título deve limitar-se a 10 palavras, se possível, e não deve exceder 15. Deve descrever o conteúdo de forma específica, clara, breve e concisa. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas deverão ser evitados. Um bom título permite aos leitores identificar o tema facilmente e, além disso, ajuda aos centros de documentação a catalogar e classificar o material com exatidão.

Imediatamente sob o título, deverão figurar o nome e o sobrenome de cada autor, bem como o nome da instituição em que trabalha. A RPSP/PAJPH não publica os títulos, distinções acadêmicas etc. dos autores.

É preciso informar o endereço completo do autor principal ou daquele que deverá se encarregar de responder toda a correspondência relativa ao artigo. Se uma caixa postal for usada, também é necessário indicar outro endereço onde possa chegar um serviço de entrega comercial.

## **G. Resumo e palavras-chave**

Cada trabalho, incluindo as comunicações breves, deverá ser acompanhado de um resumo — de cerca de 150 palavras se for descritivo, ou de 250 se for estruturado — que indique claramente: a) os propósitos do estudo; b) lugar e datas de sua realização; c) procedimentos básicos (seleção de amostras e métodos de observação e análise); d) resultados principais (dados específicos e, se for o caso, sua interpretação estatística); e e) as principais conclusões. Deve-se enfatizar os aspectos novos e relevantes.

Nenhuma informação ou conclusão que não apareça no texto deverá ser incluída. É conveniente redigi-lo em estilo impessoal e não incluir abreviaturas, remissões ao texto principal ou referências bibliográficas.

O resumo permite aos leitores determinar a pertinência do conteúdo e decidir se lhes interessa ler o documento em sua totalidade. De fato, é a única parte do artigo que



muitas pessoas lêem e, junto com o título, a que é incluída nos sistemas de disseminação de informação bibliográfica, como o Index Medicus.

Depois do resumo, 3 a 10 palavras-chave ou frases curtas devem ser indicadas para fins de indexação em bases de dados como o Index Medicus, cuja lista "Cabeçalhos de assuntos médicos" (*Medical Subject Headings*) deve servir de guia.

## **H. Corpo do artigo**

Em geral, os trabalhos que apresentam pesquisas ou estudos se dividem nas seguintes seções correspondentes ao chamado "formato IMRED": introdução, materiais e métodos, resultados e discussão. Os trabalhos de atualização e revisão bibliográfica costumam requerer outros títulos e subtítulos de acordo com o conteúdo.

No caso das comunicações breves, as divisões habituais deverão ser suprimidas, mantendo-se entretanto essa seqüência no texto.

## **I. Notas de rodapé**

São as explicações que, num tipo de letra menor, aparecem na parte inferior de uma página. Serão utilizadas para identificar a afiliação (instituição e departamento) e endereço dos autores e algumas fontes de informação inéditas (ver seção J.4 - [Fontes inéditas e resumos](#)). Essas notas deverão ser separadas do texto mediante uma linha horizontal e identificadas por números consecutivos ao longo do artigo, colocados como expoentes.

## **J. Referências bibliográficas**

São essenciais para identificar as fontes originais de conceitos, métodos e técnicas provenientes de pesquisas, estudos e experiências anteriores; para apoiar os fatos e opiniões expressos pelo autor, e orientar o leitor interessado a informar-se com maior detalhe sobre determinados aspectos do conteúdo do documento.

Com exceção dos artigos de revisão bibliográfica e das comunicações breves, a RPSP/PAJPH requer no mínimo 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas. Os artigos de revisão em geral terão um maior número de fontes, e as comunicações breves, um máximo de 15.

Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos, entre parênteses, da seguinte forma:

"Observou-se (3, 4) que..."

Ou:

"Vários autores (1-5) assinalaram que..."

A lista de referências deverá ser numerada consecutivamente seguindo a ordem das citações no texto. Por sua vez, as fontes bibliográficas consultadas mas não citadas no texto serão denominadas "bibliografia" e serão ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome dos autores.

A lista de referências ou a bibliografia deverá ser apresentada em folhas separadas, ao final do artigo, e elaborada de acordo com as normas descritas a seguir.

**1. Artigos de revistas.** É necessário fornecer a seguinte informação: autor(es), título do artigo, título abreviado da revista em que foi publicado (sublinhado ou em itálico); ano; volume (em números arábicos), número (pode ser omitido se a revista tiver paginação contínua ao longo de um volume) e páginas inicial e final. Toda a informação será apresentada na língua original do trabalho citado. Os seguintes exemplos ilustram o "estilo de Vancouver" para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas que devem ser observadas.

**a. Autores individuais.** Os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores deverão ser mencionados; se são mais, a expressão "et al." deverá ser usada. Exemplos:

Brownie C, Habicht JP, Cogill B. Comparing indicators of health and nutritional status. *Am J Epidemiol* 1986;124:1031-1044.

Herrero R, Brinton L, Hartge P, Reeves W, Brenes M, Urcuyo R, et al. Determinants of the geographic variation of invasive cervical cancer in Costa Rica. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:15-25.

**b. Artigos que possuem várias partes**

Fitzharding PM, Stevens EM. The small-for-date infant: II, neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics* 1972;

50:50-57.

**c. Autor corporativo.** Se consta de vários elementos, mencionar da maior para a menor. Em revistas publicadas por organismos governamentais ou internacionais, os trabalhos sem autor podem ser atribuídos ao organismo responsável:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:287-295.

**d. Artigo sem autor dentro de uma seção regular de uma revista:**

World Health Organization. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ* 1992;70:17-22.

**e. Tipos especiais de artigos e outras comunicações.** São indicados entre colchetes:

Wedeen RD. In vivo tibial XFR measurement of bone lead [editorial]. *Archives Environ Health* 1990; 45:69-71.

**f. Suplemento de um volume:**

Maheshwari RK. The role of cytokines in malaria infection. *Bull World Health Organ* 1990; 68 (suppl):138-144.

**2. Trabalhos apresentados em conferências, congressos, simpósios etc.** Somente devem constar nas referências se as atas correspondentes tiverem sido publicadas.

Koeberle F. Pathologic anatomy of entero-megaly in Chagas' disease. *Proceedings of the 2nd biennial meeting of the Bockus Alumni International Society of Gastroenterology*, Rio de Janeiro. 1962;92-103.

**3. Livros e outras monografias.** Deverão ser incluídos os sobrenomes e iniciais de todos os autores (ou editores, compiladores etc.) ou o nome completo da entidade coletiva; título sublinhado (ou em itálico); número da edição; lugar de publicação, casa publicadora e ano. Quando precedente, os números do volume e as páginas consultadas deverão ser acrescentados, assim como a série a que pertence e o seu número correspondente na

série.

**a. Autores individuais:**

Eisen HN. *Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of immune response*. 5th ed. New York: Harper and Row; 1974: 215-217.

**b. Autor corporativo que é também editor:**

World Health Organization. *The SI for the health professions*. Geneva: WHO; 1977.

**c. Como citar um capítulo:**

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders; 1974:457-472.

**d. Como indicar o número de volumes ou citar um volume em particular:**

Pan American Health Organization. Volume II: *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO;1990. (Scientific publication 524).

Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO; 1990. (Scientific publication 524; 2 vol).

**e. Como citar um volume que tem título próprio:**

World Health Organization, Volume 2: *Instruction manual*. In: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th rev. Geneva: WHO; 1992.

**f. Atas publicadas de congressos, simpósios, conferências etc.:**

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. *Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology*. Houston: International Society for Experimental Hematology; 1974: 44-46.

**g. Informes e documentos completos sem autor.**

Somente serão oferecidos detalhes sobre informes escritos que os leitores possam solicitar e obter. É

importante indicar o nome exato da entidade coletiva responsável pelo documento, título completo, cidade, ano e número. Se possível, deve-se dar a fonte do documento. Exemplos:

National Center for Health Services Research. *Health technology assessment reports*, 1984. Rockville, Maryland: National Center for Health Services Research; 1985; DHHS publication no (PHS) 85-3373. Available from: National Technical Information Service, Springfield, VA 22161.

**4. Fontes inéditas e resumos (*abstracts*).** Não são consideradas referências apropriadas os resumos (*abstracts*) de artigos, os artigos que ainda não tenham sido aceitos para publicação, as teses quando ainda são inéditas e os trabalhos não publicados mesmo que tenham sido apresentados em conferências. Excetuam-se os artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo). Se for absolutamente necessário citar fontes inéditas, deve-se mencioná-las no texto (entre parênteses) ou como notas de rodapé. A citação no texto deverá ser feita da seguinte maneira:

Observou-se<sup>1</sup> que . . .

e ao pé da mesma página do manuscrito aparecerá a nota correspondente:

<sup>1</sup> Herrick JB, [and others]. [Letter to Frank R Morton, Secretary, Chicago Medical Society]. Herrick papers. [1923]. Located at: University of Chicago Special Collections, Chicago, Illinois.

No caso de artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo), deve-se seguir o exemplo:

It has been demonstrated (Little DA, Ecology Center of New York, unpublished observations, 1990) that . . .

**5. Comunicações pessoais.** Devem ser incluídas unicamente quando oferecerem informação essencial não obtível de uma fonte pública. Somente figuram no texto entre parênteses, sem nota de rodapé, da seguinte forma:

Dr. D.A. Little (Ecology Center of New York, personal communication, 1991) has pointed out that . . .

**6. Outros materiais.** Devem seguir em geral as indicações para referenciar um livro, especificando sua

procedência (autores ou entidade responsável), título, tipo do material, local de publicação e data. Também devem ser descritos os sistemas necessários para o uso de informação em formatos eletrônicos.

**a. Videocassetes:**

World Health Organization. *Before disaster strikes* [videocassette]. Geneva: WHO; 1991.

**b. Diapositivos (slides):**

*Sinusitis: a slide lecture series of the American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation* [slide show]. Washington DC: The Academy; 1988. [54 slides and a guide by HC Pillsbury and ME Johns].

**c. Programas de computador:**

*Wechsler interpretation system* [computer program]. Wakefield, Rhode Island: Applied Innovations; 1983. [1 diskette; 1 guide].

**d. Audiocassetes:**

Clark RR, et al, eds. American Society for Microbiology prods. *Topics in clinical microbiology* [audiocassette]. Baltimore: Williams and Wilkins; 1976. [24 audiocassettes: 480 min; accompanied by 120 slides and one manual].

**e. Bases de dados / CD-ROMs:**

*Compact library: AIDS* [CD-ROM database updated quarterly]. Version 1.55a. Boston: Massachusetts Medical Society, Medical Publishing Group; 1980. [1 compact disk; operating system: IBM PC, PS/2 or compatible; 640K memory; MS-DOS 3.0 or later].

**f. Sites na Internet:**

Pritzker TJ. *An early fragment from Central Nepal* [Internet site]. Ingress Communications. Available: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html>. Accessed 8 June 1995.

**g. Materiais instrucionais:**

Card No. 8 Use of cervical mucus examination as a method for avoiding pregnancy. In: World Health Organization and Blithe Centre for Health and Medical

Education. *Education on family fertility: instructional materials on natural methods of family planning for use by educators* [pamphlets, cards, and posters]. Geneva: WHO; 1982.

### **K. Quadros (ou tabelas)**

Os quadros são conjuntos ordenados e sistemáticos de valores agrupados em linhas e colunas. Devem ser usados para apresentar informação essencial de tipo repetitivo — em termos de variáveis, características ou atributos — em uma forma facilmente compreensível para o leitor. Podem mostrar freqüências, relações, contrastes, variações e tendências mediante a apresentação ordenada da informação. Devem ser compreensíveis por si mesmos e complementar — não duplicar — o texto. Os quadros não devem conter excesso de informação estatística porque resultam incompreensíveis, diminuem o interesse do leitor e podem chegar a confundi-lo.

Cada quadro deve ser apresentado em uma folha separada ao final do artigo, e ser identificado com um número correspondente. Deverá apresentar um título breve e claro de maneira que o leitor possa determinar sem dificuldades quais dados foram tabulados e o que indicarão, além do lugar, data e fonte da informação. O cabeçalho de cada coluna deve incluir a unidade de medida e ser o mais breve possível; a base das medidas relativas (porcentagens, taxas, índices) deve ser indicada claramente quando forem utilizadas. Somente devem ser deixados em branco os espaços correspondentes a dados que não são aplicáveis; se falta informação porque não foram feitas observações, os espaços deverão ser preenchidos por um pontilhado.

Linhas verticais não deverão ser usadas, assim como somente três horizontais deverão aparecer: uma após o título, outra após os cabeçalhos de coluna e a última ao final do quadro, antes das notas, se houver. As chamadas para as notas ao final do quadro deverão ser feitas mediante letras colocadas como expoentes, em ordem alfabética; cifras, asteriscos ou outros símbolos quaisquer não deverão ser utilizados com esse propósito.

As comunicações breves poderão apresentar até o limite máximo de dois quadros ou figuras.

### **L. Figuras**

As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos lineares,

mapas, fotografias etc.) devem ser utilizadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. Devem ser fáceis de compreender e agregar informação, não duplicá-la. As figuras deverão ser apresentadas em forma de desenhos manuais ou fotografias em branco e preto em papel brilhante, ou geradas por computador. Os desenhos e legendas devem ser bem elaborados para que possam ser reproduzidos diretamente; deverão ser enviados entre folhas de papelão duro que os protejam durante o transporte. Todas as figuras deverão ser perfeitamente identificadas no verso. Seus títulos serão tão concisos quanto possível e, ao mesmo tempo, bastante explícitos. Notas não deverão ser utilizadas na figura, mas a fonte deverá ser indicada no caso de haver sido retirada de outra publicação.

Os títulos de todas as figuras deverão ser anotados em ordem numérica numa folha separada. Se houver espaço suficiente, a explicação dos gráficos ou mapas poderá ser incluída dentro da própria figura, mas se não for possível, será incorporada ao título da figura. Os mapas e desenhos apresentarão uma escala em unidades SI (ver seção II.N - [Unidades de medida](#)).

As fotografias são preferíveis em branco e preto, devendo ter grande nitidez e excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fonte de origem e data. Cada fotografia deverá ser identificada no verso com um número e incluir um título claro e breve. Essa informação deverá ser escrita numa etiqueta adesiva no verso da fotografia.

O excesso de quadros, material gráfico ou ambos diminui o efeito que se deseja alcançar. Essa razão, mais o fato de que os quadros e ilustrações são custosos e ocupam muito espaço, obriga a uma seleção cuidadosa para realçar o texto.

### **M. Abreviaturas e siglas**

Serão utilizadas o menos possível. É preciso definir cada uma delas na primeira vez em que aparecer no texto, escrevendo o termo completo e em seguida a sigla ou abreviatura entre parênteses, por exemplo, Programa Ampliado de Imunização (PAI). Serão citadas em espanhol ou português, por exemplo, DP (desvio padrão) e não SD (standard deviation), exceto quando correspondam a entidades de alcance nacional (FBI) ou sejam conhecidas internacionalmente por suas siglas não espanholas ou portuguesas (UNICEF), ou se referirem a substâncias químicas cujas siglas inglesas estejam estabelecidas



como denominação internacional, como GH (hormônio do crescimento), e não HC. (Ver também a seção II.N - [Unidades de medida](#)).

## **N. Unidades de medida**

Deverão ser usadas as unidades do Sistema Internacional (SI), que é essencialmente uma versão ampliada do sistema métrico decimal (ver [bibliografia](#)).

De acordo com esse sistema, os símbolos das unidades não são expressos no plural (5 km e não 5 kms), nem são seguidos de ponto (10 mL e não 10 mL.), salvo se estiverem no final de uma frase e que por razões ortográficas deverão levá-lo. Em português, os números decimais são expressos usando-se a vírgula. As cifras devem ser agrupadas em trios, dispostos à direita e à esquerda da vírgula decimal, e separados entre si por um espaço simples. Não devem ser separados por nenhum sinal de pontuação.

*Forma correta:*

12 500 350 (doze milhões quinhentos mil trezentos cinqüenta)

1 900,05 (mil novecentos e cinco centavos)

*Formas incorretas:*

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05

## **O. Processo de seleção**

Os manuscritos recebidos passam por um processo de seleção mediante o sistema de arbitragem por especialistas na matéria. Numa primeira revisão, é determinado se o manuscrito obedece os critérios gerais descritos anteriormente. Na segunda revisão, são examinados o valor científico do documento e a utilidade de sua publicação; esta parte é responsabilidade de profissionais especialistas no tema, que avaliam os manuscritos independentemente.

Na terceira revisão, baseando-se nos critérios gerais, no valor científico do artigo e na utilidade de sua publicação, toma-se uma decisão que pode ser: recusa, em cujo caso o documento é devolvido ao autor; aceitação condicional, segundo a qual se solicita ao autor para redigir um novo texto revisado, incorporando os comentários e

recomendações dos especialistas; ou aceitação definitiva.

Os textos revisados são submetidos a uma quarta revisão para verificar se as condições e exigências feitas na aceitação condicional foram cumpridas; se sim, o manuscrito é aceito de forma definitiva; do contrário, é recusado.

Toda decisão é comunicada por escrito ao autor com a maior rapidez possível. O prazo depende da complexidade do tema e da disponibilidade de revisores especialistas.

#### **P. Publicação do artigo aceito**

Os manuscritos serão aceitos com o entendimento de que o editor se reserva o direito de fazer revisões visando uma maior uniformidade, clareza e conformidade do texto com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão editados e enviados ao autor responsável pela correspondência para que responda às perguntas ou esclareça dúvidas editoriais, aprove as correções. As provas tipográficas não serão enviadas aos autores, razão pela qual estes deverão ler detidamente o manuscrito editado. Recomenda-se enfaticamente a devolução do manuscrito aprovado pelo autor no prazo indicado na carta que o acompanha, para que a programação do número correspondente da revista possa ser cumprida. Salvo circunstâncias excepcionais, decorrem aproximadamente três meses entre a data do recebimento do artigo aprovado pelo autor e sua publicação.

#### **Q. Exemplos enviados ao autor**

O autor receberá 10 exemplares da revista em que aparece seu artigo tão logo seja publicada.

## ANEXO C NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

ISSN 1413-8123 versão impressa

ISSN 1678-4561 versão online

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Objetivo e política editorial

Seções da publicação

Apresentação de manuscritos

Objetivo e política editorial

**Ciência & Saúde Coletiva** publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

#### Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

#### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

#### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a

informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

### Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles outros tipos de contribuição.

### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" 11 ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...



As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

#### Exemplos de como citar referências

##### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de et al. se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev C S Col 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, et al. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Rev C S Col 2005; 10(2):483-91.

##### 2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4

### 3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

### 4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saúde Pública 1993; 9(Supl 1):71-84.

### 5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347:1337.

### Livros e outras monografias

### 6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

## 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

## 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

## 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

## 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

## Outros trabalhos publicados

## 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

#### Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

#### Material eletrônico

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

[Home] [Sobre esta revista] [Corpo editorial] [Assinaturas]

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos  
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil  
Tel.: +55 21 2290-4893 / 3882-9151

revscol@fiocruz.br