

José Gomes Bezerra Filho
Kátia Costa Savioli
Emanuel Moura Gomes
Isabelle da Silva Gama Araújo
(Org.)

Acidentes e Violência: uma abordagem interdisciplinar



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

José Gomes Bezerra Filho
Kátia Costa Savioli
Emanuel Moura Gomes
Isabelle da Silva Gama Araújo
(Org.)

ACIDENTES E VIOLÊNCIA: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

1ª Edição
Fortaleza - CE
2015



ACIDENTES E VIOLÊNCIA: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR
© 2015 *Copyright by* José Gomes Bezerra Filho, Kátia Costa Savioli, Emanuel Moura Gomes e
Isabelle da Silva Gama Araújo

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmo Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Editora EdUECE

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

A 181 Acidentes e Violência: uma abordagem interdisciplinar/ José Gomes Bezerra Filho...
[et al.]. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

367 p.
ISBN: 978-85-7826-306-5

1. Violência infante juvenil. 2. Violência contra mulher. 3. Homicídios.
I. Título.

CDD: 300

PREFÁCIO

A violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. Atualmente, a vida nas grandes cidades apresenta um acirramento dos processos violentos, o que implica o desencadeando de diversos conflitos.

No Brasil, o tema começou a ser debatido pela área da saúde na década de 1980, entrando com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais. Os profissionais da saúde passaram a fazer denúncias sistemáticas acerca das diversas modalidades de violência contra as pessoas e sua influência negativa sobre a saúde física e mental das vítimas. O fenômeno passou a ser compreendido como um problema da área nas esferas individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a organização de práticas e de serviços próprios do setor.

A produção de estudos sobre a violência e seus determinantes é algo necessário para a elaboração de respostas mais efetivas, tendo como foco a produção do cuidado. Essa é a função da universidade, desenvolver para a sociedade pesquisas que apontem caminhos para a construção de políticas assertivas que atendam às atuais necessidades da população.

O volume II do livro *Violências e acidentes: uma abordagem interdisciplinar* – organizado por José Gomes Bezerra Filho, Isabelle da Silva Gama Araújo, Kátia Costa Savioli e Emanuel Moura Gomes – apresenta textos que trazem significativa contribuição para o reordenamento e a orientação de políticas voltadas à produção do cuidado da população, que

é afetada de forma contundente pelo fenômeno da violência. O grupo de estudo e pesquisa Ação pela Paz, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC), reúne pesquisadores e apresenta nesta coletânea estudos relacionados à violência e suas interfaces com a saúde. Os temas analisados pelos autores deste volume nos conduzem a importantes debates sobre a saúde coletiva e a violência.

Os temas dos capítulos aqui compilados são relevantes para o cenário sanitário em suas diversas categorias, como: 1) fatos geradores de vítimas e perpetradores da violência; 2) modelos explicativos da origem da violência e delinquência infanto-juvenil e serviços de proteção a crianças e adolescentes com direitos violados; 3) maus-tratos e violência na infância: caracterização desse fenômeno entre adolescentes do sexo feminino; 4) prevalência de violência física intra-familiar contra crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em zona urbana com elevada taxa de violência; 5) violência das cuidadoras de crianças em situação de sofrimento psíquico: um reflexo da convivência diária com o adoecimento; 6) ciclo de violência física envolvendo adolescentes escolares: uma linha tênue com fatores familiares e comportamentais de risco; 7) *bullying*: caracterização das vítimas em escolas de Sobral (CE); 8) caracterização da violência contra a mulher notificada em serviços de saúde de uma metrópole brasileira; 9) características de mulheres que tentaram o suicídio e foram atendidas em instituições públicas de uma metrópole brasileira; 10) condição socioeconômica de pessoas atendidas após tentativa de suicídio em unidades públicas de saúde de uma metrópole brasileira; 11) família

e drogadição: uma revisão integrativa sobre abordagem no tratamento; 12) violência no trabalho contra profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS); 13) os determinantes dos homicídios no Brasil; 14) mortalidade por acidentes envolvendo transportes terrestres em uma metrópole brasileira: características e tendências (de 1980 a 2007); 15) reabilitação de vítimas de acidentes e violência; 16) estudos ecológicos: usos e limitações; e 17) a escolha do tema e a formulação do problema em pesquisa científica aplicada à saúde.

A perspectiva multidimensional do fenômeno da violência confirma a necessidade de estudos das causas e determinantes do processo saúde-doença. Com esta publicação, reafirma-se o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública, embora não específico da área da saúde, uma vez que é resultado de uma complexa interação entre diversos fatores, que podem ser individuais, sociais, econômicos, culturais, entre outros.

Estamos certos de que a produção do conhecimento disponibilizado atualmente à comunidade pode contribuir para o debate público, proporcionando um diagnóstico preciso para ações mais assertivas por parte de profissionais da saúde, bem como constitui uma importante ferramenta para os gestores e formuladores de políticas públicas.

Eliany Nazaré Oliveira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa Saúde Mental, Violência e Cuidado, da UVA.

Sumário

1 Fatos geradores de vítimas e perpetradores da violência..... 12

Marinila Calderaro Munguba Macedo

José Gomes Bezerra Filho

Regina Fátima Gonçalves Feitosa

Thereza Maria Magalhães Moreira

2 Modelos explicativos da origem da violência e delinquência infantil e serviços de proteção a crianças e adolescentes com direitos violados em Fortaleza-CE..... 38

Regina Fátima Gonçalves Feitosa

Marinila Calderaro Munguba Macedo

José Gomes Bezerra Filho

3 Maus-tratos e violência na infância: caracterização deste fenômeno em adolescentes do sexo feminino..... 60

Eliany Nazaré Oliveira

Sara Cordeiro Eloia

Michele Carneiro Vasconcelos

Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Fabiane do Amaral Gubert

Robelândia Evangelista Lopes

Maria Tereza de Oliveira Almeida

4 Prevalência de violência física intrafamiliar contra crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família, em zona urbana com elevada taxa de violência em Fortaleza, Nordeste do Brasil..... 76

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Márcia Maria Tavares Machado

Isabel Altenfelder Bordin

Cristiane Silvestre Paula

Ângela Alencar Araripe Pinheiro

5 A violência das cuidadoras de crianças portadoras de sofrimento psíquico: um reflexo da convivência diária com o adoecimento 100

Yzy Maria Rabelo Câmara

Yls Rabelo Câmara

Adriana Melo de Farias

João Joaquim Freitas do Amaral

6 Violência física no contexto de adolescentes escolares: análise de aspectos individuais, sociais e familiares 124

Kátia Costa Savioli

José Gomes Bezerra Filho

Emanuel Moura Gomes

Isabelle Silva Gama

Francismeire Brasileiro Magalhães

Eriza de Oliveira Parente

Kelvia Maria Oliveira Borges

7 BULLYING: Caracterização das vítimas em escolas do município de Sobral – CE 147

Késia Marques Moraes

João Joaquim Freitas do Amaral

José Gomes Bezerra Filho

Helanio Arruda Carmo

Benedita Joseane Costa Batista

Ana Eurídice Rodrigues

8 Caracterização da violência contra a mulher notificada em serviços de saúde de uma metrópole brasileira 166

Renata Carneiro Ferreira

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Lívia de Andrade Marques

Ana Carine Arruda Rolim

Ludmila Fontenele Cavalcanti

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

9 Características de mulheres que tentaram o suicídio e foram atendidas em instituições públicas de Fortaleza-Ceará 182

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira

José Gomes Bezerra Filho

José Edir Paixão de Sousa

Ana Karla Batista Bezerra Zanella

Regina Fátima Gonçalves Feitosa

10 Condição socioeconômica de pessoas atendidas pós tentativa de suicídio em unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará..... 205

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira

José Gomes Bezerra Filho

Regina Fátima Gonçalves Feitosa

11 Família e drogadição: uma revisão integrativa sobre abordagem no tratamento 226

Maria Tereza Oliveira de Almeida

Eliany Nazaré Oliveira

Maristela Inês Osawa Chagas

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

12 Violência no trabalho contra profissionais da Atenção Primária em Saúde..... 241

Naianny Rodrigues de Almeida

Lívia de Andrade Marques

Maria Fatima Maciel Araújo

José Gomes Bezerra Filho

13 Os Determinantes dos Homicídios no Brasil 263

Marcos Tadeu Ellery Frota

José Gomes Bezerra Filho

Carlos Henrique Morais de Alencar

Vivian Aguiar Werneck Evangelista

14 Mortalidade por Acidentes envolvendo transportes terrestres em Fortaleza: Características e Tendências, 1980-2007..... 277

Francismeire Brasileiro Magalhães
Rosa Livia Freitas de Almeida
Marinila Calderaro Munguba Macedo
José Gomes Bezerra Filho
Adriano Ferreira Martins
Kellyanne Abreu Silva

15 Reabilitação de pacientes vítimas de acidentes e violências . 290

Fabiane Elpidio de Sá
Kátia Virginia Viana Cardoso

16 Estudos ecológicos: usos e limitações 308

José Gomes Bezerra Filho
Michelle Alves Vasconcelos Ponte
Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira
Isabelle da Silva Gama Araújo
Regina Fátima Gonçalves Feitosa
Márcia Maria Tavares Machado

17 A escolha do tema e a formulação do problema em pesquisa científica aplicada à saúde 335

José Gomes Bezerra Filho
Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira
Isabelle da Silva Gama Araújo

1 FATOS GERADORES DE VÍTIMAS E PERPETRADORES DA VIOLÊNCIA

Marinila Calderaro Munguba Macedo

José Gomes Bezerra Filho

Regina Fátima Gonçalves Feitosa

Thereza Maria Magalhães Moreira

Definições da violência: vítimas e perpetradores

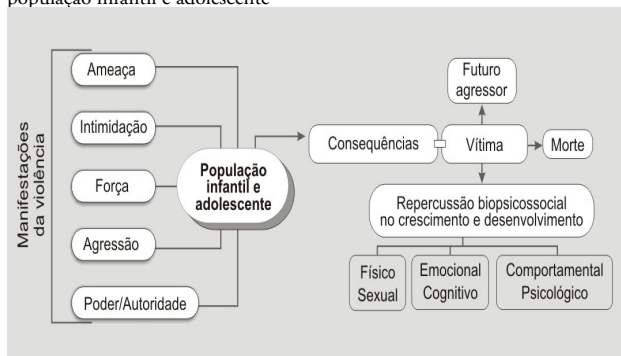
Especialmente na década de 1990, a violência passou a compor a agenda da Saúde Pública, por expressar grande impacto sobre as mortes e traumas. Em 1994, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) priorizou a violência social e doméstica para elaborar seu plano de ação regional, e faz o papel de animador dos governos para que implantem e implementem ações preventivas às violências (OMS, 2002).

Violência é um termo largamente tratado na Saúde Coletiva, no entanto, seu conceito, não raro, é trabalhado em partes, não havendo uma uniformidade ou consolidação em torno deste. Veronese e Costa (2006), em um exercício conceitual, explicam que “a palavra violência vem do termo latino vis, que significa força”. Assim, violência é abuso da força, é agir sobre alguém ou fazê-lo agir contra sua vontade, empregando a força ou a intimidação (Figura 1)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) entende a violência como o uso intencional de força ou poder,

tanto pela ameaça quanto pela agressão real, contra si, contra outrem, contra um grupo ou comunidade, que tenha a possibilidade ou que resulte em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, carência no desenvolvimento ou privação. A violência intencional, que incide principalmente sobre a população infantil, é reconhecida por sua repercussão biopsicossocial que ocasiona consequências significativas nas esferas física, sexual, comportamental, psicológica, emocional e cognitiva (OMS, 2000) (Figura 1). Ela ainda interfere no crescimento e desenvolvimento e pode fazer das vítimas futuros agressores, o que evidencia a complexa e infundável trama existente na violência (ASSIS; CONSTANTINO, 2003; ASSIS *et al.*, 2004), uma vez que, ao sofrer a violência, tende-se a reproduzi-la por meio de um comportamento violento (PORDEUS; FRAGA; FACÓ, 2006) (Figura 1).

FIGURA 1: Manifestações da violência intencional e suas repercussões na população infantil e adolescente



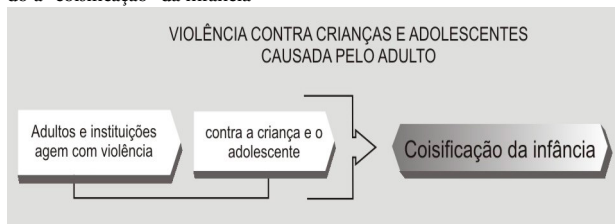
Fonte: Elaboração própria.

Para Minayo (2001) e Azevedo (2005), a violência contra crianças e adolescentes é uma ação ou a falta dela cometida por adultos (os pais, parentes, outras pessoas) e instituições que não cumprem o seu papel de proteger, repercutindo em dano físico, sexual e/ou psicológico a vítima.

Há uma coisificação de crianças e adolescentes, sendo-lhes negado o direito de serem vistos como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. Correia e Padilha (2010) entendem que a violência pode atuar sobre o indivíduo, fazendo com que ele saia do patamar de sujeito de possibilidades e transformado em coisa.

A violência pode ser compreendida como um processo pelo qual o indivíduo pode vir a ser transformado de sujeito de possibilidades em coisa. O termo coisificação é utilizado também por outros autores, como Adorno (1993), Libório e Moura (2003), entendendo que nas relações interpessoais, o adolescente ou a criança são convertidos em objetos, em uma situação de desumanização (Figura 2).

FIGURA 2: Violência dos adultos sobre as crianças e adolescentes originando a “coisificação” da infância

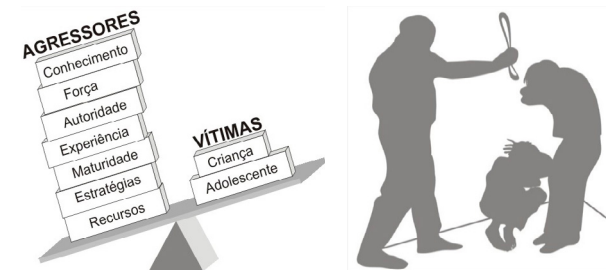


Fonte: Elaboração própria.

A violência, seja qual for, contra crianças e adolescentes, é uma relação de poder na qual estão presentes e se confrontam atores/forças com pesos/poderes desiguais, de conhecimento, força, autoridade, experiência, maturidade, estratégias e recursos (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 3).

A violência, que não leva ao óbito, que atinge todas as faixas etárias e tem impacto importante no setor da saúde e no desenvolvimento infantil, pode ser entendida como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao seu desenvolvimento (UNICEF, 2006). Propõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança (AZEVEDO; GUERRA, 2005) (Figura 3).

FIGURA 3: A violência se manifesta na desigualdade entre a população infantil e hebiátrica em relação aos seus agressores



Fonte: Elaboração própria.

A urbanização das grandes cidades, acompanhada do significativo crescimento tecnológico e industrial, tem como consequência uma disparidade cada vez maior entre as classes sociais e crescente número de pessoas na marginalidade

e miséria. Coloca-se, portanto, a violência como um fenômeno social. A renda, a educação, a moradia e o emprego, associados à estrutura familiar e religiosa, são condições que determinam o grau de violência de uma cidade (FERRAZ, 1994). A violência não está afeita a uma população circunscrita, sendo uma manifestação que alcança todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, independentemente do nível social e econômico (MELO; TELES, 2003). As cidades são rotuladas de violentas, como se o ambiente físico, em si, fosse o responsável pela periculosidade, porém os causadores dessa violência são os comportamentos das pessoas, que vivem na sociedade (FERRAZ, 1994; PORDEUS; FRAGA; FACÓ, 2006).

Tipologia das violências

É possível afirmar que a violência deve ser vista como “violências”, uma vez que engloba modalidades e tipologias, com singularidades que as diferenciam (BARROS, 2005), visto que ela é praticada de várias maneiras, por diferentes autores/atores e em distintos lugares (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

a) Violência auto infligida, interpessoal e coletiva:

Em Genebra, na World Health Assembly, ou Assembleia Mundial da Saúde, de 1966, em uma de suas Resoluções, a WHA49.25, estabeleceu a violência como um dos principais problemas de Saúde Pública. Essa assembleia solicitou à OMS que desenvolvesse uma tipologia da violência (TJADEN; THOENNES, 2000). Em resposta, a OMS

(2002) propôs a tipificação da violência, dividindo-a em três categorias, conforme as características de quem a comete: a violência dirigida a si mesmo (auto infligida); a interpessoal; e a violência coletiva (Figura 4).

A violência auto infligida é subdividida em atitude suicida e agressão auto infligida, que inclui a mutilação (DAHLBERG; KRUG, 2006) (Figura 4). A violência interpessoal (Figura 4) se conforma em duas subcategorias, a violência da família e a comunitária. A da família ocorre entre os membros desse grupo, mas não exclusivamente dentro de casa. Nessa subcategoria, o abuso infantil é uma forma frequente da violência. A violência comunitária acontece entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem se conhecer ou serem estranhos, geralmente fora de casa, em locais como escolas, lugares de trabalho, prisões e asilos. Nesses casos, estão incluídas formas de violência, como o estupro ou o ataque sexual por estranhos. Nessa tipificação, ainda foi determinada a natureza dos atos violentos, quais sejam: a física, a sexual, a psicológica, envolvendo privação ou negligência (Figura 4).

A violência coletiva é realizada por grandes grupos de pessoas ou pelos Estados, sendo subdividida nas seguintes categorias: social (cometida por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões); política (guerras e violência do Estado); e econômica (ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico) (OMS, 2002) (Figura 4).

FIGURA 4: Tipificação das violências auto infligida, interpessoal e coletiva com suas subcategorias



Fonte: Adaptado de OMS, 2002.

b) Violência simbólica e estrutural:

A violência simbólica estimula todas as formas de violência, sendo um conceito criado pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu, em 1993, acentuando que a classe que domina economicamente impõe sua cultura aos dominados. Bourdieu, juntamente com o sociólogo Jean-Claude Passeron, entende que a cultura ou o sistema simbólico difundem uma superioridade fundada em símbolos, imagens, mídia, mitos e preconceitos, que discriminam, humilham e excluem. Não se embasa na realidade, inferioriza gênero, raça, classe social e geração, difundindo esta violência por conceitos, tais como: “a mulher é mais fraca do que o homem”, “os negros são menos inteligentes do que os brancos”, “todo adolescente é revoltado”, “os pobres são preguiçosos” (FALEIROS; FALEIROS, 2008). O sistema simbólico de uma determinada cultura é uma elaboração social. É legitimado pela dissimulação dos valores e símbolos de poder que se tornam parte do *modus vivendi*, inquestionáveis e invisíveis (L’APICCIRELLA, 2003).

Deslandes *et al.* (1994) nomearam a violência, perpetrada contra a população de crianças adolescentes e jovens, de violência social, caracterizada pelo abandono material, a fome, a ausência de moradia, de escolas e de saneamento básico. Adorno (1993) definiu a violência estrutural como resultado da estrutura social e econômica dos países latino-americanos desde a década de 1990, sobretudo pela concentração de renda e desigualdade social.

Minayo (2002) também postulou esta violência como estrutural que se assemelha à violência social defendida por Deslandes *et al.* (1994). Essa violência é derivada da desigualdade na distribuição da riqueza social, repercutindo sobre a condição de vida das crianças e adolescentes (MINAYO, 2002). Minayo (2002), detalhando a violência estrutural, se refere às diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas, gerando a miséria, a fome, a submissão e a exploração de umas pessoas pelas outras, em suas diferentes dimensões (MINAYO, 2009).

Minayo (2002) concorda com Bourdieu (1993), na ideia de que a violência é cultural, na medida em que se manifesta nas relações de dominação entre grupos. Faleiros e Faleiros (2008) destacam que o Brasil, pelas enormes desigualdades econômicas e sociais, é por demais violento com as crianças e os adolescentes pobres, é historicamente classista, adultocêntrico, machista e racista, caracterizando a violência estrutural. Portanto, acrescenta-se nessa classificação a violência urbana, e que nas grandes cidades, são cada vez mais comuns os fatos violentos (BARROS; XIMENES; LIMA, 2001).

A violência estrutural também é vista como “vitimização”, oriunda da desigualdade social, raiz da pobreza, que resulta na produção de um contingente de crianças vitimadas pela fome, pela ausência ou moradia inadequadas e inexistência de saneamento básico. Esse contexto deságua na relação entre crianças, adolescentes e violência na vida de famílias brasileiras (BRASIL, 2006). Ocorre que a pobreza gesta um processo cumulativo de fragilização social, em que crianças e adolescentes e seus familiares são privados de comida, de casa, de proteção, de escola e de assistência à saúde. Ainda são cercados do desemprego, do alcoolismo, da promiscuidade e da frustração social. Essas carências contribuem para a acentuação das relações violentas intrafamiliares e a conseqüente violência.

Assim, essa vulnerabilidade social pode ser fator determinante para o desencadeamento da agressão física e/ou sexual de crianças e adolescentes, precarizando e deteriorando suas relações afetivas e parentais (FALEIROS; FALEIROS, 2008; PEDERSEN, 2009). A família, desprotegida de um sistema de proteção social do Estado, fica impossibilitada de cumprir suas responsabilidades, o que aumenta a possibilidade de a população infanto-juvenil tornar-se vítima da violência (PEDERSEN, 2009).

Por sua vez, o conceito de “vitimização” diz respeito à violência própria das relações interpessoais: adulto – criança, em que ocorre o abuso, por parte do adulto, na ação ou na omissão, capaz de criar dano físico ou psicológico à criança (AZEVEDO; GUERRA, 2007). Crianças e adolescentes vítimas dessa violência são submetidos ao poder do adulto, que as coagem para satisfazer os interesses deste (PEDERSEN, 2009).

Vale destacar que exclusivamente filhos de famílias economicamente desfavorecidas sofrem a “vitimação”, enquanto a “vitimização” é transversal, corta verticalmente a sociedade, ignorando fronteiras econômicas entre as classes sociais. A violência, em classes sociais elevadas, tem fatores causais referentes a ajustamento psicológico e familiar (FERRAZ, 1994). Vale lembrar que pode haver sobreposição entre crianças vitimadas e crianças “vitimizadas” (AZEVEDO; GUERRA, 2007).

c) Violência por negligência:

A negligência é uma forma de violência (DESLANDES *et al.*, 1994). É o “primeiro estágio” das diferentes violências praticadas contra crianças. As consequências e sequelas físicas, psicológicas e sociais da negligência sofrida na infância e na adolescência são consideravelmente graves, pela ausência de afeto, reconhecimento, valorização, socialização, direitos e de pleno desenvolvimento. Usualmente, a negligência é considerada de exclusiva responsabilidade das mães (FALEIROS; FALEIROS, 2008), porém, segundo o artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a família, a comunidade, a sociedade em geral e o Poder Público são responsáveis pela proteção de crianças e adolescentes e devem assegurar a efetivação de seus direitos (BRASIL, 2006). Assim, a negligência é sentida quando a família ou os responsáveis se omitem de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente, quando falham em alimentar, vestir adequadamente, medicar ou educar seus filhos (CAMARGO; BURALLI, 1998).

No nível institucional, o profissional pode negligenciar processos violentos em curso, ignorando os sinais de risco que poderão levar a uma violência mais grave, demonstrando desinteresse pela proteção de direitos de crianças e adolescentes (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

d) Violência psicológica, física e sexual:

A violência psicológica é a menos identificada como uma violência pela alta tolerância da sociedade. Inclui toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. É evidenciada como a interferência negativa do adulto sobre a criança, executando um padrão de comportamento abusivo. As formas mais comuns são: rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar, corromper e criar expectativas irreais ou extremadas sobre a criança ou adolescente (CAMARGO; BURALLI, 1998); ainda, quando o adulto (ou pessoa mais velha) constantemente deprecia a criança ou adolescente, bloqueia seus esforços de autoaceitação; interfere negativamente no seu desenvolvimento, causando-lhe sofrimento mental. Essa atitude pode se expressar sob a forma de ação ou omissão. Ameaças de abandono e/ou confinamento também podem representar formas de sofrimento psicológico (LOPES; CARVALHO 2003).

Faleiros e Faleiros (2008) garantem que pouco se denuncia ou responsabiliza pais, parentes, professores, policiais, profissionais da saúde e da assistência, entre outros, que desqualificam ou humilham crianças e adolescentes. Essa violência não deixa traços visíveis no corpo, mas destrói a autoimagem do violentado, ensejando mudanças em seu com-

portamento. As vítimas podem tornar-se passivas ou agressivas, ansiosas, negligentes consigo e desatentas. Essa violência pode estar combinada com a violência sexual e com a física, e quando ela se torna insuportável, pode levar ao suicídio.

A violência física caracteriza-se por qualquer ação intencional, não acidental, única ou não, causando dano físico à criança ou ao adolescente, executada por um adulto agressor (COLLET; OLIVEIRA, 2002). É cometida quando uma pessoa, que está em relação de poder sobre a criança, ou ao adolescente, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma. O castigo repetido, não severo, também é considerado como violência física (BRASIL, 2002). Essa violência é evidenciada por ferimentos, fraturas, queimaduras, traumatismos, hemorragias, escoriações, lacerações, arranhões, mordidas, equimoses, inchaços, hematomas, mutilações, desnutrição, em diferentes graus, até a morte. As sequelas físicas são acompanhadas das sequelas da violência psicológica.

A violência física é praticada principalmente na própria família, pelos genitores ou responsáveis, avós, irmãos, mas também por profissionais de instituições educacionais, de saúde, de assistência, da segurança, empregadores, grupos de extermínio e traficantes de drogas (FALEIROS; FALEIROS, 2008). A violência física é uma violação dos direitos humanos universais e dos direitos à pessoa em desenvolvimento, os quais são assegurados na Constituição Brasileira, no ECA e na Normativa Internacional de 1989. O Código Penal prevê como crime as lesões corporais dolosas e culposas (artigo 129) (BRASIL, 1940), portanto, devem ser denunciadas ao Conselho Tutelar e notificadas aos órgãos policiais.

A violência sexual é entendida como todo ato ou jogo sexual, em uma relação hetero ou homossexual, em que o agressor se encontra em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou adolescente, com o objetivo de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la como meio para alcançar a satisfação sexual (DESLANDES, 1994).

Faleiros e Faleiros (2008) acrescentam que esta forma de violência é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas. Ainda complementa dizendo que a violência sexual contra crianças e adolescentes é o uso perverso da sexualidade do outro, é uma violação de direitos, uma transgressão. Essa violência no âmbito familiar é uma violação ao direito à sexualidade segura e à convivência familiar protetora. Faleiros e Faleiros (2008) classificam a violência sexual em abuso sexual ou dominação sexual e exploração sexual comercial (Figura 5).

O abuso infantil constitui-se de toda ação praticada ou omitida por indivíduos, instituição, Estado ou sociedade, e que resulte em alterações, as quais privem a criança de sua liberdade e de seus direitos, prejudicando seu desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social (COLLET; OLIVEIRA, 2002). O abuso sexual contra crianças e adolescentes é um relacionamento sexualizado, privado, geralmente mantido em silêncio e segredo, é deliberado, paciente e ritualizado, um relacionamento perverso, que se mantém na dominação psicológica de longa duração.

É um processo de sedução que conquista a vítima, anula a sua capacidade de decisão, dominando-a, o qual

pode ser incestuoso ou não, heterossexual ou homossexual. Ocorre, geralmente, em lugares fechados (residências, consultórios, igrejas, internatos, hospitais, escolas). É incestuoso quando o violentador é parte do grupo familiar (pai, mãe, avós, tios, irmãos, padrasto, madrasta, cunhados). Nesses casos, considera-se família não apenas a consanguínea, mas também as famílias adotivas e substitutas (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 5).

A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes é uma relação de mercantilização (exploração/dominação) e abuso (poder) corpóreo de crianças e adolescentes (oferta) por exploradores sexuais (mercadores), organizados em redes de comercialização local e global (mercado), ou por pais ou responsáveis, e por consumidores de serviços sexuais pagos (demanda) (LEAL; LEAL, 2002). É violado o direito de não ser explorado economicamente, de não trabalhar antes dos 14 anos, e, após os 14 anos, de trabalhar em condições dignas, sem perigo e não estigmatizantes.

Essa exploração fere a ética, transgride as regras sociais e familiares de convivência e proteção dos adultos para com as crianças e adolescentes. Essa violência é contrária aos direitos humanos conquistados pela sociedade, negando a dignidade do outro, do ponto de vista de sua integridade física e psicológica.

A violência sexual pode acontecer, mediante o contato físico, por meio de carícias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal, com o pênis ou objetos, masturbação forçada, dentre outros; e sem contato físico, por exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo, uso de

linguagem erotizada em situação inadequada (FALEIROS; FALEIROS, 2008). É crime na legislação brasileira, previsto no Código Penal Brasileiro em seus artigos 218 e 224 (BRASIL, 1940) (Figura 5). Faleiros e Faleiros (2008) subdividem a exploração sexual comercial em trabalho infantil, prostituição infantil, pornografia, turismo sexual e tráfico de pessoas, como está descrito a seguir.

O trabalho infantil com fins sexuais é também exploração econômica. Expõe suas vítimas a outras violências: negligência, agressões físicas, psicológicas e torturas que, muitas vezes, resultam em morte. É punido na forma da Lei, no artigo 5º do ECA. É uma forma de negligência, as vítimas moram na rua, têm de cuidar sozinhas de suas vidas e até sustentam economicamente adultos. Trabalham na prostituição e na pornografia (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 5).

A prostituição infantil nas regiões brasileiras apresenta-se nas formas de aliciamento como vivência na rua, turismo sexual, tráfico internacional, promessas de emprego, sequestros e escravidão (GOMES; MINAYO; FONTOURA, 1999). A causa da prostituição infantil é atribuída à pobreza, às profundas desigualdades socioeconômicas do País, que propiciam a exploração de pessoas por pessoas (DREZETT; JUNQUEIRA; ANTONIO *et al.*, 2004). A criança torna-se uma mercadoria. Em um quadro de miséria, a criança pode ser um meio de amenizar a fome e o frio de sua família. O fator econômico, isoladamente, não explica a participação de crianças no comércio ilegal de seu corpo. Se assim fosse, todas as crianças pobres seriam prostituídas. O fenômeno da pobreza é o principal fator de risco (GOMES, 1994).

Nessa atividade, atos sexuais são negociados em troca de dinheiro, da satisfação de necessidades básicas (alimentação, vestuário, abrigo) ou do acesso ao consumo de bens e serviços. A prostituição pode ser exercida por garotas ou garotos de programa, em bordéis, nas ruas, em estradas, em barcos, dentre outros locais (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 5).

A pornografia é um dos mais graves problemas a ser enfrentado pela sociedade. Por utilização de criança na pornografia, é entendida toda representação, por qualquer meio, de uma criança dedicada a atividades sexuais explícitas, reais ou simuladas, ou toda representação das partes genitais da criança com fins primordialmente sexuais (KEIROZ, 2005). Trata-se da produção, exibição, distribuição, venda, compra, posse e utilização de material pornográfico. A pornografia encontra-se em fotos, vídeos, revistas, espetáculos, bem como na literatura, publicidade, cinema, quando apresentam ou descrevem com caráter pedófilo situações envolvendo crianças desejadas, expostas e usadas sexualmente por adultos. A pornografia infanto-juvenil na *internet* constitui atualmente um dos mais graves problemas a ser enfrentado pela sociedade, não só no Brasil, mas, também internacionalmente, sua imensa extensão, sua facilidade de acesso, difundindo imagens de abuso sexual de crianças de tenra idade, em cenas de sexo perverso e sádico (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 5).

O turismo sexual, talvez, a forma de exploração sexual mais articulada com atividades econômicas, também é uma modalidade de prostituição. É comum as adolescentes não se colocarem como prostitutas e não cobrarem para man-

ter relações sexuais com os turistas, mas aceitarem presentes, como de namorados, e não de clientes. Romantizam esses relacionamentos, sonhando em viajar, casar e ter filhos (ALVES FILHO, 2004). Muitas são iludidas pelas promessas de casamento com estrangeiros, saem do País e lá são destinadas à prostituição (TORRES; DAVIM; COSTA, 1999).

Ocorre mais comumente em países pobres, nas grandes concentrações populacionais urbanas, representando um risco real para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (LOPES; LOPES; COSTA, 2002). Pode ser autônomo ou vendido em excursões e pacotes turísticos, que prometem e vendem prazer sexual “organizado”. É o comércio sexual, em cidades turísticas com mulheres jovens, pobres, pouco escolarizadas, excluídas, que vivenciaram situações de abandono, negligência, violência sexual, de países do Terceiro Mundo (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 5).

O tráfico de pessoas (mulheres, crianças e adolescentes) para fins de exploração sexual comercial é crime; é uma violação dos direitos humanos. Como no turismo sexual, mulheres adolescentes e jovens, seduzidas pelo sonho de um casamento e de uma vida de sucesso profissional bem remunerado embarcam para outros estados do País ou para outros países, onde são forçadas a trabalhar no mercado do sexo, no tráfico nacional ou transnacional de mulheres, crianças e adolescentes, as pessoas são exploradas nas atividades sexuais comerciais (prostituição, turismo sexual, pornografia), e também por meio de trabalho forçado e escravo. São redes privadas e societárias de silêncio e de conivência que garantem o espaço para a grande incidência de violência contra crianças e adolescentes (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 5).

FIGURA 5: Subdivisão da violência sexual em abuso e exploração sexual comercial



Fonte: Elaboração própria.

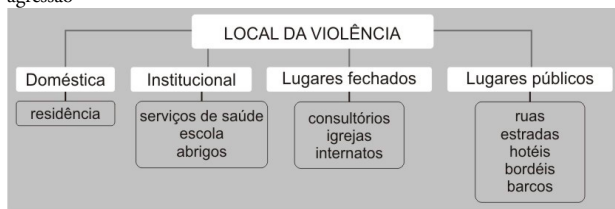
Ainda segundo Faleiros e Faleiros (2008), as diferentes formas de violência não são excludentes, e sim cumulativas. A violência sexual é também violência física e psicológica; a violência física sempre é também psicológica. Na exploração sexual comercial, encontram-se presentes, além da exploração econômica, as violências: estrutural, física e psicológica. Na violência doméstica, essa população “vitimizada” sofre violência estrutural, física, psicológica, sexual e negligência.

e) Violência doméstica, intrafamiliar e extrafamiliar

A violência também é classificada, quanto ao local da ocorrência, em doméstica, a que ocorre na residência da vítima, por pessoas da família ou não (DESLANDES et al, 1994; OLIVEIRA, 2007; SCHRAIBER, 2005; FALEIROS; FALEIROS, 2008). Ainda é classificada em violência institucional, quando sucede em serviços de saúde, escolas e abrigos; a violência que ocorre em lugares públicos, tais como: rua, estradas, bordéis, hotéis e barcos; e em lugares fechados, consultórios, igrejas e internatos, dentre outros (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 6).

Ao levar em consideração o local da violência, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) encaminhou um relatório à Organização das Nações Unidas (ONU), cujo estudo comprovou que a violência contra crianças ocorre no lar, nas escolas e outros ambientes educacionais, em sistemas assistenciais e de justiça, nos locais de trabalho e na comunidade (ONU, 2006) (Figura 6).

FIGURA 6: Classificação das violências quanto ao local da ocorrência da agressão



Fonte: Elaboração própria.

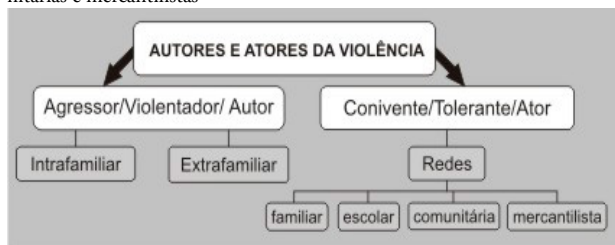
Quanto ao agressor, o citado relatório da ONU (2006) especifica que a violência pode ocorrer entre as pessoas da família. Faleiros e Faleiros (2008) explicam que os autores ou agressores são intra ou extrafamiliares (Figura 7).

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes corresponde a toda ação que prejudique o bem estar, a integridade física, a psicológica ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento da criança ou adolescente. A agressão pode acontecer dentro ou fora de casa por algum membro da família, mesmo os que passam a assumir função parental (parente afetivo), ainda que sem laços de consanguinidade, mas tem estabelecida uma relação de poder sobre a criança ou o adolescente (BRASIL, 2002) (Figura 7).

Na violência extrafamiliar, o agressor, o violentador ou o autor pode ser um conhecido do violentado, ligado a familiares, com estreita convivência com a vítima (filho do padrasto, segundo marido da avó, namorado da tia ou da irmã); ou conhecido sem laços familiares, com estreita convivência com a vítima (morador na mesma casa ou no mesmo terreno, vizinho, professor ou outro profissional, religioso, amigo da família, patrão, comerciante do bairro ou outros); e desconhecido da vítima (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 7).

Enquanto isso, os atores são aqueles coniventes ou tolerantes com a violência, não a denunciam e não tomam quaisquer providências, portanto, são componentes de redes familiares, escolares, comunitárias e mercantilistas (FALEIROS; FALEIROS, 2008) (Figura 7).

FIGURA 7: Tipificação da violência quanto ao agressor ou autor e o conivente, tolerante ou ator que compõem as redes familiares, escolares, comunitárias e mercantilistas



Fonte: Elaboração própria.

Ante o exposto, é inegável a importância do estudo do tema e a indiscutível particularização deste estudo caso a caso, permitindo conhecer vítimas, perpetradores, tipifi-

cação, dentre outros elementos envolvidos no contexto da violência. Este ensaio voltará a visão para o estado do Ceará, especificamente o município de Fortaleza, sobretudo, secretarias e organizações voltadas à proteção da criança e do adolescente, conforme a seguir.

Ante o exposto, é inegável a importância do estudo do tema e a indiscutível particularização deste estudo caso a caso, permitindo conhecer vítimas, perpetradores, tipificação, dentre outros elementos envolvidos no contexto da violência.

Este ensaio voltará a visão para o estado do Ceará, especificamente o município de Fortaleza, sobretudo, secretarias e organizações voltadas a proteção da criança e do adolescente, conforme a seguir.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Sérgio. Apresentação. In: ADORNO, Sérgio. (Org.). **Natureza, história e cultura: repensando o social**. Porto Alegre: Editora da Universidade-UFRGS/SBS, 1993.

ALVES FILHO, Manuel. Asas do desejo. **Jornal da UNICAMP**, 2004. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalP-DF/ju269pag12.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.

ASSIS, Simone G. *et al.* Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.16, p.43-51, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n1/22184.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

_____; CONSTANTINO, Patrícia. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90.

In: MINAYO, Maria C. S. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: in-frapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 163-189. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0315_M.pdf#page=29>. Acesso em: 15 ago. 2011.

AZEVEDO, Maria A.; GUERRA, Viviane. N. A. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2. ed. São Paulo: Iglu, 2007.

_____; _____. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BARROS, Maria D. A.; XIMENES, Ricardo; LIMA, Maria Luiza C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 142-149, 2001.

BARROS, Nivia V. **Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social**. 2005. 266f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.uff.br/maishumana/acervo/publicacoes/teses/viol_intraf1.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2011.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean Claude. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Lisboa: Vega, 1993.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2011.

_____. Código Penal Brasileiro. **Decreto. Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <<http://educet.net/Leis/Gerais/cpb.htm>>. Acesso em: 7 maio 2011.

CAMARGO, Climene L.; BURALLI, K. **Violência familiar contra crianças e adolescentes**. Salvador: Ultragraph, 1998.

COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana G. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB Editora, 2002. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sociedadeviva/itinerancia/campogrande/A_equipe_de_sa%C3%BAde_e_a_viol%C3%Aancia_dom%C3%A9stica.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

CORREIA, Cristiane. M.; PADILHA, Anna Maria L. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: múltiplas determinações. In: 8ª Mostra acadêmica UNIMEP, 8., 2010, Piracicaba. **Anais eletrônicos...** Piracicaba, SP. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/8mostra/5/326.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2010.

DAHLBERG, Linda L.; KRUGG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, suppl. 0, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232006000500007>. Acesso em: 4 dez. 2011.

DESLANDES, Suely F. *et al.* **Prevenir a violência**: um desafio para os profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES-Jorge Carelli, 1994.

DREZETT, Jefferson; JUNQUEIRA, Lia; ANTONIO, Irene P. Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual reprodutiva e de violação de direitos humanos. In: CONGRESSO DE GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA DA SOGESP, 9., 2004, São Paulo. **Caderno de Resumo**. São Paulo: SOGESP, 2004. p.16-18. Disponível em: <http://www.violacao.org/_upimgs/arquivos/arq4d0f6525d-d91e.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2011.

FALEIROS, Vicente P; FALEIROS, Eva S. A violência contra crianças e adolescentes e suas principais formas. In: _____. **Escola que protege**: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. 2. ed. Brasília: MEC/UNESCO, 2008. (Coleção Educação para Todos, 31. 101 p.). Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/mec.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2011.

FERRAZ, H. **A violência urbana**. São Paulo: João Scortecci, 1994.

GOMES, Romeu. Prostituição infantil: uma questão de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n. 1, p. 58-66, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v10n1/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____; MINAYO, Maria Cecília S.; FONTOURA, Helena A. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 171-179, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000200009&lng=en> Acesso em: 4 fev. 2010.

KEIROZ, Kátia. **Abuso sexual**: conversando com esta realidade. Disponível em: <http://www.cedeca.org.br/PDF/abuso_sexual_katia_keiroz.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

LAPICCIARELLA, Nadime. O papel da educação na legitimação da violência simbólica. **Rev. Eletr. Ciênc.**, n. 20, 2003. Disponível em: <http://www.cdcc.sc.usp.br/ciencia/artigos/art_20/violenciasimbolo.html>. Acesso em: 10 nov. 2010.

LEAL, Maria Lucia; LEAL, Maria de Fátima. (Org.). **Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial**. Brasília: CECRIA, 2002. Disponível em: <http://www.namocerta.org.br/pdf/Pestraf_2002.pdf>. Acesso em: 3 maio 2011.

LIBÓRIO, Renata Maria C; MOURA, J. Projeto Parceria Pacto São Paulo contra a violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. In: I FÓRUM DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA FCT-UNESP, ano 1, vol 1. **Anais em Cd-Rom**. Presidente Prudente, SP: FCT-UNESP, 2003.

LOPES, Carmen Lúcia S.; CARVALHO, Elaine Cristina A. **Violência contra a criança e o adolescente**: subsídios técnicos para interpretação dos conceitos. Curitiba: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado do Paraná, 2003.

LOPES, Karine Zamara; LOPES, Creso Machado; COSTA, Alessandra David Moreira da. Opinions of members of Travel Agencies about the prevention actions to STD/AIDS to the tourists. **Braz. J. Nurs.**, v.1, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn102lopesetal.htm>>. Acesso em: 2 nov. 2010.

MINAYO, Maria Cecília S. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal a saúde. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 21-42.

_____. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, Marcia F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 95-114.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, Eliany Nazare. **Pancada de amor dói e adocece: violência física contra mulheres**. Sobral: Ed. UVA, 2007.

OMS. Violência um problema de saúde pública. In: KRUG, Etienne. et al. (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

_____. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde-CID-10**. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000.

ONU. **Violence against children**. New York, 2006. Disponível em: <<http://www.unviolencestudy.org>>. Acesso em: 4 out. 2011.

PEDERSEN, Jaina Raqueli. Vitimação e vitimização de crianças e adolescentes: expressões da questão social e objeto de trabalho do Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n.1, p. 104-122, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/5677/4130>>. Acesso em: 28 out. 2011.

PORDEUS, Augediva Maria. J.; FRAGA, M. N. O.; FACÓ, T. P. P. Contextualização epidemiológica das mortes por causas externas em crianças e adolescentes de Fortaleza na década de noventa. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, v. 19, n. 3, p. 131-139, 2006. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/pdfs_notitia/957.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2011.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **A violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: UNESP, 2005.

MELO, Mônica; TELES, Maria Amélia A. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TJADEN, Patrícia.; THOENNES, Nancy. **Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey**. Washington, DC: National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000. Disponível em: <<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2011.

TORRES, Gilson V.; DAVIM, Rejane Marie B.; COSTA, Terêsa Neumann A. Prostituição: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, n. 3, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13471.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2011.

UNICEF. **Situação da infância brasileira 2006**: crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_001_007_Abre.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2010.

VERONESE, Josiane Rose P.; COSTA, Marli Marlene M. **Violência doméstica**: quando a vítima é criança ou adolescente: uma leitura interdisciplinar. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2006.

2 MODELOS EXPLICATIVOS DA ORIGEM DA VIOLÊNCIA E DELINQUÊNCIA INFANTO JUVENIL E SERVIÇOS DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIREITOS VIOLADOS EM FORTALEZA-CE.

**Regina Fátima Gonçalves Feitosa
Marinila Calderaro Munguba Macedo
José Gomes Bezerra Filho**

O Modelo Ecológico

A violência é uma afronta à dignidade humana, registrada em escritos significativos, como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 (CEARÁ, 2011). Está claro que a pluricausalidade da violência constitui problema aos estudiosos do tema (MINAYO, 2004). Nesse sentido, não há uma explicação ou um só fator para a sua existência. Por que alguns indivíduos se comportam violentamente com outros? Por que a violência é mais comum em algumas comunidades? Ela se mostra como o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Apropriar-se da compreensão de como esses fatores estão relacionados com a violência é crucial na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Um modelo ecológico que ajuda a compreender a natureza multifacetada da violência foi introduzido em 1977 por Urie Bronfenbrenner (GARBARINO; CROUTER, 1978; BRONFENBRENNER, 1994; HONG; CHO; LEE, 2010).

Em outubro de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, tendo como um dos objetivos descrever a magnitude e o impacto da violência no mundo, utilizando o citado modelo ecológico para auxiliar na compreensão do fenômeno da violência (OMS, 2002).

Bronfenbrenner (1994) situa, nesse modelo, o caráter da violência como o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, definidos em quatro níveis: o individual, das relações interpessoais, da comunidade e da sociedade (Figura1). A seguir, o detalhamento deste modelo ajuda em sua compreensão.

O primeiro nível (ou nível individual) do modelo ecológico leva em consideração os fatores biológicos e pessoais do comportamento e, ainda, a impulsividade, o baixo nível educacional, o abuso de substância química e a história de ter sofrido agressão e abuso. Em suma, os fatores biológicos e o histórico pessoal podem aumentar a probabilidade de um indivíduo se tornar uma vítima ou um perpetrador de violência, dessa forma, esse nível do modelo ecológico designa as características do indivíduo que aumentam a probabilidade de ele ser vítima ou agressor (BRONFENBRENNER, 1994; MINAYO, 2004; DAHLBERG; KRUG, 2006).

O segundo nível (ou nível relacional) foca os fatores relacionais mais próximos (amigos, parceiros íntimos, membros da família) e a sua influência na “vitimização” ou na

perpetração da violência. Os amigos podem incentivar e influenciar as atividades delinquentes e criminosas. Aos que residem no mesmo domicílio, a interação quase cotidiana com um agressor pode aumentar a oportunidade de ataques repetidos e violentos, tanto no caso de agressão de parceiros quanto no de maus tratos a crianças (BRONFENBRENNER, 1994; MINAYO, 2004).

O terceiro nível (ou nível comunitário) examina o contexto comunitário, associado à violência, os locais de trabalho, a escola e a vizinhança, devendo ser identificadas as características desses cenários associadas ao fato de as pessoas serem vítimas ou agressoras. Ressalte-se o alto nível de mobilidade residencial (mudança de casa e de bairro com frequência), associado à heterogeneidade da população, diversidade esta que enseja pouco adesivo social, dificultando a união das comunidades, culminando com a alta densidade populacional. Neste nível são ainda lembrados os agravantes, o desemprego, o tráfico de drogas e de armas, bem como os relacionais, como o isolamento social. Este é considerado fator de risco para a violência familiar contra qualquer pessoa da família, ao passo que a existência das relações entre vizinhos, amigos, parentes e instituições próximas se mostra como uma rede de apoio social que protege os vulneráveis da família.

Há maior probabilidade de viver experiências violentas em comunidades envolvidas com tráfico de drogas e armas e alto nível de desemprego. Também contribuem para a violência os casos de isolamento social generalizado, ou seja, locais onde as pessoas não conhecem seus vizinhos ou não se envolvem com a comunidade. Assim, as oportunidades para que a violência ocorra são maiores em alguns contextos

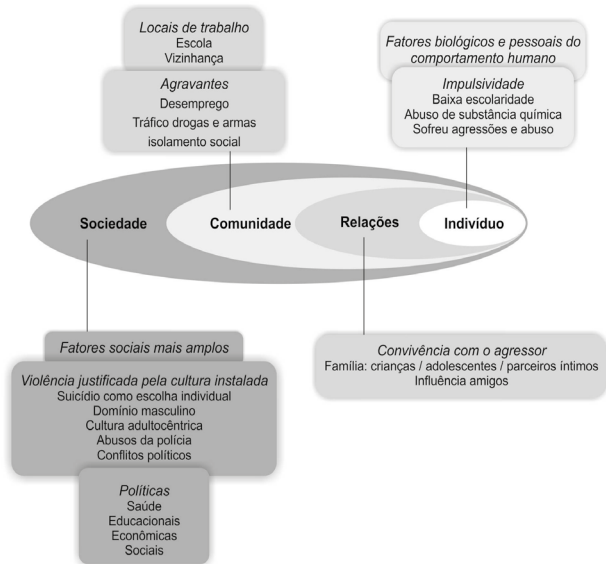
do que em outros, por exemplo, em áreas de pobreza ou deterioração física, ou onde há escasso apoio institucional (BRONFENBRENNER, 1994; MINAYO, 2004; DAHLBERG; KRUG, 2006; TAVARES, 2006).

O quarto nível (ou nível social) do modelo ecológico valoriza os fatores sociais mais amplos, que influenciam as taxas de violência. Eles propiciam a aceitação e, conseqüentemente, diminuem as inibições contra ela e apoiam divisões entre diferentes segmentos da sociedade ou tensões entre grupos ou países diferentes. Dentre esses fatores sociais mais amplos, estão: as normas culturais, que entendem a violência como forma aceitável para resolver conflitos; considerar o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência evitável; a cultura adultocêntrica; a desigualdade de gênero; o domínio masculino sobre mulheres e crianças; sistemas de crenças religiosas; normas que apoiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos, bem como apoiam o conflito político. Estão também incluídas entre os fatores relevantes da sociedade as políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais, que mantêm altos níveis de desigualdade econômica ou social entre grupos (BRONFENBRENNER, 1994; MINAYO, 2004; DAHLBERG; KRUG, 2006). Portanto, os fatores mais amplos e em nível macrossocial, como normas sociais, políticas econômicas e/ou sociais que sustentam lacunas e tensões entre grupos de pessoas, também têm influência sobre a violência.

Assim, a proposta ecológica levanta as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade e sociedade. A construção desse tipo de modelo

oferece um marco para o entendimento da interação complexa e multifacetada dos vários fatores que influenciam a violência (Figura 1).

FIGURA 1: Detalhamento dos níveis do Modelo Ecológico da violência estudado originalmente por Urie Bronfenbrenner em 1994.



Fonte: Adaptado de Bronfenbrenner (1994); Dahlberge Krug (2006).

Como exposto, a proposta ecológica está dividida pedagogicamente em quatro níveis e situada em um contexto de desenvolvimento humano (DAHLBERG; KRUG, 2006), demonstrando como a violência pode ser causada por diferentes fatores em etapas diversas do ciclo de vida do indivíduo seja como vítima ou agressor.

Para Dahlberg e Krug (2006), é imperativo que se façam as diversas associações a seguir: a violência e os fatores individuais com os contextos mais amplos sociais, culturais e econômicos. Essa interação sugere que, se houver um investimento para minimizar os fatores de risco dos quatro níveis deste modelo ecológico, é possível contribuir para a redução de mais de um tipo de violência. A utilização do modelo ecológico poderá auxiliar a promover o desenvolvimento de políticas e programas intersetoriais de prevenção ao ressaltar os vínculos e as interações entre os vários níveis e fatores.

O modelo ecológico sustenta também uma abordagem de saúde pública abrangente, que não somente trata do risco de um indivíduo se tornar a vítima ou o perpetrador de violência, como também das normas, das crenças e dos sistemas sociais e econômicos que criam as condições favoráveis para a ocorrência da violência. As pesquisas têm mostrado que a exposição da criança à violência doméstica está associada ao fato do indivíduo vir a ser uma vítima ou um perpetrador da violência na adolescência ou na fase adulta. A experiência de ser rejeitada, negligenciada ou de sofrer indiferença por parte dos pais, deixa a criança sob um risco maior de comportamento agressivo e antissocial, inclusive de comportamento abusivo quando adulto (OMS, 2002).

Modelo explicativo da origem da delinquência juvenil

Shoemaker (1996) desenvolveu uma teoria, ou modelo explicativo, da origem da delinquência juvenil, valorizando fatores de risco em que destaca três níveis de conceitos: estrutural, individual e sociopsicológico.

O nível estrutural responsabiliza os fatores sociais, tanto os situacionais quanto os pessoais dando origem à violência. Contribui para tal a teoria da desorganização social das estruturas e instituições sociais visíveis nas camadas populares. Esta teoria faz uma tentativa de explicar os delitos cometidos por grupos, organizados em gangues, que seriam ocasionados pela ruptura dos controles sociais tradicionais que operam na comunidade e à incapacidade das organizações para resolver problemas da comunidade coletivamente. Outra explicação é o aspecto econômico, a necessidade de sobrevivência em que o jovem, seja por abandono, pobreza, ou por desemprego, comete infrações como forma de sobreviver e aumentar a renda familiar. A outra explicação pode ser a desigualdade econômica. Os países com maiores índices de desigualdade de renda têm maiores índices de violência (Figura 2).

O nível individual enfoca as teorias que veem os mecanismos internos do indivíduo como os determinantes do comportamento infrator, em seus aspectos biológicos e psicológicos. Os aspectos biológicos hereditários são fundamentais quanto ao desenvolvimento cognitivo e aprendizagem e podem predispor o indivíduo à infração, porém não são determinantes. A personalidade é consequência das experiências vividas pelo indivíduo, é fruto das influências do meio com a bagagem genética individual; sua análise é relevante para a compreensão da delinquência. Notem-se alguns traços relacionados ao infrator, tais como: a impulsividade, a inabilidade nas inter-relações, a ausência de culpa, a insensibilidade a dor alheia e as transgressões. Esses traços de personalidade comuns aos infratores são vistos como téc-

nicas de neutralização, ou seja, uma maneira que o indivíduo encontra para evitar a confrontação com a opinião das outras pessoas (família, comunidade, sociedade) (BECKER, 2011) (Figura 2).

No nível sociopsicológico ocorre a quebra de vínculos sociais do adolescente com instituições responsáveis pelo seu controle social, tais como: a família, a escola, a igreja, a autoestima e a influência de grupos de jovens sobre o comportamento do infrator. De todas essas instituições, ressalte-se a família, pois se espera dela, o exercício de maior controle (estabelecimento de regras, horários, punições e recompensas) sobre as pessoas jovens. Daí a importância da família como fator de risco ou de proteção para a infração (Figura 2).

FIGURA 2: Influências que podem gerar vítimas e perpetradores da violência - Teoria da Delinquência Juvenil, de Shoemaker D. J. (1996)

FATORES DE RISCO			RESULTADO
Estrutural	Fatores sociais situacionais	<i>Teoria da desorganização social</i>	V I O
	Pessoas Econômicas	Ruptura dos controles sociais Delitos / grupos organizados / gangues Abandono, pobreza ou desemprego e desigualdade de renda	
Individual	Aspectos biológicos	<i>Mecanismos internos</i> Hereditários	L Ê
	Psicológicos	Técnica de neutralização Impulsividade, inabilidade nas interações, ausência de culpa, insensibilidade à dor alheia e às transgressões	N C
Sócio-psicológico	Quebra de vínculos sociais	<i>Instituições responsáveis pelo controle social</i> Família, escola, igreja, Influência de seus pares sobre o comportamento do infrator	I A

Fonte: Adaptado de Shoemaker (1996).

Os modelos, via de regra, têm uma preocupação com o fenômeno da violência em geral, que se torna atual para o cotidiano de nossa sociedade. Dessa forma, sendo a violência um problema multifacetado, com raízes de natureza biológica, psicológica, sociais e ambiental, é necessário confrontá-la simultaneamente em diversos níveis de intervenção.

A seguir, uma síntese sobre as entidades (órgãos, secretarias e organizações) voltadas à proteção da criança e do adolescente no estado do Ceará, especificamente no município de Fortaleza.

Proteção da criança e do adolescente com direitos violados em Fortaleza

A proteção da criança e do adolescente com direitos violados em Fortaleza-CE requer da sociedade a denúncia à violação de direitos à criança e ao adolescente. Muitas são as opções disponíveis, dentre as quais se destacam as principais, descritas a seguir.

A Prefeitura de Fortaleza, por meio da Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI), mantém um serviço para receber denúncias sobre crianças e adolescentes com direitos violados, o Disque-Direitos Criança e Adolescente (DDCA). Trata-se do número 0800-285.0880, um serviço gratuito, funcionando 24h, incluindo fins de semana e feriados, criado em maio de 2008 (FORTALEZA, 2010).

Toda e qualquer violação de direitos de crianças e adolescentes em Fortaleza poderá ser denunciada. O serviço é abrangente, atendendo denúncias relativas às violações aos direitos de crianças e adolescentes. Geralmente, os ser-

viços desse porte atendem apenas casos de violência sexual. O procedimento utilizado pelo Disque-Direitos é desde o recebimento, passando pelo encaminhamento para a equipe de plantão, e do monitoramento, lembrando que não precisa se identificar para fazer qualquer tipo de denúncia (FORTALEZA, 2010).

O estado do Ceará tem o Disque-Denúncia de Violência Contra Crianças e Adolescentes, que é um chamado de tele denúncia com a função de receber denúncias de violação de direitos sem que o informante necessite se identificar, portanto, garante o seu anonimato. Responde pelo número 181, durante 24h por dia, de segunda a domingo, sendo a ligação gratuita. Esse número serve para qualquer município do estado do Ceará. O trabalho do Disque-Denúncia vai desde a responsabilização dos agressores ao atendimento à vítima (CEARÁ, 2012a).

O Governo Federal tem O Disque-100, um serviço no Ceará, coordenado pela SDH de Fortaleza, e é o Disque-Denúncia mais conhecido, criado em maio de 2003. Atua no recebimento, encaminhamento e monitoramento das denúncias de violência contra crianças e adolescentes. Preocupa-se com o paradigma do acolhimento da denúncia, cujo foco dos procedimentos está na proteção de crianças e adolescentes, como parte do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Além de receber denúncias contra crianças e adolescentes, o Disque encaminha a denúncia para a rede de proteção e responsabilização, e monitora as providências adotadas pelas autoridades competentes do município ou do estado. O serviço funciona diariamente das 8h às 22h, também nos fins de

semana e feriados. A ligação é gratuita e o usuário não precisa se identificar. O serviço é executado pela SDH, em parceria com a Petrobrás e o Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA) (BRASIL, 2010).

Em suma, na esfera municipal, as denúncias podem ser feitas pelo número do Fala Fortaleza 0800-285.0880 (tecle 8) e na estadual pelo número 0800-285.1407, coordenado pela Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) e o mais conhecido, de abrangência nacional Disque-Denúncia: 100 (CEARÁ, 2008). Além dos citados disque-denúncias, têm-se ainda os Conselhos de Direito e Tutelares.

Conselhos de direito

Conselho Municipal de defesa dos direitos da criança e do adolescente (COMDICA)

O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA) foi regulamentado pela Lei n. 6729, de 7 de novembro de 1990, e reestruturado com o advento da Lei n. 8228, de 29 de dezembro de 1998. É um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, vinculado à Secretaria Municipal de Direitos Humanos, a quem compete promover, assegurar e defender os direitos da criança e do adolescente, nos termos da Constituição Federal, da Constituição do Estado do Ceará, das Leis Federais n. 8069, de 13 de julho de 1990, e n. 8242, de 12 de outubro de 1991, da Lei Orgânica do Município de Fortaleza e demais diplomas pertinentes à espécie. Seus objetivos focam o âmbito do Município de Fortaleza (FORTALEZA, 1999).

Os objetivos do COMDICA incluem estabelecer diretrizes básicas e normas de proteção integral à criança e ao adolescente, acompanhar e avaliar o desempenho das atividades, programas e projetos do Poder Público Municipal e das entidades civis conveniadas que atuam junto à criança e ao adolescente, com vistas à otimização das ações; sensibilizar os poderes constituídos e a sociedade civil quanto à problemática da criança e do adolescente; estimular a participação da comunidade nas ações e serviços de sua área de competência, por via do Fórum de Defesa da Criança e do Adolescente; gerir, elaborar, propor e aprovar prioridades para a programação e execução orçamentária e financeira do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; colaborar com entidades, órgãos e instituições que tenham como objetivo institucional a defesa e a proteção dos direitos da criança e do adolescente, desde que cadastradas no COMDICA (FORTALEZA, 1999).

O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente é composto por 22 conselheiros titulares e igual ao número de suplentes, indicados pelo mesmo órgão, organização ou sociedade, respeitada a paridade de representação entre organizações governamentais e não governamentais (FORTALEZA, 1999).

Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ceará (CEDCA)

Há, ainda, o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ceará (CEDCA/CE). Esse Conselho, criado pela Lei n. 11.889, de 20 de dezembro de 1991, tem como objetivo promover, assegurar e defender os

direitos da criança e do adolescente, seguindo os princípios estabelecidos pela Constituição Federal, pela Constituição Estadual e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ainda entre seus objetivos estão: o controle social das ações públicas governamentais e não governamentais; a normalização da Política de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente (ramo autônomo da Política Pública – art. 86, Estatuto cit.); a articulação e mobilização com todo o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conselho Tutelar, conselhos dos direitos, Ministério Público, Justiça, defensoria pública, polícia, serviços de proteção especial e socioeducativos, programas de saúde, assistência social, educação, cultura, dentre outros) (CEARÁ, 2011).

O Colegiado do CEDCA/CE, órgão máximo de deliberação, é bipartite, composto por 20 membros, sendo dez representantes dos órgãos e entidades governamentais, indicados pelo Governador do Estado, e os outros dez escolhidos por eleições de organizações não governamentais, legalmente constituídas há pelo menos dois anos, e que tenham trabalho efetivo com crianças e adolescentes no Ceará. O mandato dos membros do Colegiado é de um ano, renovável por igual período (CEARÁ, 2011).

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)

Por fim, há o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Criado em 1991, pela Lei n. 8.242, é o órgão máximo, em âmbito federal, encarregado da formulação, monitoramento e avaliação das políticas de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança

e do adolescente no Brasil. Foi previsto pelo ECA como o principal órgão do sistema de garantia de direitos. Sua composição democrática e paritária inclui 14 representantes dos vários ministérios, bem como 14 delegados de organizações não governamentais com atuação nacional. A capilaridade do CONANDA se concretiza por meio de uma rede de conselhos estaduais e municipais de direitos da criança e do adolescente que somam mais de 5.100 em todo País, cobrindo em torno de 92% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2008). Dessa forma, por meio da gestão compartilhada, governo e sociedade civil definem, no âmbito do CONANDA, as diretrizes para a Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2008).

Ainda cabe ao CONANDA: fiscalizar as ações executadas pelo Poder Público no que diz respeito ao atendimento da população infanto-juvenil; gerir e regulamentar o Fundo Nacional da Criança e do Adolescente (FNCA), de acordo com o ECA; fiscalizar as ações de promoção dos direitos da infância e adolescência executadas por organismos governamentais e não governamentais; definir as diretrizes para a criação e o funcionamento dos Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares; estimular, apoiar e promover a manutenção de bancos de dados com informações sobre a infância e a adolescência; acompanhar a elaboração e a execução do orçamento da União, verificando se estão assegurados os recursos necessários para a execução das políticas de promoção e defesa dos direitos da população infanto-juvenil; e convocar, a cada dois anos, a Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Conselhos tutelares

O ECA prevê também a criação dos Conselhos Tutelares (CT), para assegurar a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes. Os Conselhos Tutelares são a principal porta de entrada no atendimento a meninos e meninas que tiveram direitos violados. Cada CT é formado por cinco pessoas eleitas pelos cidadãos para mandato de três anos. Em Fortaleza, existem seis desses colegiados, um em cada SER. Os conselheiros recebem as denúncias de violação de direitos, fazem os encaminhamentos necessários e tomam providências para aplicação de medidas a serem cumpridas pela família, pela criança ou pelo adolescente. Também trabalham com as denúncias que chegam ao Disque-Denúncia do Município, Disque-Direitos Criança e Adolescente. Ainda realizam abordagens, identificação de violações e encaminhamentos à instituição que deve ser acionada.

Os conselheiros tutelares são os principais responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes que tiveram direitos violados. A Prefeitura de Fortaleza, por meio da Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI), oferece a estes conselheiros uma formação continuada em direitos humanos e sistema de garantia de direito. O objetivo é constituir coletivamente uma padronização no atendimento de meninos e meninas (FORTALEZA, 2010).

Em Fortaleza, os Conselhos Tutelares encontram-se distribuídos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER), a saber: o Conselho Tutelar I (SER I) no bairro Jacarecanga; o Conselho Tutelar II (SER II) no Centro da cidade; o Conselho Tutelar III (SER III) no bairro João XXIII; o Conselho

Tutelar IV (SER IV) na Vila Betânia; o Conselho Tutelar V (SER V) no Conjunto Ceará; e o Conselho Tutelar VI (SER VI) no bairro Dias Macedo. E o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA) situado no centro da cidade (CEARÁ, 2008).

Secretarias de governo

Quanto às secretarias de governo, existe a do Trabalho e Desenvolvimento Social do Ceará (STDS) na esfera estadual. A STDS foi criada em 2003, dentro do modelo da gestão do Governo do Estado, com as competências de planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as políticas de assistência social da criança e do adolescente (CEARÁ, 2011). Essa Secretaria contém a Coordenadoria de Proteção Social Especial, onde se insere o Serviço de Proteção Social Especial e se vincula a Célula de Alta Complexidade. Essa Célula trabalha com o acolhimento excepcional e provisório para crianças e adolescentes de ambos os sexos, incluindo aqueles com deficiência, em situação de risco pessoal e social, e com impossibilidade temporária das famílias ou responsáveis cumprirem sua função de cuidado e proteção (CEARÁ, 2011).

A citada Célula atende essa população com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, garantindo proteção integral. Ela é responsável pelos que se encontram sem referência e ou em situação de ameaça. É seu papel oferecer atendimento especializado em Saúde e Psicologia; atendimento social, jurídico, alimentar e educacional; visitas domiciliares e institucionais; reinserção de crianças, adolescentes e adultos à família e comunidade; articulação com organizações

governamentais e ONG com o Sistema de Justiça, com a rede socioassistencial, educacional e de saúde; e ainda encaminhamento à rede socioassistencial (CEARÁ, 2011).

Essa Secretaria desenvolve, dentre outros, o Programa Fora da Rua Dentro da Escola, que atua na proteção e assistência social, como parte das políticas públicas, do estado do Ceará, voltadas a juventude cearense. Os profissionais que atuam neste programa são chamados informalmente de “verdinhos”, antes “amarelinhos”, por utilizarem o uniforme dessas cores (CEARÁ, 2010).

Na esfera municipal existe a Secretaria de Direitos Humanos da Prefeitura de Fortaleza (SDH) que, pela Coordenadoria da Criança e do Adolescente (FUNCI), tem o objetivo de implantar e coordenar a política de direitos humanos da cidade, atuando de forma transversal a todos os órgãos da gestão municipal. Essa Coordenadoria tem, entre suas ações, o compromisso de operacionalizar as diretrizes das políticas em torno da infância e adolescência. O diferencial da SDH é abordar os direitos humanos vinculados ao cotidiano das pessoas, não se atrelando à frieza das leis. Visa à formação de “empoderamento” de direitos. Uma das estratégias é utilizar linguagens artísticas diversas, de forma a interagir com o dia a dia da Cidade (CEARÁ, 2012b).

Por sua vez, a Coordenadoria da Criança e do Adolescente (FUNCI) tem o objetivo de aperfeiçoar os mecanismos de promoção dos direitos, proteção integral e participação real de meninas e meninos. Desenvolve-se em cerca de 140 unidades de projetos nas áreas de: família, arte-educação, cidadania e qualidade de vida, com o foco em gênero e socioeconomia solidária. Os programas e os projetos dessa

Coordenadoria buscam assegurar proteção aos meninos e meninas com direitos violados, priorizando os que cumprem medidas socioeducativas em meio aberto, às vítimas de violência sexual e aos que se encontram em situação de rua ou de trabalho infantil. Trabalha em ações paralelas junto às famílias, orientando-as para questões da segurança alimentar e promovendo atividades de geração de trabalho e renda por meio da socioeconomia solidária, por compreender que uma ação eficaz na vida de crianças é indissociável do atendimento às famílias (CEARÁ, 2012b).

Além de propor ações transversais a outros órgãos da Prefeitura e em conjunto com a sociedade civil, a Coordenadoria da Criança e do Adolescente realiza atendimento direto à população infanto-juvenil em situação de vulnerabilidade social. Seus projetos são agrupados em programas que, por sua vez, fazem parte das seguintes estruturas: Viver Proteção Especial, Viver Arte e Cidadania, Viver na Rede de Direitos (CEARÁ, 2012b).

Em Fortaleza, foram instaladas outras ações protetivas, como as de acolhimento (Alta Complexidade) da STDS, da SDH e de Organizações Não Governamentais (ONG). Elas estão cadastradas no Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA), no total, 33 unidades de acolhimento institucional. Quatro delas são pertencentes à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará (STDS), quatro pertencem à Secretaria de Direitos Humanos da Prefeitura de Fortaleza (SDH) e 25 as Organizações Não Governamentais (ONG), que atuam como uma rede complementar descentralizada (FORTALEZA, 1999).

Em suma, as atividades executadas pelas entidades de medidas de proteção cadastradas pelo COMDICA protegem crianças e adolescentes vítimas de negligência, abandono, sem vínculos familiares ou fragilizados, órfãos, abusadas e exploradas sexualmente, sem moradia, em situação de rua, e grávidas. Ainda oferecem pernoite, prevenção ao uso indevido de droga e recuperação da dependência química. Também recebem crianças e adolescentes com câncer, contaminadas pelo HIV, com distúrbio de comportamento, com deficiência mental, física e neurológica (FORTALEZA, 1999).

Outros órgãos governamentais e não governamentais

Além dos já citados, a sociedade ainda dispõe de outros espaços para denunciar e proteger crianças e adolescentes. Conta com a proteção policial e judicial. Com efeito, atuam em defesa das crianças e dos adolescentes os órgãos estaduais a seguir: a Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente (DECECA); a Delegacia da Criança e do Adolescente (DCA); no Ministério Público a 5ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude que atende denúncias contra conselhos tutelares, contra o trabalho infantil, contra a pedofilia na *internet* e crimes na *internet*. Ainda a 1ª Promotoria da Infância e da Juventude, as 1ª, a 2ª e 4ª Varas da Infância e da Juventude (CEARÁ, 2008).

Em adição, além das 25 entidades não governamentais (ONGs) cadastradas no COMDICA, destaca-se o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA), entidade não governamental de defesa de direitos de crianças e adolescentes, principalmente quando o agente violador é o Estado, seja por ação ou omissão (CEARÁ, 2008; CEDECA, 2010).

REFERÊNCIAS

BECKER, Nilson. Hebiatra, o médico dos adolescentes. **Blog Pediatría Brasil**, 2011. Disponível em: <<http://www.pediatriabrasil.com.br/2010/07/hebiatra-o-medico-dos-adolescentes.html>>. Acesso em: 5 out. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Disque 100 capacita equipe para o atendimento de denúncias**, 2010. Disponível em: <http://www1.direitoshumanos.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2010/05/MySQLNoticia.2010-05-11.2306>. Acesso em: set 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Facilitando a comunicação entre o CONANDA, os conselhos e a sociedade**. 2008. Acesso em: <<http://www.direitosdacrianca.org.br/conanda>>. Disponível em: 4 jan. 2011.

BRONFENBRENNER, Urie. **Ecological models of human development. In: International Encyclopedia of Education**, vol. 3, 2 ed. Oxford: Elsevier, 1994. Disponível em: <<http://www.psy.cmu.edu/~siegler/35bronfenbrenner94.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

CEARÁ. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social. Centro Regional da Assistência Social. **Relatório disque denúncia**. Fortaleza, 2012a.

_____. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará. **Relatório abrigos e albergue institucionais e descentralizados**. Fortaleza, 2012b.

_____. Secretaria do Trabalho e do Desenvolvimento Social. Conselho Estadual dos Direitos do Idoso. **Uma análise da violência contra o idoso a partir dos dados do CEMARIS e do CIAPREVI**. Fortaleza, 2011. (Texto para discussão, n. 1). Disponível em: <<http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/CEDI/mapa%20texto%20para%20discussao.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

_____. Ministério Público do Estado. Núcleo de Apoio Técnico. **Defesa de Direitos**. 2008. Disponível em: <<http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/nat/areas/psicossocial/denuncie/denuncie.asp>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

_____. Ministério Público do Estado. **Nova lei da adoção: I Encontro da Magistratura, Ministério Público e Defensoria Pública da Infância e da Juventude do Estado do Ceará.** Fortaleza, 2010.

DAHLBERG, Linda L.; KRUGG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. Violence: a global public health problem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, suppl. 0, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007>. Acesso em: 4 dez. 2011.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Conselheiros tutelares: formação visa a padronizar atendimento.** Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=10874&Itemid=239>. Acesso em: 28 fev. 2010a.

_____. Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Decreto nº 10.656, de 15 de dezembro de 1999.** Regimento Interno. Capítulo I Constituição e competência. Disponível em: <http://comdica-for.com.br/regimento_interno_do_comdica.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2014.

GARBARINO, James; CROUTER, Ann. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. **Child Dev.**, v. 49, p. 604-616, 1978. Disponível em: <<http://www.jstor.org/pss/1128227>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

HONG, Jun Sung; CHO, Hyunkag; LEE Alvin Shiulain. Revisiting the Virginia Tech Shootings: an ecological systems analysis. **J. Loss Trauma**, v. 15, p. 561-575, 2010.

MINAYO, Maria Cecília S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: LIMA, Cláudia A. (Org.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 23-28.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Violência um problema de saúde pública. In: KRUG, E. et al. (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde-CID-10**. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000.

SHOEMAKER, Donald J. **Theories of delinquency**. An Examination of Explanations of Delinquent behavior. New York: Oxford University Press, 1996.

TAVARES, Maria L. Abordagem da Violência Intrafamiliar no Programa Saúde da Família. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF, 2006.

3 MAUS-TRATOS E VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA: CARACTERIZAÇÃO DESTE FENÔMENO EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Eliany Nazaré Oliveira

Sara Cordeiro Eloia

Michele Carneiro Vasconcelos

Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Fabiane do Amaral Gubert

Roberlândia Evangelista Lopes

Maria Tereza de Oliveira Almeida

A violência hoje é uma das grandes preocupações em nível mundial, afetando a sociedade como um todo (SOUZA, 1997). Segundo o autor, historicamente seus efeitos se fazem sentir, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis, como crianças, adolescentes e mulheres, pertencentes a estratos sociais menos favoráveis.

Problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada, especialmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência, a violência intrafamiliar repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas. No Brasil, há evidências de que se trata de um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2002).

Trata-se, antes de tudo, de uma questão social e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde, mas torna-

se um tema desse campo por conta do impacto provocado na qualidade de vida de pessoas que sofreram lesões físicas, psíquicas e morais. Tais lesões acabam por acarretar atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares, em que a violência é objeto da intersectorialidade, pela concepção ampliada de saúde, e o campo médico-social se integra (MINAYO, 2004).

Por um percurso na história, identificou-se que a violência contra criança e adolescentes acompanha a trajetória humana desde os mais antigos registros, assumindo inúmeras formas pelas quais se expressa devido à adaptação às especificidades culturais e às possibilidades de cada momento histórico (ASSIS, 1994). Nessa perspectiva, a criança é mais vulnerável ao sofrimento de violência, principalmente as meninas, devido à subordinação social que se expressa através do condicionamento inferior da mulher em relação ao homem, caracterizado por uma relação de dependência que perdura, na maioria das vezes, por toda a vida.

Além disso, observando comportamentos de algumas famílias, percebeu-se a utilização da violência com fins de disciplinamento das crianças e adolescentes, o que, muitas vezes, demonstra a subordinação dos mesmos à autoridade dos familiares. A principal modalidade é a violência física usada como estratégia pelos pais para obrigar os filhos a modificarem comportamentos indesejáveis. Embora se constitua uma prática antiga na história humana, continua a integrar a vida cotidiana de crianças e adolescentes, apesar de argumentos teóricos e práticos contrários ao seu uso (RIBEIRO *et al.*, 2007).

A infância é um momento único na vida de uma criança. É um processo necessário para um bom desenvolvi-

mento, em que a criança tem o direito de estudar, brincar e obter esclarecimento sobre suas dúvidas e descobertas. Esse é um momento fundamental para a formação de um adulto responsável e com dignidade.

A fim de embasar epidemiologicamente este estudo, expõem-se dados de instituições que abordam o assunto da violência. A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas estima a ocorrência de 4,5 milhões de crianças vítimas de abuso e negligência por ano no país. Estatísticas do Serviço de Advocacia da Criança (SAC) da Secretaria do Menor de São Paulo registraram o atendimento de 6.056 casos de crianças vítimas de violência na Capital, no período de 1988 a 1990. Destes, 64% eram casos de violência doméstica. A Associação Brasileira de Proteção à Infância, no período de 1991 a março de 1993, realizou 3.981 atendimentos de crianças vitimizadas no lar no Rio de Janeiro (ABRAPIA, 2001).

Nos últimos anos, o tema da violência contra criança e adolescentes tem sido vinculado à saúde, enfatizando a necessidade de envolvimento e preparo de profissionais de outras áreas, como os da educação, dado a conjuntura complexa e desafiante da violência. Como resposta da interrelação desses setores, é essencial que os serviços (escolas, centros de saúde, entre outros) e os profissionais de todas as categorias reconheçam que devem se inserir no processo, na identificação de condições de risco ou de violência vigente e na atenção às vítimas (RIBEIRO et al, 2007; BRASIL, 2002; MOURA e REICHENHEIM, 2005).

É fundamental que o profissional tenha informações necessárias e claras para identificar o impacto que a violência

sofrida por estas meninas tem causado em suas vidas. Entretanto, o conhecimento atual a respeito da violência ainda está em processo de construção, em função da complexidade do tema.

A violência contra a mulher constitui-se como um problema de saúde o que não é diferente em relação à criança e adolescentes. Nessa perspectiva, surgem vários fatores de risco para o adoecimento, como lesões físicas e sofrimento psíquico, além de prejuízos futuros à saúde. Em relação às meninas, podem apresentar comportamentos negativos, como consumo de drogas e uma gravidez indesejada na adolescência como consequência dos atos violentos sofridos.

Diante da crescente evidência de violência, é de grande importância analisar o perfil de adolescentes que foram vitimadas durante a infância, e escolheu-se o ambiente escolar por ser um setor crucial na identificação e abordagem dos maus-tratos sofridos pelas estudantes.

Apesar do reconhecimento da violência no âmbito familiar como um problema de saúde, manifestado abertamente por meio de explícitas convocações para que sejam debatidas e desenvolvidas políticas de prevenção e detecção dos casos de violência, a situação ideal ainda está longe de ser alcançada (WHO, 1999). Enfocando o cenário brasileiro, é necessário que se indague a respeito da situação atual, especialmente quando se considera uma história bem mais recente de estudos nesta área (MOURA; REICHENHEIM, 2005).

A partir dos levantamentos anteriores, esta pesquisa demonstra a nítida importância de esclarecer a questão: qual o perfil das adolescentes com idade entre 12 e 19 anos, vítimas de maus-tratos e violência?

Devemos estar atento também para o fato de que os maus-tratos contra a criança só começará a diminuir, quando a criança for vista, respeitada e tratada como ser humano, sujeito de sua história de vida, sendo-lhe dada a capacidade de pensar, agir e reagir ante as adversidades do meio em que vive. Somente a partir desse momento será verdadeiramente respeitada (BIASE; PENNA, 2004). Dessa forma, deve se colocar em pauta toda a questão das oportunidades perdidas de detecção da violência familiar. É nesta perspectiva que se insere a presente pesquisa, a ser realizada em escolas públicas, tentando caracterizar uma situação que pode ser bem mais comum do que o imaginado.

Estudos descritivos que retratam a repercussão social do fenômeno em questão são relevantes, visto que a identificação dos casos de violência e a caracterização do contexto em que ocorrem poderão subsidiar ações públicas intersectoriais para o enfrentamento do problema o que impactará positivamente na vida não só das vítimas, mas da sociedade como um todo.

Metodologia

O estudo fez parte de uma pesquisa ampla, patrocinada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Classificada como do tipo *Survey*, com delineamento transversal, pelo qual se adotou a amostragem por conglomerado.

Ao levar em consideração os objetivos deste estudo, a abordagem mais adequada foi a quantitativa, tratando-se também de um estudo de natureza exploratório-descritiva

que, segundo Leopardi (2001), permite o aumento da experiência dos pesquisadores acerca do problema estudado, explorando a realidade para que se possa identificar as suas características, as mudanças e as regularidades. Logo, com tal abordagem e tipologia, pretendeu-se analisar o objeto deste estudo com profundidade, possibilitando ao final deste, o surgimento de conhecimentos da realidade em que o fenômeno acontece, além dos aspectos envolvidos na sua prática.

Este estudo foi desenvolvido em dez escolas públicas do município de Sobral, Ceará, sendo seis pertencentes à rede de ensino municipal e quatro da rede de ensino estadual, como mostra o Quadro 1: A cidade de Sobral, em sua composição escolar, possui quarenta e cinco escolas municipais e quinze escolas estaduais divididas entre a zona urbana e rural.

A construção deste estudo teve início no mês de março de 2008 com a busca de literatura sobre a temática violência e suas repercussões. A continuidade ocorreu com aplicação do instrumento e análise dos dados coletados, contemplando tais resultados em novembro de 2009.

Para a aplicação do instrumento, houve um primeiro contato com os diretores das escolas a fim de explicar-lhes com clareza os objetivos da pesquisa e como seria desenvolvida; após sua permissão, os questionários foram aplicados.

QUADRO 1 – Caracterização das escolas públicas de Sobral/Ceará que fizeram parte da pesquisa, Sobral/ Ceará, 2009.

Escola	Bairro	Rede de ensino	Nº de adolescentes
ESCOLA A	Pedrinhas	Escola Municipal	47
ESCOLA B	Colina	Escola Municipal	21
ESCOLA C	Sinhá Sabóia	Escola Municipal	122
ESCOLA D	Dom Expedito	Escola Municipal	31
ESCOLA E	Alto da Brasília	Escola Municipal	71
ESCOLA F	Sumaré	Escola Municipal	89
ESCOLA G	Campos do Velho	Escola Estadual	51
ESCOLA H	Sinhá Sabóia	Escola Estadual	405
ESCOLA I	Centro	Escola Estadual	52
ESCOLA J	Derby	Escola Estadual	60

Fonte: Primária.

As adolescentes foram abordadas na própria escola, onde se informou o objetivo e a duração aproximada para aplicação do questionário e foi solicitada participação voluntária na pesquisa, garantindo-lhes anonimato e sigilo. Assim, com a concordância em participar do estudo, o questionário foi aplicado no momento em ambiente tranquilo e acolhedor.

O questionário utilizado foi uma adaptação do modelo, traduzido para o português, do Childhood Trauma Questionnaire/ Questionário Sobre Traumas na Infância, que não se qualifica como instrumento diagnóstico, entretanto, é uma ferramenta bastante útil para a investigação de maus-tratos na infância e adolescência, e como instrumento de pesquisa (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006). Esse instrumento investiga os cinco componentes de trauma: abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual, e se dirige a adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos, onde o respondedor gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações

ocorridas na infância em uma escala Likert de cinco pontos (BERNSTEIN *et al.*, 1994 apud GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

A população desta pesquisa foi composta por 949 adolescentes do sexo feminino, com idades de 12 a 19 anos, regularmente matriculadas nas referidas escolas públicas. No entanto, 698 (73,6%) delas sofreram pelo menos um tipo de violência e maus-tratos no desenvolvimento de sua vida, caracterizando, assim, a amostra do estudo.

Os resultados foram processados eletronicamente com a utilização do software SPSS, versão 13 e para verificação entre variáveis estudadas e a ocorrência de violência doméstica foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson.

Atenderam-se as recomendações presentes na Resolução n.196/96, sendo o estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), de n.3873.0.000.039-07.

Análise dos dados e discussão dos resultados

Ao analisar o perfil das adolescentes, considerou-se a idade, com quem residem e a escola onde estudam como variáveis relevantes para a compreensão do perfil das adolescentes vítimas de diferentes formas de violência, que representam um grave problema de saúde pública em nosso meio.

De acordo com os resultados, 698 (73,6%) meninas participantes da pesquisa sofreram algum tipo de violência na infância. Esses dados destacam que a violência é uma realidade em nosso meio e se classifica como um evento de

grande complexidade, resultando em múltiplas consequências. Em se tratando de sua elevada ocorrência na infância, preocupa-nos como será o comportamento biopsicossocial dessas adolescentes, pois se considera que o crescimento e desenvolvimento adequados, durante toda a infância, dependem de diferentes fatores relacionados aos cuidados básicos, cujos prejuízos podem ser manifestados de diferentes formas, de acordo com a duração e intensidade do comprometimento (COSTA *et al.*, 2007; COSTA; SOUZA, 2005).

As consequências da violência e maus-tratos na história de crianças e adolescentes devem ser valorizadas e discutidas por toda a sociedade para a devida compreensão das circunstâncias em que vivem e na articulação de ações que promovam à saúde e previnam o adoecimento. Segundo Caminha (1989) quando crianças são vítimas de violência física, psicológica, negligência ou violência sexual, elas se caracterizam por apresentar baixo limiar às frustrações; geralmente são hiperativas e têm comportamento agressivo e rebelde; demonstram problemas de aprendizado; estão sempre na defensiva; fogem de contatos físicos; tendem a apresentar ideias e/ou tentativas de suicídio. Pode-se observar, também, fadiga constante, perda ou excesso de apetite, enurese e/ou encoprese, desnutrição, lesões físicas observáveis, infecções urinárias, dor ou inchaço na área genital ou anal, doenças sexualmente transmissíveis, comportamento inadequado para a idade (sedutor ou sexualizado). Podem apresentar, ainda, história de fugas ou relutância em voltar para casa.

Na caracterização dessas adolescentes, a Tabela 1 descreve a ocorrência da violência em relação à idade.

TABELA 1 – Ocorrência da violência em relação à idade, sofrida por adolescentes de escolas publicas de Sobral/ Ceará, 2009.

Variáveis	Violência			Média
	Sim	Não	Total	
Idade				
12 anos	158 (61,2%)	101 (38,8%)	259 (27,3%)	
13 anos	137 (61,7%)	86 (38,3%)	223 (23,5%)	61,4%
14 anos	98 (66,7%)	50 (33,3%)	148 (15,6%)	
15 anos	83 (65,8%)	43 (34,2%)	126 (13,3%)	66,2%
16 anos	72 (80%)	18 (20,0%)	90 (9,5%)	
17 anos	36 (65,4%)	19 (34,6%)	55 (5,7%)	72,7%
18 anos	22 (68,7%)	10 (31,3%)	32 (3,4%)	
19 anos	09 (56,2%)	7 (43,8%)	16 (1,7%)	62,4%
Total	615 (64,8%)	334 (35,2%)	948 (100%)	

Fonte: Primária

Na análise dos dados estatísticos, houve diferença significativa por faixa etária, onde as adolescentes que relataram ter sofrido algum tipo de violência eram mais velhas ($p=0,02$). Foi evidenciado, portanto, um maior índice de violência na faixa etária de 16 anos (80%) e 18 anos (68,7%). Acredita-se que a capacidade de entendimento do fenômeno pelas adolescentes no que se refere ao não suprimento de suas necessidades fisiológicas e de crescimento, a falta de responsabilidade e atenção dos familiares, ou o seu comportamento agressivo e de abandono, somados ao processo inerente do ser que é a maturação, possivelmente foram caracteres essenciais para fundamentar esses dados.

Crianças e adolescentes que sofrem violência das pessoas que amam, possivelmente estão mais ameaçadas pela vulnerabilidade, o que as tornaria mais suscetíveis à violência em outros âmbitos sociais (ASSIS et al, 2004).

Para justificar este contexto, Pfeiffer e Salvagni (2005) revelam que a violência faz com que crianças e adolescentes expressem sentimentos de insegurança e dúvida, que pode permanecer por muito tempo, na dependência da maturidade da vítima, de sua estrutura de valores e conhecimentos, além da possibilidade ou não que teria de diálogo e apoio com o outro responsável, habitualmente favorecedor, consciente ou não, da violência.

Na Tabela 2, observa-se a associação estatisticamente significativa entre o relato das adolescentes de terem sofrido algum tipo de violência e o grupo de pessoas com quem elas residem (p 0,002–Teste Qui-quadrado de Pearson). Foi notório que o grupo de convivência familiar esteve relacionado com o fato de sofrer algum tipo violência e com a intensidade dessa violência.

TABELA 2 - Ocorrência da violência sofrida por adolescentes em relação às pessoas com quem residem, em Sobral/Ceará, 2009.

Variáveis	Violência			Valor p
	Sim	Não	Total	
Com quem mora				
Pai e mãe	329 (52,2%)	212 (66,5%)	541 (57,0%)	0,002*
Avós	53 (8,4%)	17 (5,3%)	70 (7,4%)	
Tios	13 (2,1%)	2 (0,6%)	15 (1,6%)	
Só com mãe	146 (23,2%)	63 (19,7%)	209 (22,0%)	
Só com pai	12 (1,9%)	3 (0,9%)	15 (1,6%)	
Outros	62 (9,8%)	18 (5,6%)	80 (8,4%)	
Não respondeu ou marcou duas opções	15 (2,4%)	4 (1,3%)	19 (2,0%)	

Fonte: Primária

*Qui-quadrado de Pearson

Quando os fenômenos violência e maus-tratos são identificados no ambiente educacional que as adolescentes fazem parte, é válido se questionar sobre a interferência e responsabilidade da escola na vida dessas adolescentes, devendo a partir de diversos hábitos e atitudes, proporcionar a socialização desse grupo, como também, identificar e comunicar aos órgãos competentes, pois a escola não é um espaço de intervenção propriamente dita, na medida em que não possui autoridade e recursos adequados para apurar e atuar diretamente em casos de violência doméstica, mas pode e deve ser um espaço de prevenção e proteção de seus alunos (VAGOSTELLO *et al.*, 2003).

Em se tratando do contexto socioeconômico e estrutural em que estas adolescentes se expõem, acreditam-se na influência da desigualdade social, exclusão e privação da cidadania a que está sujeita a maioria da população, vivendo em condições de pobreza e miséria, para o desenvolvimento da violência e maus-tratos em questão (MINAYO, 1991), justificando-se que sua gênese e seu desdobramento envolvem aspectos individuais e sociais e exigem uma intervenção integral.

É válida, também, a reflexão de que produzir violência intrafamiliar não é somente uma característica da pobreza e do subdesenvolvimento, entretanto, o que diferencia a expressão do fenômeno da violência quando se comparam os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, é que as variáveis socioeconômicas e culturais atuam como facilitadores, ou seja, como estopim na expressão da violência (CAMINHA, 1989).

A gravidade de repercussões dos transtornos mentais na infância e adolescência, assim como as altas taxas principalmente em regiões/ bairros mais carentes, indica a necessidade e a importância da implantação de serviços de saúde mental comunitários.

Considerações finais

A caracterização dos tipos de violências sofridos por adolescentes enquanto cresciam contribuirá para a implantação de ações que promova a identificação e a prevenção da violência sofrida por essas meninas, que acabam desenvolvendo distúrbios mentais, como: depressão, envolvimento com drogas, sem falar nas sequelas físicas que ficam marcadas na pele das crianças e adolescentes.

Os resultados evidenciaram que 73,6% das adolescentes sofreram algum tipo de violência durante a infância. Sabe-se que acontecimentos na infância, quando negativos, podem afetar a estrutura psíquica do adulto. Estudos têm demonstrado que é exatamente durante a adolescência que a situação de crises se instala, sendo como fator predisponente uma infância permeada de vivências negativas.

Nessa perspectiva, esta pesquisa buscou produzir um conhecimento com enfoque no perfil das adolescentes, estudantes de escolas públicas, vítimas de violência e maus-tratos. Além de ser base para o seguimento de novos estudos, os resultados contribuirão para a compreensão deste fenômeno em jovens do sexo feminino que possuem características sócio- culturais similares as das participantes deste estudo.

Acrescenta-se que o estudo servirá para os profissionais de saúde e professores, como um diagnóstico que os auxiliará na construção de ações de promoção da saúde junto a esse grupo, detecção e prevenção aos maus-tratos na infância e adolescência. Por isso, a importância de produções nacionais para diagnóstico e intervenção.

Com o desenvolvimento desta pesquisa, concluiu-se que estudar, pesquisar e cuidar são formas de contribuir com o controle, a redução, e quem sabe a extinção da violência cometida contra crianças e adolescentes, principalmente as do sexo feminino, que se tornam mais frágeis devido a cultura de gênero, onde a mulher deve ser submissa ao homem.

As medidas adotadas pelos profissionais, seja ele profissional da saúde ou educação, requer reflexão e busca de alternativas para a identificação e investigação da violência, sendo necessário ir além, agir mais, persistir e cuidar daqueles que muitas vezes são excluídos da sociedade.

Além disso, a assistência dever ser de qualidade e humanizada, e os profissionais devem realizar uma escuta aberta, sem julgamento ou preconceitos, permitindo que a adolescente expresse seus sentimentos, medos e aflições. Elas devem se sentir acolhidas e confiantes, tendo a certeza que o profissional tem o intuito de promover e recuperar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA. **Reconhecendo os diferentes tipos de violência**, 2001. Disponível em: <http://www.abrapia.org.br/homepage/tipos_de_violencia/tipos_de_violencia.html>. Acesso em: 20 out. 2008.

ASSIS, Simone Gonçalves de. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectiva para o futuro. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl.1, p.126-134, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a08.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2009.

BIASI, Luaciana Spinato; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Violência e maus-tratos na infância: o olhar das crianças. **Rev. Min. de Enferm.**, Minas Gerais, v. 8, n. 4, p. 429-235, out./dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviços. Cadernos de Atenção Básica n.8. Série A Normas e Manuais Técnicos n.131. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2008.

CAMINHA, Renato M. A Violência e seus danos à criança e ao adolescente. In: AMENCAR [Amparo ao Menor Carente]. **Violência doméstica**. São Leopoldo: Amencar, 1989. p. 43-60.

COSTA, Maria da Conceição Oliveira et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. e Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012509.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2009.

_____.; SOUZA, Ronald Pagnoncelle de. Abordagem da criança e do adolescente. In: COSTA, Maria da Conceição Oliveira; SOUZA, Ronald Pagnoncelle de. (organizadores). **Semiologia e Atenção Primária à Criança e ao Adolescente**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 76-91.

GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo; STEIN, Lilian Milnitsky e PEZZI, Júlio Carlos. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249-255, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28529.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

KNAPP, J. F. The impact of children witnessing violence. **Pediatric Clinics of North America**, v. 45, p. 335-364, 1998.

LEOPARDI, Maria Tereza. Fundamentos gerais da produção científica. In: _____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. p. 138-9.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde no Rio de Janeiro: algumas considerações**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

_____. **Violência e Saúde: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOURA, Anna Tereza M. Soares de; REICHENHEIM, Michael E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. de Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/14.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 5 (supl.), 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

RIBEIRO, Edilza Maria *et al.* Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 377-383, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a06v20n3.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

SOUSA, Valquíria Alencar de. **Um olhar de gênero nas temáticas sociais**. João Pessoa: Ideia, 1997, 122p.

VAGOSTELLO, Lucilena *et al.* Violência doméstica e escola: um estudo em escolas públicas de São Paulo. **Paidéia**, 2003, v. 13, n. 26, p. 191-196, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n26/08.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2009.

WHO. World Health Organization. **WHO recognizes child abuse as a major public health problem**. Geneva: World Health Organization, 1999.

4 PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA FÍSICA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM ZONA URBANA COM ELEVADA TAXA DE VIOLÊNCIA EM FORTALEZA, NORDESTE DO BRASIL

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Márcia Maria Tavares Machado

Isabel Altenfelder Bordin

Cristiane Silvestre Paula

Ângela Alencar Araripe Pinheiro

A violência é um problema social de grande dimensão que afeta, especialmente e de forma continuada, crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, e se apresenta de várias formas. A violência contra crianças e adolescentes é reconhecida como um problema de Saúde Pública que atinge toda a sociedade, sem distinção de sexo, raça ou condição social. O problema é ainda mais grave na infância, em virtude das crianças serem vitimizadas no seu próprio ambiente familiar (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

A história da violência contra crianças mostra que, desde os tempos primitivos até o momento presente, esse tipo de violência se apresenta como um fenômeno social e cultural de grande relevância. Em diferentes sociedades, as formas mais cruéis e as mais sutis, se diferenciam (MINAYO, 2001).

A violência praticada contra as crianças e os adolescentes tem raízes históricas, econômicas e culturais. Não deve ser entendida como ato isolado, “psicologizado” pelo descontrole, pela patologia, e sim como um desencadeador de relações que envolvem a cultura, o imaginário, as normas, a educação e o processo civilizatório de um povo (FALEIROS, 1998).

Atualmente, a violência intrafamiliar representa grande preocupação para o setor da saúde, uma vez que causa mortes, incapacidades e graves implicações sobre o incremento da violência, bem como consequências de ordem emocional, social ou cultural, nas outras fases da vida, principalmente quando ocorrem na infância e adolescência (FLITCRAFT, 1993; MINAYO, 1994).

Esse tipo de violência contra a criança não está desvinculada das demais questões sociais, especialmente (mas não unicamente) da violência social. As relações societárias são assentadas em bases em que entrelaçam fundamentos objetivos e subjetivos, onde os sujeitos sociais se constituem.

No estado do Ceará, dados do Núcleo Estadual de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes revelam que, em 2007, foram realizadas 3.514 notificações. Destas, 24% referem-se à violência física; 16% à negligência; 8% à violência sexual; 4% à exploração sexual; 2% à violência psicológica; e 43% a outras formas de violência, tais como: situação de risco, abandono, desvio de conduta, privacidade dos direitos paternos e maternos, fuga do lar, violência fatal, rapto, solicitação de serviço de abrigo ou de creche, cárcere privado e tráfico de seres humanos (NÚCLEO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO CEARÁ, 2008).

O município de Fortaleza, como a maioria dos municípios brasileiros, apresenta uma deficiência na detecção precoce em relação à violência contra a criança e notificação dos casos, prejudicando o conhecimento epidemiológico da dimensão do risco e vulnerabilidade em que vivem essas crianças e suas famílias.

No ano de 2013, foram notificados somente 31 casos de violência física contra a criança e o adolescente pelos serviços de saúde do município, mas isso não representa a realidade da cidade (FORTALEZA, 2014).

Assim, este estudo foi realizado com o objetivo de determinar a prevalência de diferentes tipos de violência física intrafamiliar contra crianças de zero a 12 anos incompletos e descrever os tipos de agressão cometidos por pais ou responsáveis. Nesse sentido, pretende também subsidiar aos serviços de saúde para a detecção precoce desses tipos de violência e contribuir em propostas para a implementação de políticas públicas de atenção e apoio às crianças e suas famílias no enfrentamento a esse fenômeno.

Percurso Metodológico

Estudo de natureza transversal, com aplicação de questionários as mães/ responsáveis de crianças (0-12 anos incompletos) atendidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de um bairro, em Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil. As entrevistas foram realizadas no período de 28 de novembro de 2008 a 16 de janeiro de 2009, pela pesquisadora principal e por duas entrevistadoras de nível superior, com experiência na temática, após seleção e treinamento. O bairro selecionado tem uma população de 39.551 habitantes

(IBGE, 2000), em torno de 10.689 famílias. Foi escolhido para a realização do estudo em razão das características da comunidade, à época do estudo possuir altas taxas de violência, presença de tráfico de drogas, baixa renda, área praiana e com forte presença de exploração sexual e implantação da Estratégia Saúde da Família, desde 1998.

Com a territorialização, o bairro foi dividido para atendimento em três UBASF. O estudo foi realizado em uma das três unidades, que abrange 65% da população total, ou seja, 25.707 habitantes, correspondendo a 6.635 famílias, tendo como característica social, elevados índices de violência (RIBEIRO, 2008).

Informações publicadas em órgão da imprensa escrita local no ano de 2008 revelam que o bairro foi elencado entre os 13 bairros periféricos de Fortaleza de maior incidência de crimes, onde a ação ostensiva da polícia tem se tornado cada vez mais presente, sem, no entanto, inibir a ação de traficantes, ladrões e “gangueiros” (RIBEIRO, 2008). A situação encontrada no final do ano de 2013, em relação ao ano do estudo, foi de aumento da violência, principalmente devido ao tráfico, consumo de drogas, rixas entre quadrilhas, queima de arquivo e confrontos de gangues (RIBEIRO, 2014). O índice de desenvolvimento humano (IDH) do bairro estudado é de 0,479, indicando que a média de anos de estudo do chefe de família é baixo (0,400), a taxa de alfabetização é alta (0,847); e que a renda média do chefe de família (em salários mínimos) é baixa (0,191) (FORTALEZA, 2007).

O plano de seleção amostral compreendeu todos os domicílios elegíveis das famílias cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou seja, das 6.635 famílias

previstas nas 41 microáreas, o estudo abrangeu 4.117 famílias (62%), distribuídas em 29 microáreas (71%) que, por sua vez, estão distribuídas em cinco áreas. Foram selecionados aqueles cujos residentes incluísem pelo menos, uma mãe/ responsável com idade entre 15 a 49 anos incompletos e que tivesse, no mínimo, uma criança na idade de zero a 12 anos incompletos. Quando o domicílio tinha mais de uma mulher elegível, apenas uma era sorteada para participar da pesquisa. O mesmo procedimento foi realizado quando a mãe tinha mais de um filho na faixa etária esperada, apenas uma criança foi selecionada também por meio de sorteio aleatório simples.

O cálculo amostral foi realizado com base na estimativa de proporções das prevalências e testes bivariados para estimativas de riscos, considerando “algum tipo de violência física” (grave e/ou não grave) contra a criança no ambiente familiar nos últimos 12 meses como variável dependente, e fatores possivelmente associados a este desfecho clínico, relacionados à criança, mãe/ responsável, marido/ companheiro da mãe e família, como variáveis independentes. Ao adotar-se uma taxa de prevalência de violência física em torno de 10% (DAVOLI *et al.*, 1994; FIGUEIREDO *et al.*, 2004) a 20% (BORDIN *et al.*, 2006), e determinada a precisão relativa como 20% (intervalo de confiança entre 8% e 12%), calculou-se um tamanho de amostra igual a 363 famílias, no programa Epi-Info versão 6.0 4b (1994). Essa amostra foi acrescida de 20%, em virtude das possíveis perdas, totalizando 436 famílias. A amostra por microárea foi distribuída de forma proporcional à quantidade de famílias elegíveis. Foram excluídas 34 famílias por não atenderem os critérios de

inclusão quanto à idade, resultando em uma amostra final de 402 famílias.

Inicialmente foram selecionados todos os domicílios elegíveis, pertencentes às microáreas cobertas, ou seja, 29 microáreas acompanhadas pela UBASF no bairro Vicente Pinzon, com base na ficha A (instrumento de cadastramento das famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB).

Em cada microárea, a primeira família foi selecionada por meio de sorteio. Com suporte nesse referencial, prosseguiu-se com a seleção das demais, contando, subsequentemente, de cinco em cinco cadastros, e assim sucessivamente, até completar a amostra de famílias de cada microárea.

As famílias selecionadas foram visitadas pelos ACS da microárea de sua responsabilidade com o objetivo de convidá-las para participar da pesquisa, informando-as de que se tratava de um estudo acerca da saúde da mulher e da criança (sem especificar os detalhes), para evitar qualquer suscetibilidade que produzisse viés de informação, uma vez que se tratava de uma temática de abordagem difícil e muitas vezes constrangedora. Foi mencionado também que as entrevistas seriam realizadas com base em um questionário com perguntas abertas e fechadas, com duração média de 50 minutos. As famílias que residiam nas microáreas sem ACS na época, ou seja, microárea descoberta, foram visitadas pelos ACS que cobriam a área vizinha.

As entrevistas foram realizadas em um consultório na UBASF do bairro. Medidas foram tomadas para garantir privacidade, ausência de barulho e qualquer interrupção, durante a realização das entrevistas.

Para aferir a fidedignidade dos dados obtidos pelas entrevistadoras, semanalmente a pesquisadora principal conferia aleatoriamente 5% das entrevistas e aplicava novamente o questionário a essas mães/ responsáveis.

Utilizou-se uma versão reduzida do instrumento padronizado *WorldSAFE Core Questionnaire*, originalmente desenvolvido pelo comitê de pesquisadores dos países participantes do “Estudo Mundial de Violência Doméstica” (WorldSAFE). Tal estudo objetivou examinar a magnitude e a natureza da violência no ambiente familiar em diversas culturas e incluiu comunidades do Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e Estados Unidos.

No Brasil, o estudo foi realizado no município de Embu, Estado de São Paulo (BORDIN, 2004; BORDIN, 2006). O *WorldSAFE Core Questionnaire* foi traduzido e retro-traduzido para o português por Isabel A. Bordin e Cristiane S. de Paula em 1998. É composto por seções que investigam características sociodemográficas, socioeconômicas, violência contra a criança, violência conjugal, uso de álcool e outras drogas pela mãe/responsável e pelos pais/companheiro da mãe/responsável nos últimos 12 meses, entre outras (BORDIN, 2004). A seção relativa à violência física contra crianças é parcialmente baseada no instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scale* (STRAUS *et al.*, 1998) com permissão dos autores.

Em outubro de 2008, foi realizado um estudo piloto em outro Centro de Saúde da Família, localizado em outra Secretaria Regional (SR II, sendo que os participantes desse piloto não foram incluídos na amostra do presente estudo). A pesquisa tinha como principal objetivo a obtenção de

melhor conhecimento e discussão do instrumento que seria utilizado acerca da linguagem e compreensão das perguntas por parte das mulheres que residiam no bairro do estudo, como exemplo, a melhor compreensão da linguagem e das perguntas, por parte das mulheres entrevistadas.

Considerou-se como variável dependente “algum tipo de violência física” (grave e/ou não grave) contra a criança no ambiente domiciliar nos últimos 12 meses, tendo a mãe/responsável e/ou o pai/companheiro da mãe como os possíveis agressores. A violência física de natureza grave incluiu os seguintes comportamentos: sacudir a criança, de idade ≤ 2 anos, chutar, esganar, sufocar, bater nas nádegas com algum objeto (vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto), queimar, espancar e ameaçar com faca ou revólver, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses; violência física não grave significou: sacudir a criança, de idade >2 anos, dar palmadas nas nádegas, puxar a orelha, puxar o cabelo, beliscar, dar coque na cabeça, dar tapa na cara ou atrás da cabeça e ajoelhar ou ficar de pé como castigo adicional, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses (BORDIN, 2004; BORDIN, 2009). Essas definições representam o resultado de um consenso decorrente de reuniões dos pesquisadores do *WorldSAFE*, portanto, referem-se a comportamentos de violência considerados graves e não graves em diversas culturas. Como variável independente relacionado à família verificou-se o nível socioeconômico, segundo o poder de consumo da família, poder econômico para adquirir bens.

Utilizando o aplicativo EPI-INFO 8.4, foi realizada análise descritiva das variáveis do estudo e para análise inferencial, calculou-se razão de prevalência com respectivos intervalos de confiança de 95%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (Protocolo COMEPE n. 72/08), conforme determina a Resolução 196/96 que rege a ética da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estavam contidas todas as informações sobre a pesquisa: com solicitação da participação voluntária no estudo, esclarecimento sobre a garantia de sigilo e de privacidade das informações. O termo de consentimento foi lido inicialmente e disponibilizado cópia para cada participante, após a sua aprovação.

Resultados

Foram avaliadas 402 crianças entre zero a 12 anos incompletos; destas 223 (55,5%) eram meninas e 157 (39%) menores de seis anos de idade.

As seguintes prevalências de violência física intrafamiliar contra as crianças pesquisadas neste estudo foram: algum tipo de violência física (81,8%, IC 95%: 78,0-84,0), violência grave (23,6%, IC 95%: 20,0-26,0), e violência não grave (81,6%, IC 95%: 78,0-84,0).

A prevalência de algum tipo de violência física intrafamiliar contra a criança de zero a 12 anos incompletos (grave e/ou não grave) foi de 81,8% (IC 95%: 78,0-84,0). As mães/substitutas participaram como agressoras em 79,6% e os pais/substitutos em 34,2%.

Os tipos de violência física de natureza grave, não grave, bem como outros tipos de violências, como as agressões verbais e as ameaças estão apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3.

A prevalência da violência física de teor grave (Tabela 1) foi de 23,6% (IC 95%:(20,0-26,0). A maior parte dessas agressões foi praticada pelas mães/responsáveis (21,6%), seguida pelo marido/companheiro da mãe (7,8%). Dezoito crianças (4,5%) foram “vitimizadas” de forma grave por ambos os pais. Sacudir, chacoalhar a criança de 0-2 anos foi o tipo de violência física de conteúdo grave mais frequente (17,1%). Em seguida, bater com algum objeto, como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto, praticado por ambos os pais, correspondeu a 14,9%. O tipo sufocar não foi encontrado na pesquisa.

TABELA 1 – Distribuição do número de crianças caracterizando violência física grave utilizada pelos pais/responsáveis no ambiente familiar, nos últimos 12 meses (N= 402).

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

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

A prevalência de violência física não grave foi de 81,6% (IC 95%: 78,0-84,0) (Tabela 2). Do total de crianças estudadas, 319 (79,4%) sofreram algum tipo de violência física por parte das mães/substitutas e 109 pelos pais/substitu-

tos (32,7%). A “vitimização” por ambos os pais/responsáveis alcançou 97 crianças (24,1%). O tipo de violência física não grave utilizado com mais frequência, pela mãe/responsável e pelo pai/responsável, foi o de dar palmadas nas nádegas, representando 60,9% e 18,4%, respectivamente.

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

TABELA 2 - Distribuição do número de crianças caracterizando violência física não grave utilizada pelos pais/responsáveis no ambiente familiar, nos últimos 12 meses.

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

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

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

Entre outros tipos de violência pesquisados, as agressões verbais (gritar ou berrar) foram as mais frequentes e praticadas pelas mães/responsáveis em maiores proporções (84,0%), enquanto que pelos pais/responsáveis foi de (41,1%).

TABELA 3 - Distribuição do número de crianças caracterizando outros tipos de violência utilizados pelos pais/responsáveis no ambiente familiar nos últimos 12 meses.

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

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

Ao associar algum tipo de violência física intrafamiliar contra a criança por parte dos pais/responsáveis, com nível socioeconômico das famílias, foi verificado que a violência intrafamiliar contra a criança esteve presente em todas as classes sociais (RP 1,17: IC 1,17: p 0,17) (Tabela 4).

TABELA 4- Associação do nível socioeconômico com algum tipo de violência física contra a criança, por parte de pais/responsáveis, segundo a razão de prevalência (N=402).

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

Os estudos sobre violência intrafamiliar contra crianças têm despertado cada vez mais o interesse de pesquisadores da área da saúde, em razão do grande impacto individual e social na vida daqueles que a sofrem e de seus familiares. O presente estudo é o primeiro de base populacional no Nordeste do Brasil a estimar a prevalência de diferentes tipos de violência física intrafamiliar contra crianças provenientes de famílias cobertas pela Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza.

As taxas de prevalência de violência física (algum tipo, grave, não grave) contra crianças de zero a 12 anos incompletos nos últimos 12 meses, obtidas neste estudo realizado em Fortaleza, mostraram-se similares às taxas observadas em amostra populacional de mesma faixa etária, residente em comunidade urbana de baixa renda do município de Embu-SP. Os dois estudos são transversais, avaliaram amostras probabilísticas populacionais de bairros violentos e utilizaram o mesmo instrumento e as mesmas definições de tipos de violência. Na pesquisa realizada em Embu-SP, encontraram-se as seguintes prevalências de violência física intrafamiliar entre crianças de zero a 12 anos incompletos: 79,2%

(algum tipo), 10,1 (grave) e 76,3% (não grave) (BORDIN *et al.*, 2009). Os achados deste estudo foram: 81,8% (algum tipo), 23,6% (grave) e 81,6% (não grave), taxas estas superiores aos achados na pesquisa de Embu- SP para todos os tipos de violência.

Na saúde, a violência física grave tende a ocupar o primeiro lugar entre as formas de violência mais presentes entre as crianças atendidas pelos serviços de urgência, em virtude dos casos mais graves ou com sequelas físicas aparentes, prontamente associadas à violência (BAZON, 2008).

Os casos mais graves poderiam ser reduzidos a partir de ações de prevenção, desenvolvidas pelas equipes da saúde da família desde a atenção à gestante, no puerpério e na primeira semana da criança. A visita domiciliar tem uma grande importância para a redução desse fenômeno, portanto, o ACS poderá ser um grande aliado na detecção precoce desse problema no contexto familiar. Estudo realizado em São Paulo revelou que ainda falta conhecimento apropriado a esses profissionais, causando sensação de impotência e frustração, isso evidencia que a ESF tem de avançar no atendimento desses casos (RAMOS; SILVA, 2011).

É fundamental que ocorra maior integração entre as redes de apoio e proteção à criança e ao adolescente, e na saúde é fundamental o diálogo da Rede Hospitalar ou da Atenção Especializada com a Rede da Atenção Básica para que se garanta efetivamente o acompanhamento da criança e de sua família expostos a situações de violência.

A prevalência de violência física de teor grave foi superior a outra pesquisa realizada em Fortaleza no ano de 2008, com utilização do mesmo instrumento (LEITE *et al.*, 2008),

que apresentou 12,0%. Uma possível explicação é a de que essa diferença decorra das diferentes definições de violência física grave utilizada, como a inclusão ou não de “bater com algum objeto” nessa definição (BORDIN *et al.*, 2009).

Quanto à violência física não grave, evidenciou-se que é comum também nessa comunidade, situação preocupante para essas crianças, uma vez que os estudos revelam que a violência contra criança, de um modo geral, traz consequências graves para o desenvolvimento da criança, como: danos psicológicos (baixa autoestima e desordens psíquicas) e comportamentais (pode-se encontrar desde as dificuldades de relacionamento até atos suicidas e criminosos) se estendendo para a adolescência e vida adulta (FERREIRA; SCHRAMM, 2000).

Embora existam poucos trabalhos publicados no Brasil sobre a associação entre violência física intrafamiliar contra a criança e os problemas de saúde mental, sobressaem os estudos seccionais entre as publicações sobre esse tema envolvendo crianças brasileiras, que não permitem aferir causalidade. Todos os trabalhos com populações brasileiras apontam na direção da associação entre sofrer violência e apresentar problemas emocionais e comportamentais (ASSIS *et al.*, 2009).

A presente pesquisa evidenciou a mãe como a principal agressora, resultado similar ao da maioria dos estudos sobre esse assunto realizado em Embu- SP, Fortaleza- Ce e Curitiba (BORDIN *et al.*, 2004; LEITE *et al.*, 2008; PASCOLAT *et al.*, 2001). A literatura aponta que uma das razões para esse resultado é o fato de que, em geral, a mãe passa mais tempo junto aos filhos, sendo responsável por

pequenas decisões cotidianas e pela maior convivência doméstica (PASCOLAT *et al.*, 2001). Essa permanência no lar, muitas vezes, acarreta frustrações para a mulher, em virtude de precisar cuidar dos filhos pequenos ou por determinação do companheiro, ter que deixar de lado outras atividades de realização pessoal, restringindo-se à vida doméstica. Vale ressaltar, que estudo realizado em Curitiba revelou que, uma vez iguados o tempo de permanência junto aos filhos, o pai se configura como agressor mais frequente (PASCOLAT *et al.*, 2001).

Verificou-se ainda, neste estudo, uma dupla jornada de trabalho das mães, as dificuldades financeiras, pouca ou nenhuma participação do companheiro, conflitos conjugais, estresses de quem vive na pobreza, levando um maior descontrole, pois recai sobre elas a maior responsabilidade de atender as necessidades das crianças. Outros pesquisadores ressaltaram que, em muitas atitudes dos pais, existe um distanciamento emocional e uma limitação na capacidade de dar atenção, carinho e amor, demonstrando deficiência no vínculo entre pais e filhos (LISBOA; KOLLER, 2000).

Vale destacar o fato de que muitas mães que participaram do presente estudo, mesmo sem terem sido indagadas, referiram que o ato de bater nos filhos era uma forma de educar e impor limites, uma vez que muitas foram educadas dessa forma e reproduzem naturalmente o modelo.

De fato, pesquisadores constataram que muitos pais que “vitimizam” seus filhos pensam estar educando e corrigindo o comportamento da criança (WEBER *et al.*, 2002). Para esses autores, é necessário que os pais conheçam outras práticas educativas, mais eficientes, para criar e manter um

repertório de comportamentos adequados, que incluam o desenvolvimento de habilidades sociais e a sustentação de uma dinâmica familiar afetuosa e comprometida.

As famílias que utilizaram violência física como um meio de tentar educar e corrigir a criança devem ser seguidas, para que se possa compreender, com profundidade, o fenômeno da violência às crianças nesse bairro. Não se pode pré-julgar a ideia de que o ato de agredir o filho seja reflexo apenas da falta de reconhecimento da importância de se oferecer carinho e atenção. O conhecimento dos problemas sociais, decorrentes das grandes desigualdades observadas nessa população, deve ser aprofundado, para que não seja simplificado e interpretado como um fator isolado, capaz de gerar altos índices de violência intrafamiliar.

Outro estudo revelou que, se o comportamento de “vitimizar” é reforçador, tanto para os pais quanto para os filhos, forma-se um círculo vicioso. Este círculo ocorre pela falta de conhecimento dos efeitos deletérios deste método e de outros que possam substituir a violência física, como também dos mecanismos que reforçam o comportamento de quem “vitimiza” (WEBER *et al.*, 2004).

Esta pesquisa ainda revelou que as agressões verbais eram comumente utilizadas pelas mães/ responsáveis participantes do estudo (84,0%). Pesquisa realizada no ano de 2005 revelou que crianças e adolescentes com mães que gritam excessivamente, batem, espancam ou punem severamente, dentre outras relações inadequadas, têm o dobro de chance de vir a apresentar problemas de saúde do que os não expostos a estas práticas (BENVEGNÚ *et al.*, 2005).

A associação entre exposição à violência e problemas de saúde mental na infância e/ou adolescência já foi relatada por vários estudos brasileiros, como os realizados na cidade de Embu-SP, Fortaleza- CE e Barretos- SP (BORDIN *et al.*, 2004; LEITE *et al.*, 2008; PAULA; NASCIMENTO; DUARTE, 2008).

No estudo de Barretos-SP, adolescentes expostos à violência intrafamiliar e urbana apresentaram duas vezes mais problemas de saúde mental do que os não expostos. Além disso, os adolescentes expostos à violência familiar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar problemas de saúde mental, que os expostos à violência urbana, indicando a importância das relações familiares saudáveis para o adequado desenvolvimento do indivíduo (PAULA; NASCIMENTO; DUARTE, 2008).

Na presente pesquisa foi verificado que a violência intrafamiliar contra a criança esteve presente em todas as classes. Outras pesquisas apresentaram resultados diferentes. Estudo realizado no ano de 2004 revelou que as crianças que nunca haviam sofrido violência física e castigos eram de escolas com menor poder aquisitivo (WEBER *et al.*, 2004).

As condições de pobreza material em que vivem as famílias deste estudo proporcionam experiências de vida de pouca ou nenhuma dignidade, esperança e capacidade de resistência. A vida “nervosa”, de poucas experiências humanas válidas, solidárias, empobrece a mente e os vínculos afetivos, o que também fortalece a cultura de violência no ambiente familiar.

Embora o problema da violência seja complexo, assim como atuar na sua resolutividade, é de fundamental importância dar visibilidade ao fenômeno. Algumas medidas são

propostas para reduzir sua invisibilidade, como a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, principalmente da Estratégia Saúde da Família, para que sejam capazes de reconhecer e abordar a violência durante o atendimento à criança na unidade de saúde ou na visita domiciliar. É necessário acolhimento com escuta qualificada, reconhecer as situações de risco e vulnerabilidade em que a criança e a família vivem, para articular com toda a rede de apoio e proteção à criança existente no território e no município e garantir os direitos da criança enquanto sujeito.

Recomenda-se, portanto, maior investimento na atenção primária, organização da rede de enfrentamento à violência contra a criança, assim como na educação permanente para os profissionais de saúde.

Ressalta-se, como reflexão, um dos aspectos peculiares da pesquisa com violência intrafamiliar, envolvendo a possibilidade da entrevistada omitir a ocorrência de determinadas formas de punição física, principalmente as graves, com receio da comunicação do fato ao Conselho Tutelar ou por considerar o assunto privativo e restrito ao ambiente familiar. Também é preciso reconhecer algumas limitações do presente estudo, como a impossibilidade de generalizar os resultados para outras faixas etárias, famílias não cobertas pela Estratégia Saúde da Família e populações das demais regiões do país.

Para aumentar a probabilidade de obtenção de respostas verdadeiras, as entrevistadoras fizeram seu papel de forma neutra, clara, oferecendo informações sobre serviços locais para famílias em dificuldades. Outra questão importante para minimização de viés foi à realização das entrevistas na

UBASE, ao invés do domicílio, pois poderia ser ouvida por membros da família.

Considerando que os dados deste estudo se referem a uma amostra restrita à população do bairro estudado, sugere-se que sejam realizadas pesquisas em outros bairros de Fortaleza para determinar a prevalência da violência intrafamiliar contra a criança, com amostra que viabilize generalizações acerca da prevalência do fenômeno no município, e que sejam utilizadas abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas para maior aprofundamento do objeto em estudo.

Considerações finais

Os resultados deste estudo revelaram elevadas taxas de violência física intrafamiliar contra crianças de zero a 12 anos incompletos, pertencentes às famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em bairro de baixa renda de Fortaleza-Ceará com altos índices de violência urbana.

Os achados encontrados implicam em perceber a necessidade emergencial de implementação de políticas públicas para crianças e familiares que vivem expostas a diversas situações de violência que impedem o seu desenvolvimento saudável.

A violência física intrafamiliar contra crianças cometidas por pais/responsáveis entre a clientela da Estratégia Saúde da Família é prevalente na comunidade estudada. Tal fato sugere a necessidade de desenvolver mecanismos apropriados à identificação precoce das crianças vitimizadas e de favorecer a implantação de intervenções familiares baseadas em evidência nos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, ressaltando a importância de adaptar essas intervenções à realidade local.

Agradecimentos

À Universidade Federal do Ceará; à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP); à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza por meio do Sistema Municipal Saúde Escola e do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional II/ Unidade Básica Saúde da Família Aida Santos (especialmente aos Agentes Comunitários de Saúde); ao Conselho de Saúde local da Unidade Básica de Saúde; às entrevistadoras Arisa Nara Saldanha de Almeida e Janilce Rodrigues; às famílias que integraram essa pesquisa.

Agência Financiadora

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) contribuiu com apoio a bolsa das duas entrevistadoras e material de consumo.

Pesquisa realizada como produto da dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva, concluído no ano de 2009 do curso de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Realizada em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fortaleza. Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), Edital PPSUS/2006, processo nº 044/07.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Simone Gonçalves de *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

BAZON, Marina Rezende. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2008; 24 (2): 323-32.

BENVEGNÚ, Luís Antônio *et al.* Work and behavioural problems in children and adolescents. **Int J Epidemiol.** 2005; 34 (6): 1417- 24.

BORDIN, Isabel Altenfelder S; PAULA, Cristiane Silvestre; NASCIMENTO, Rosimeire do; ABREU, Susane R., DUARTE, Cristiane Seixas. **Estudo Brasileiro de violência doméstica contra a criança e o adolescente.** São Paulo: Fapesp, 2004.

_____.; _____.; _____. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. **Bull World Health Organ.** 2009; 87(5): 336-44.

PAULA, Cristiane Silvestre; NASCIMENTO, Rosimeire do; DUARTE, Cristiane Seixas. Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida. **Rev. Bras Psiquiatr.** 2006; 28(4): 290-96.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília; 1996.

DAVOLI, Adriana *et al.* Prevalência de violência física relatada contra criança em uma população de ambulatório pediátrico. **Cad. Saúde Pública.** 1994; 10 (1): 92-8.

FALEIROS, Vicente P. Redes de exploração e abuso sexual e redes de proteção. *In: Congresso Nacional de Assistentes Sociais*; 1998; Brasília. **Anais...** Brasília; 1998. p. 9.

FERREIRA, Ana L.; SCHRAMM, Fermin R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p.659-665, 2000.

FIGUEIREDO, B. *et al.* History of childhood abuse in portuguese parents. **Child Abuse Negl.** 2004; 28 (6): 671-84.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro; 2001.

FLITCRAFT, A. **Physicans and domestic violence: challenges for prevention**. Rio de Janeiro: Health Affairs; 1993.

LOBATO, Geórgia Rosa; MORAES, Claudia Leite and NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, R. J., v. 28, n. 9, p. 1749-1758. set, 2012.

MINAYO, Maria Cecília S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol., no.2, Recife, mai/ago., 2001.

_____. A violência social sob perspectiva da saúde pública. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 10 (supplement 1), p. 07-18, 1994.

NÚCLEO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Banco de dados do período de janeiro de 2006 a fevereiro de 2008**. Fortaleza: 2008.

LEITE, A. *et al.* Violência doméstica e saúde mental materna. Relação com a desnutrição de crianças no nordeste do Brasil. I Simpósio Internacional de Violência e Saúde Mental. O Impacto da Violência na Saúde Mental da População Brasileira: **Resumos**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2008.

LISBOA, Carolina Saraiva de Macedo; Koller, Sílvia Helena. Questões de ética na pesquisa com crianças e adolescentes. **Aletheia**. v. 11, p. 59-70, 2000.

PAULA, Cristiane S. *et al.* Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 42, n. 3, p. 524-528. Epub Apr 25, 2008. ISSN 0034-8910.

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

RAMOS, Martha Lucia Cabrera Ortiz; SILVA, Ana Lúcia da. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. **Saúde Soc. São Paulo.** v. 20, n.1, p.136-146, 2011.

RIBEIRO, F. **Bairros Periféricos da RMP são redutos da criminalidade.** Diário do Nordeste. 20 out 2008.

STRAUS, Murray A. *et al.* Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. **Child Abuse Negl.** v.22, n.4, abr., p.249-70, 1998.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento e Orçamento. **Índice de desenvolvimento humano do município-IDH-M.** Fortaleza, 2007.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Célula da Vigilância Epidemiológica- CEVEPI.** Fortaleza, 2014.

WEBER, Lidia Natalia D. *et al.* Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. **Psico-USF.** v. 7, n. 2, p. 163-73, 2002.

_____.; VIEZZER, Ana Paula; Brandenburg, Olivia Justen. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Est. Psicol. (UFRN)**, v. 9, n. 2, p. 227- 237, 2004.

5 A VIOLÊNCIA DAS CUIDADORAS DE CRIANÇAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM REFLEXO DA CONVIVÊNCIA DIÁRIA COM O ADOECIMENTO

Yzy Maria Rabelo Câmara
Yls Rabelo Câmara
Adriana Melo de Farias
João Joaquim Freitas do Amaral

Um breve panorama sobre o sofrimento psíquico e a violência

Abordar o sofrimento psíquico é fazer referência a um processo essencialmente ontológico. O mal-estar emocional, de acordo com Dantas e Tobler (2003) e Souza (2009), afeta o ser humano enquanto fenômeno psicológico de natureza universal e estruturante, ao mesmo tempo em que se mostra singular e intransferível. Para Dantas e Tobler (2003, p. 7), “O sofrimento advém, sobretudo, quando não se tem os meios para agir sobre as causas e diante das quais a fuga é impossível”. Segundo estes autores, por meio da percepção e vivência da dor, há um processo de humanização do indivíduo que se estabelece pelo reconhecimento de sua fragilidade existencial.

Conforme Lyra *et al.* (2009), o sofrimento psíquico é causador de dores anímicas não especificadas e multiface-

tadas, constituindo um conjunto de afetações psicológicas singulares que interferem diretamente na qualidade de vida pessoal, familiar e comunitária, assim como nas esferas acadêmica e laboral, de modo temporário ou permanente não apenas para quem é portador do mesmo, mas chega a afetar indiretamente as pessoas que convivem com o sujeito adoecido, o que é ratificado por Pinheiro, Aguiar e Mendes (2008):

Trata-se, então, da tomada do sofrimento psíquico em geral como critério dos cuidados clínicos, ou seja, o objeto clínico não é exclusivamente a patologia, mas qualquer sofrimento psíquico [...]. Esse agrupamento polimorfo do sofrimento psíquico está estreitamente relacionado à ideia de limitações das vivências pessoais. (PINHEIRO; AGUIAR; MENDES, 2008, p. 300).

Em um sentido mais amplo, Câmara (2011a) afirma que o padecimento emocional reflete toda e qualquer expressão latente ou patente de infelicidade existencial sem necessariamente assumir caráter patológico, onde passa a haver o embate entre a perene sensação de incompletude, de finitude e de impotência e mais que isso, o afã de evitá-lo enquanto fenômeno ontológico.

Fazendo referência à compreensão do conceito de violência, este se refere a um modo de agir de maneira cruel, com emprego de força física, psicológica ou moral, que pode ser sutil ou manifesta e que submete o sujeito a algo contra

sua volição. Devido a sua natureza invasiva e hostil, traz consigo a reprodução de grande impacto deletério para quem a vivencia.

A violência de cuidadores contra suas crianças portadoras de sofrimento psíquico é sentida em incontáveis maneiras, em concordância com Câmara (2011b) desde as mais tênues (como a não escuta ativa sobre a ideia que o infante tem e faz de si mesmo e sua afetação psíquica, a negligência parental, a vivência de relacionamento familiar malsoante e emocionalmente devastador) às mais patentes, como a agressão física e, inclusive, a sexual.

Nesta perspectiva, buscamos evidenciar, neste capítulo, as formas de opressão que os cuidadores impõem às crianças portadoras de sofrimento psíquico e como o adoecimento das mesmas é um agente agressor direto ou indireto para quem delas cuida. Câmara (2011a, p. 39) defende que “A afetação indireta surge quando o sujeito potencializa preocupação, ansiedade, raiva, culpa, tristeza consigo, em familiares e em amigos mais próximos”.

O caminho percorrido para a efetivação desta pesquisa foi derivada dos estudos da dissertação *Percepção, vivência e enfrentamento de crianças usuárias de CAPS infantil*. Para tanto, foi desenvolvido um trabalho de campo por um período de seis meses, com dez colaboradores com idades entre sete e onze anos e suas respectivas responsáveis, na instituição municipal CAPSi Maria Ileuda Verçosa que, segundo Fortaleza (2010), acolhe a população infanto-juvenil demandante de serviços especializados em saúde mental de sessenta e sete bairros da capital cearense.

Tendo em vista o discernimento do discurso adulto sobre suas vivências cotidianas com o adoecimento psíquico infanto-juvenil, definiu-se que os sujeitos seriam as responsáveis pelas crianças assistidas institucionalmente a partir da colaboração com o processo de coleta de dados e do conhecimento pleno dos objetivos, da justificativa e da metodologia proposta. O critério de inclusão relacionou-se com a aceitação voluntária de cada uma em cooperar com todo o processo de entrevista, sem qualquer tipo de interrupções ou intercorrências e da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os instrumentos utilizados foram diários de campo e entrevista semiestruturada que, segundo Nelson (2000) e Minayo (2000), seguiram um roteiro simplificado, objetivando, de acordo com Câmara (2001b, p. 66), “[...] o registro de experiências, emoções, silêncios eloquentes, expressões faciais e sentimentos”. O método de análise foi o gênero de entrevistas narrativas. De acordo com Botelho *et al.* (2008), Cavalcante (2001) e Jovchelovitch e Bauer (2003), através do mesmo é possível compreender fragmentos dos modos de subjetivação pelo relato de vivências que perpassam experiências aprazíveis e gratificantes ou essencialmente dolorosas (tanto da percepção individual quanto do ponto de vista sociocultural), a partir do estímulo ao discurso gerador de articulação entre reminiscências vividas e resignificações de realidades atuais e futuras.

Por ter se tratado de uma investigação com seres humanos, foram seguidos os preceitos estabelecidos pelas Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº

196/96 (BRASIL, 1996), onde o projeto que resultou neste texto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC). Outrossim, tivemos o devido cuidado de preservar os sujeitos de situações que pudessem gerar constrangimento de qualquer natureza (religiosa, sexual, de gênero e cultural).

Formas de violência das cuidadoras contra crianças portadoras de sofrimento psíquico

Inserido em uma família que idealmente deve ser a base emocional e material do sujeito, o neonato pode não encontrar um suporte salutar o bastante que facilite os processos de construção dos seus modos de subjetivação (em especial, no instante em que se encontra plena ou parcialmente vulnerável e dependente do meio que o cerca). Muitas vezes o bebê acaba inserido em um ambiente privado permissivo e negligente, afetivamente embotado ou repressor, que interfere diretamente no seu amadurecimento emocional e no desenvolvimento saudável das etapas subsequentes do seu ciclo vital.

A autoridade parental na demarcação de fronteiras entre o que é socialmente aceito ou não é geradora de estabilidade psíquica e a ausência da imposição de limites, de sua importância ou a própria desestrutura familiar promove uma grande falha estrutural para o ser em desenvolvimento, como demonstra Mannoni (1980), visto que ao lidar com restrições na mais tenra idade, o sujeito entra em contato com a realidade e cria arcabouços ideais para suportá-la.

Percebeu-se que entre os inúmeros sentimentos de vivência e elaboração do luto simbólico por se ter um filho psicologicamente comprometido, a colocação de regras para portadores de sofrimento psíquico muitas vezes fica comprometida por diversos sentimentos parentais (culpa, raiva, vergonha, piedade, medo de lidar com as limitações provenientes das crises e desamor de um dos cônjuges na relação marital e/ ou filial), provocando uma compensação do outro consorte em permitir as realizações dos desejos das crianças. Algumas colocações de Câmara (2011b, pp. 91-95) nos dão a exata medida do que supra expomos:

A mãe tem dificuldades de impor limites e de frustrá-lo, “especialmente depois que eu soube do resultado” (sic¹). [...] “Sinto como uma barreira, não consigo impor limites” (sic). Diz não saber por que a criança fica descontrolada. A mãe diz que ele tem dificuldades de falar o que se sente. (Fragmento da evolução de prontuário da médica psiquiatra da criança da Cuidadora 05)

A mãe relata que o pai não aceita que ele tenha este comportamento e não dá limites para o filho,

1 A (sic), ao longo deste trabalho, alude à expressão *segundo informação do cliente*, amplamente empregada pelos profissionais da área da saúde por pertencer ao seu campo semântico; não confunde-se, destarte, com a abreviação latina (*sic*), abreviação sempre posposta e que quer dizer que por mais esdrúxula que uma palavra ou expressão possa parecer na citação antecedente, é exatamente assim que a mesma está escrita no texto original. Para este caso, a fim de evitar possíveis mal-entendidos, as palavras ou expressões que possam soar dissonantes ao leitor, virão sempre entre aspas, à guisa da abreviação (*sic*) latina.

fazendo todas as vontades dele: “Meu pai faz tudo o que eu quero” (sic). A mãe demonstra também que não coloca limites para o filho, fazendo todas as vontades dele. Brincadeiras prediletas: correr, pular, gritar, lutar. Dificuldade na atenção e concentração. Bom nível perceptivo. (Fragmento da evolução de prontuário da terapeuta ocupacional da criança da Cuidadora 06)

A mãe refere que tenta impor limites; contudo, o pai age erroneamente, fazendo tudo o que ele quer para o filho não fazer escândalo. (Fragmento da evolução de prontuário da médica psiquiatra da criança da Cuidadora 06)

A partir do processo de escuta dos discursos foi possível também perceber o forte entristecimento que estas relações conturbadas causam e, mesmo com os desfechos dos casamentos, como seus reflexos são sentidos pelas crianças:

A gente vivia com muita confusão em casa. Era terrível. Muita briga, mas mesmo assim [...] queria o pai em casa. A separação aconteceu há mais ou menos quatro meses e depois disso passamos a viver um clima de paz. O pai estava sempre ausente. Nos momentos que ele mais queria o pai, [ele] não estava. (Cuidadora 09)

Fico muito triste quando vejo meu filho dizendo: “A coisa que eu mais quero é ter uma família feliz. Eu fico muito triste com meu pai fora de casa, com aquela mulher. Eu quero muito que ele volte para mim, que ele volte para casa [...]” (sic). Ele queria tanto ter uma família feliz! Eu entendo, mas digo para ele: “Meu filho, você tem que aceitar a realidade como ela é” (sic), mas ele não aceita o divórcio de jeito nenhum; mesmo sofrendo com as confusões na presença do pai, mas ele queria assim. (Cuidadora 09)

Ele sempre foi louco pelo pai. Aí houve a traição. Desde quando eu me separei do pai dele, ele nunca mais foi o mesmo. Na época ele tinha quatro anos. Chegou até a ter febre emocional. Eu acho tudo muito complicado porque ele é doido pelo pai dele. Toda vez que se abala, meu filho acaba tendo febre emocional e eu sofro muito com isso. Ele simplesmente não suporta saber que o pai não mora mais em casa, que tem outra família. (Cuidadora 01)

Eu acho que a doença dela foi o abandono da mãe, que mexeu muito com ela. Piorou mesmo quando a [...] (irmã mais nova) veio morar com a gente. Aí a [...] passou a bater muito na S. A mãe da C. acabou arranjando um namorado e desde 2003 mora no Piauí com ele e deixou as meninas comigo; e eu já sou velha para ainda estar cuidando de criança. “Me sinto” cansada. (Cuidadora 04)

A não escuta ativa sobre o que a criança tem a falar acerca de si e sua afetação psíquica

O conceito de infância não é presente em toda a História da humanidade, segundo aponta Ariès (1981). Dois marcos fundamentais situaram a condição do infante na Era Moderna: o advento dos ideais libertários iluministas e a sedimentação da cristianização dos costumes. A partir de então, este sujeito, distinto da lógica adultocêntrica hegemônica até o Medievo, é considerado pela primeira vez como um ser provido de alma e de inocência. Saindo da mais completa invisibilidade e exclusão sociofamiliar, a criança assume no seu núcleo primário uma nova condição nunca antes vivenciada: a de tornar-se um membro digno de proteção e de afeto e que, para perpetuação deste novo olhar, fazia-se necessária a adoção de regras sociais da cristianização dos costumes impostas parentalmente e pela disciplinarização da escola.

A contemporaneidade possibilitou, gradativamente, um movimento disparador da nova condição social do infante, derivado das novas configurações familiares, da mudança de

conceitos coletivos e individuais advindos do pós-guerra e do acesso facilitado à informação. Para Müller (2006), o somatório destes fatores permitiu que pela primeira vez a criança passasse a ter espaço e estímulo para a expressão de suas demandas e a construção de sua cultura a partir de vivências subjetivas.

Até mais da metade do século XX, segundo Solon (2008), as demandas e os desejos pueris eram manifestados pelo adulto, excluindo do ser em desenvolvimento o discurso sobre suas construções intrapessoais, suas descobertas, seus sentimentos e seus dissabores. À criança ficava restrito o espaço do silêncio e da submissão ao discurso e à decisão adulta sobre sua vida, o que *per se* representa um ato hostil, pois, de acordo com Alderson (2005), esta é quem melhor pode falar sobre si, pois é nela que as vivências e as demandas são sentidas e onde seu discurso deve ter validade e importância.

A violência, para Lyra *et al.* (2009), é sentida quando os próprios cuidadores não percebem as mudanças comportamentais infantis como adoecimentos, mas como más condutas da criança. Desta forma, por meio de más interpretações e crenças distorcidas, a criança passa a ser vista como estranha, preguiçosa, tímida, rebelde, agressiva e inquieta e não como um ser em franco sofrimento emocional. O discurso de uma das entrevistadas ilustra este caso:

Ela “tá” vindo para cá já faz um tempo, mas eu não “tô” vendo melhora não. Ela é muito inquieta, “fútrica”, não fica quieta, mexe em tudo, se trepa nas cadeiras. É o tempo todo bulindo em tudo. É assim desde muito pequenininha.

A negação do discurso infantil implica em uma agressão sutil dos adultos (em geral representados pela família), que priva a criança da expressão e tessitura de sua subjetividade, tolhendo-lhe a autonomia e a afirmação de si mesma, negando-lhe o reconhecimento de ser protagonista de sua própria história. As consequências deste abuso latente na vida do sujeito podem ser manifestadas de variadas formas como, por exemplo: passividade, intolerância à frustração, agressividade e baixa autoestima.

Relacionamento familiar insalubre como reflexo de violência para a criança portadora de sofrimento psíquico

Winnicott (1997) centrou sua teoria na preocupação com a manutenção da saúde emocional de um sujeito a partir da mãe (família) e do ambiente salutar e facilitador. Para ele, o neonato é plenamente dependente do meio que o cerca e é vulnerável o bastante para ter sozinho as condições que lhe permitam a sobrevivência. Necessita, portanto, de um suporte de cuidados básicos que supram suas necessidades. Winnicott (1994) definiu este sujeito capaz de prover todo o aporte de cuidados e atenção ao bebê de “mãe suficientemente boa”. Esta denominação conceitual não representa necessariamente a genitora, mas o sujeito que devota cuidado e responsabilidade para com tal ser em desenvolvimento.

Segundo Winnicott (1994), a mãe suficientemente boa é o adulto que estabelece uma relação de maternagem com o recém-nascido baseada na presença, continuidade e consistência suficientes, a ponto de se identificar plenamente com as demandas do bebê para poder supri-las. Esta

mãe suficientemente boa não é, em absoluto, infalível. Pelo contrário: gradativamente vai abandonando a identificação primária das necessidades do filho e gerando nele uma frustração estruturante e salutar a partir das próprias vivências e do contato deste com a realidade, possibilitando-lhe o desenvolvimento de sua capacidade inata para a integração e para a autonomia. Para Winnicott (1997), além do suporte de cuidados supra mencionados, existe igualmente a necessidade do estabelecimento de condições ambientais adequadas para que o bebê tenda ao processo de integração do seu *self*:

Inserido em um ambiente favorável, estimulante e salutar, o bebê será cercado de cuidados que suprirão suas demandas internas e singulares. Todavia, esse crescimento natural não se constata na ausência de condições suficientemente boas, e nossa dificuldade consiste, em parte, em estabelecer quais são estas condições [...]. (WINNICOTT, 1997, p.5)

Por vezes o neonato pode não ter as estruturas mencionadas e acabará passando privação temporal ou permanente de qualquer ordem, impactando de modo deletério em sua estrutura psíquica futura, conforme asseguram Böing e Crepaldi (2004). De acordo com Winnicott (1997), o mal-estar anímico (que pode resultar até em transtorno mental) pode surgir ainda na mais tenra infância. A presença de mãe negligente ou protetora em demasia, incapaz de estabelecer limites, assim como o estar inserido em um ambiente familiar

afetivamente embotado, indiferente, permissivo ou mesmo violento, catalisam uma falta de amadurecimento emocional que favorece o surgimento de patologias: “Os transtornos emocionais têm sido associados a fatores como exposição precoce a ambientes incontroláveis, acúmulo de eventos de vida adversos e ter um genitor com transtorno [...]” (FERIOLLI *et al.*, 2007, p. 137).

Segundo Winnicott (1997), da dependência absoluta ao nascer, o sujeito traz consigo uma tendência inata ao crescimento, estabelecimento do *self* e integração da personalidade. Mas para que essa tendência natural ocorra sem intercorrências, promovendo um desenvolvimento efetivo, é necessário que o bebê tenha suportes necessários de uma mãe suficientemente boa e um ambiente salutar que o auxiliem a atravessar seu período de maior vulnerabilidade e dependência.

A vivência do sofrimento psíquico de crianças experimentadas como violência para suas cuidadoras

Após o discurso a respeito da violência das cuidadoras sobre suas crianças portadoras de padecimento psicológico, observa-se ainda outro ângulo da mesma problemática: a vivência cotidiana do sofrimento psíquico de uma criança e os impactos por ele gerados nas mesmas.

O surgimento do sofrimento psíquico no infante é por natureza impactante, uma vez que no imaginário coletivo a criança é representada como um ser essencialmente ativo, espontâneo e criativo. Para Lyra *et al.* (2009), quando são percebidas mudanças como isolamento social, auto e he-

teroagressividade imotivada, baixa autoestima, desempenho escolar insatisfatório, medos, tristezas e ansiedades, estas trazem um novo contorno para a família, que é, em geral, o primeiro núcleo a notar tais transformações comportamentais.

A doença, quando surge no seio familiar, promove uma quebra na homeostase anteriormente existente e, de acordo com Milanesi *et al.* (2006), com a vivência diária do adoecimento por um de seus membros, o desgaste nas relações afetivas torna-se inevitável e plural. Se a cronicidade acontecer com a criança, o impacto sobre a família tenderá a ser maior, pois socialmente é desejado que o bebê torne-se um cidadão que venha a cuidar dos próprios pais na velhice. Conforme Bock, Furtado e Teixeira (2000), a infância demanda naturalmente muito suporte emocional do cuidador para com a criança, por ser esta a fase mais fortemente marcada pelas descobertas e por ser a base da formação da personalidade do indivíduo. Assim, a patologia crônica em tão tenra idade proporciona um impacto intenso e danos imprevisíveis para a formação do ser em estágio inicial de desenvolvimento e para a relação interpessoal deste com seu cuidador.

De acordo com Soares *et al.* (2005), o sofrimento psíquico interfere diretamente tanto no estado emocional dos portadores como também das pessoas que com eles convivem (em especial, os responsáveis, por estarem expostos às vivências constantes de estresse, frustração e limitações diversas). De acordo com Böing e Crepaldi (2004), o cuidador é a pessoa que vai estar sintonizada com o sujeito adoecido, percebendo-o e provendo-o em suas necessidades fisiológicas, afetivas e sociais. Câmara (2011b) sustenta que vários são os sentimentos vivenciados pelos familiares que condu-

zem seus filhos para serviços especializados de saúde e que permeiam o imaginário parental: receio do estigma social, vergonha, ansiedades, angústias e impotência:

Eu sofro muito com a doença do meu filho. Ver que ele é tão diferente dos outros meninos, com tanta dificuldade de aprendizado. Já é a segunda vez que ele repete “de” ano. Ele fica se sentindo tão mal e eu fico triste de ver meu filho assim. (Cuidadora 07)

Para Torralba (2007), o sofrimento é um marco divisor na vida do sujeito afetado: há um antes e um depois do acontecimento. Estar em uma sociedade que na maioria das vezes exclui a diversidade, padecer de um sofrimento de ordem psíquica é fator gerador de dor e sentimento de não pertença. Silva, Stefanelli e Hoga (2004) comentam que o portador de comprometimento psíquico é percebido de modo diferenciado em seu meio familiar e social e tende a se sentir discriminado. Tal vivência discriminada afeta diretamente o sujeito de modo amplo, interferindo negativamente nas suas relações familiares e sociais, principalmente com seus cuidadores.

Em todas as entrevistas, o reconhecimento de que algo no comportamento de suas crianças não era comum ao esperado provocou sentimentos de piedade, revolta, tristeza, fardo pesado e/ ou retraimento nas cuidadoras, afetando diretamente a relação delas com as crianças em questão, com o meio e consigo mesmas:

Ele fica muito em casa. Não tem muitos amigos porque não gosta mesmo. Eu não acho isso normal. Quando eu era menina era diferente. Eu tenho muita pena dele, de não estar aproveitando a infância brincando de bola, de carrinho, de arraia com outros meninos. Fica escondido atrás da televisão. (Cuidadora 08)

Eu sinto muita tristeza em ver meu filho muitas vezes discriminado, tratado como doido pelos outros. Eu sei que ele tem um comportamento muito diferente das outras crianças; é explosivo e inquieto muitas vezes. Mas, mesmo assim, eu fico triste porque eu queria que ele fosse como as outras crianças. Logo com ele, “que foi tão difícil de eu engravidar”! E eu? Que sempre quis um bebê... (Cuidadora 06)

Tem vezes que eu vejo que ele se sente excluído, a pior pessoa. Ele já chegou a dizer que queria morrer. Eu me inquieto com isso. Não sei se fala para me assustar ou se é verdade mesmo e isso me acaba. (Cuidadora 06)

Às vezes eu me sinto desabar. [...] Isso mexe muito comigo. Eu me sinto muito mal em ser chamada

a atenção pelos nomes feios que ele diz na escola. É terrível. Mas o que mais preocupa e incomoda em meu filho é quando ele fica triste, calado e isolado em uma rede. (Cuidadora 09)

É um peso muito grande porque eu já não sou tão nova e não tenho a energia que eu já tive. Fazer o quê? Não vou deixar meu filho sozinho, já basta o pai dele, que foi embora. (Cuidadora 01)

Não vou mentir, mas, às vezes, eu tenho muito medo do meu filho. Eu sei que ele é uma criança, mas ele tem força de gente grande quando “tá” com raiva ou quando as vozes ficam “aperreando ele”. Ele está bem e, de repente, se sente ameaçado e parte pra cima dos outros. Ele fica muito violento quando as coisas que ele quer não podem ser feitas ou com as vozes. Eu tenho é medo, porque quando ele agride fica como cego e depois para e fica só olhando quem foi machucado. (Cuidadora 05)

A mudança comportamental das crianças e a instabilidade, marcadas muitas vezes pela agressividade, estão presente nas narrativas de algumas mães e ilustram as dificuldades de relacionamento familiar, escolar e social de seus filhos:

Ele é muito agressivo quando está com raiva: bate na parede, dá pancada, dá murro. (Cuidadora 01)

Meu filho, quando está bem, é uma criança muito carinhosa. Do nada ele muda o comportamento e fica querendo bater, fica agressivo e brigando sem motivo. Mas ele só agride quem faz raiva a ele. (Cuidadora 09)

O comportamento do meu filho que acabou chamando a atenção de todos foi quando foi um dia para o colégio e começou a empurrar e a bater do nada. A professora disse que não entendeu o comportamento porque os colegas não estavam agredindo. Depois meu filho começou a chorar. (Cuidadora 05)

Pra mim é horrível ver meu filho superviolento com os de casa e os meninos da escola e ver que ele também é agredido por isso. É muito doloroso para mim. (Cuidadora 05)

Algumas narrativas foram marcadas pela percepção de comportamentos socialmente não aceitos como os desviantes e o furto. Tais narrativas tinham como sentimentos predominantes a vergonha e o constrangimento diante destes

comportamentos das crianças, geradores de estigmas. Tanto o comportamento desviante quanto o furto são estratégias encontradas por algumas crianças para conseguirem obter atenção e carinho da família e/ ou de terceiros, de possuir o que é inviável ou proibido:

O que me fez procurar ajuda mesmo foi quando um dia, na escola, a professora combinou com os coleguinhas que ninguém iria dar atenção para [...]. Aí, quando ele chegou na sala, ninguém conversou com ele e nem deu atenção. [...] tirou a roupa e ficou nu na frente de todo mundo. Quando soube disso, fiquei nervosa, me desesperei porque achei realmente que ele estava muito mal e procurei ajuda. (Cuidadora 06)

Eu comecei a notar que ela tinha coisas que não eram dela, tipo coisas de colégio e brinquedos. Nunca aceitei. Ficava perguntando de onde ela tinha tirado, onde tinha conseguido e ela me devolvia. Já tive de ver várias coisas que ela pegou e quebrou. Não usou. Só pelo prazer de pegar, destruir e depois jogar fora. (Cuidadora 10)

Por fim, a experiência de ter um filho acometido de algum sofrimento psíquico quebra com a fantasia parental da geração de um ser que tenderá naturalmente ao desenvolvi-

mento e à autonomia sem (maiores) intercorrências. Ao mesmo tempo em que a doença se manifesta como uma agressão para seu portador, os limites de contato à dor tornam-se igualmente permeáveis para quem deste sujeito cuidar.

Considerações finais

É socialmente esperado que a família seja o grande aporte emocional e material para o sujeito, em especial quando o mesmo está na fase inicial do processo de desenvolvimento. Contudo, nem sempre tal suporte é presente e, neste caso, um apoio egóico frágil, insatisfatório ou mesmo patológico na mais tenra idade promove comportamentos não amadurecidos que se farão notados como baixa autoestima, baixa assertividade ou a falta dela, estranhamento, isolamento, agressividade e inquietação, entre outros. A criança pertencente a um núcleo familiar e social permeado de relações emocionalmente instáveis e privadoras de afeto tenderá a desenvolver um sentimento de não pertença.

Da mesma forma, tanto os cuidadores podem usar de violência ao lidar com suas crianças, causando-lhes efeitos negativos, como podem igualmente ser submetidos à violência extrema da vivência diária com as patologias e cronicidades de seus filhos. Compreender a dor de quem convive com sujeito portador de sofrimento psíquico e possibilitar a exposição desta vivência através do discurso, de comunicação não verbal ou de técnicas projetivas várias, possibilitam a resignificação de uma realidade por demais sofrida. Conforme Câmara (2011b, p. 104):

O desafio de compreender o sofrimento psíquico pela ótica da singularidade do portador em relação ao modo de enfrentamento dessa realidade possibilitou à pesquisadora a imersão de micro-saberes na tão vascularizada teia de discursos sobre doença/ saúde mental.

A importância deste trabalho diz respeito também à tentativa de compreender a singularidade da vivência do indivíduo cuidador de criança que sofre de acometimento psíquico. Neste sentido, verificar as formas de violência promotoras ou causadas pelo surgimento do sofrimento psíquico em um membro da família é relevante para a criação de estratégias psicoeducativas de promoção da saúde mental, facilitando a qualidade do suporte familiar e paliando os efeitos deletérios aos sujeitos impactados, como pode ser mais uma referência futura para novos estudos que tenham como foco principal o conhecimento sobre as tessituras de subjetividade da vivência em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALDERSON, Priscilla. As crianças como pesquisadoras: os efeitos dos direitos de participação sobre a metodologia de pesquisa. **Educ. Soc.**, v. 26, n. 91, 2005.

ARIÈS, Philippe. **História social da infância e da família**. São Paulo: Editora LTC, 1981.

BOCK, Ana Mercês M.; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. São Paulo: Atlas, 2000.

BÖING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Est. Psicol.**, v. 21, n. 3, p. 211-226, 2004.

BOTELHO, Adriana Pedreira. Meninos de rua: desafiados em busca de saúde mental. **Psicol. Est.**, v.13, n.2, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**: resolução nº196/96. Brasília, 1996.

CÂMARA, Zzy Maria Rabelo. Sofrimento psíquico: um mal-estar ontológico. In: SOUSA, Luiz Antônio Pereira de (Org.). **Unidade em Revista** – Temas transversais da saúde mental. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011a.

_____. **Percepção, vivência e enfrentamento do sofrimento psíquico em crianças usuárias de CAPS infantil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011b.

CAVALCANTE, Fátima. Família, subjetividade e linguagem: gramáticas da criança “anormal”. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 125-137, 2001.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Sofrimento psíquico em policiais civis: uma questão de gênero. **Agência Fiocruz de Notícias**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:<www.fiocruz.br/ccs>. Acesso em: 14 jun. 2011.

DANTAS, M. A.; TOBLER, V. L. **O sofrimento psicológico é a pedra angular sobre a qual repousa a cultura de consumo**. In: CONGRESSO DA ABRAPSO, 2003, Porto Alegre. Artigo apresentado no... Porto Alegre, 2003. Disponível em: <www.psicologia.com>. Acesso em: 18 fev. 2011.

FERRIOLLI, Silvia Helena Tortul; MARTURANO, Edna Maria; PUNTEL, Ludmila Palucci. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 251-259, 2007.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Relatório da Secretaria Executiva Regional IV**. Fortaleza, 2010. Disponível em:< www.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 11 abr. 2011.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

LYRA, Gabriela Franco Dias *et al.* A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, 2009.

MANNONI, Maud. **A criança, sua “doença” e os outros**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

MILANESI, Karina *et al.* Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n. 6, p. 769-774, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MÜLLER, Fernanda. Infâncias nas vozes das crianças: culturas infantis, trabalho e resistência. **Educ. Soc.**, v. 27, n. 95, p. 553-573, 2006.

NELSON, Katherine. Narrative, time and the emergence of the encultures self. **Culture & Psych**, v. 6, n. 2, p. 183-196, 2000. Disponível em: <<http://cap.sagepub.com/content/6/2/183.abstract>>. Acesso em: 14 jun. 2010.

PINHEIRO, Clara Virgínia de Queiroz; AGUIAR, Isabella Maria Augusto; MENDES, Layza Castelo Branco. O sofrimento psíquico e as novas modalidades de relação entre o normal e o patológico: uma discussão a partir da perspectiva freudiana sobre o caráter psicopatológico. **Interação Psicol.**, v. 12, n. 2, p. 299-305, 2008.

SILVA, María Concepción.; STEFANELLI, Maguida.; HOGA, Luiza K. En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. **Cienc. Enferm.** v. 10, n. 2, 2004.

SOARES, Ana Helena Rotta *et al.* A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n.3, p. 301-311, 2005.

SOLON, Lilian de Almeida. **Conversando com crianças sobre adoção**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora, 2008.

TORRALBA, F. **Aproximación a la esencia del sufrimiento**. Anales Sis San Navarra, v. 30, supl. 3, 2007.

WINNICOTT, Donald W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1997.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1994.

6 VIOLÊNCIA FÍSICA NO CONTEXTO DE ADOLESCENTES ESCOLARES: ANÁLISE DE ASPECTOS INDIVIDUAIS, SOCIAIS E FAMILIARES

Kátia Costa Savioli
José Gomes Bezerra Filho
Emanuel Moura Gomes
Isabelle Silva Gama
Francismeire Brasileiro Magalhães
Eriza de Oliveira Parente
Kelvia Maria Oliveira Borges

A discussão da violência enquanto fenômeno multifacetado e polissêmico tem se destacado, sobretudo pela alarmante elevação dos indicadores relacionados com o agravo. Também, na literatura científica, é possível observar que há grupos vulneráveis à violência, em nível individual ou coletivo (BRASIL, 2005).

A adolescência constitui um dos grupos cuja vulnerabilidade demanda um olhar especial da sociedade por essa fase ser, *a priori*, um momento de crise para o jovem e por estar passível de reflexos potenciais de construção de uma cultura de violência.

Foi no campo da saúde que os primeiros textos sobre o agravo foram escritos. Além de denunciar a violência contra os adolescentes (KEMPE *et al.*, 1962), auxiliou na instrumentalização da sociedade para melhor entender e enfrentar

a violência como fenômeno (MINAYO, 2007) e apontou a influência negativa dela para o crescimento e desenvolvimento das vítimas (KEMPE *et al.*, 1962).

Em geral, as formas mais identificadas de violência sofrida pelos adolescentes são a negligência e os abusos sexual, físico e/ou psicológico (SCHENKER, CAVALCANTI, 2009). Por sua vez, as sequelas desse fenômeno “(...) dependem da idade da criança ou do adolescente, da frequência com que ocorre, do tipo de abuso, da relação de proximidade que o indivíduo tem com o autor da agressão e das consequências dessa situação na vida” (FERREIRA *et al.*, 2009, p.129).

Se, a princípio, os profissionais da saúde tiveram grande importância em desvelar essa questão; hodiernamente, a evolução das políticas públicas voltadas à atuação em rede e à interdisciplinaridade aponta para a necessidade da saúde ampliar seu escopo de colaboração nesse âmbito.

Assim, percebe-se dois elementos fundamentais para ampliação da discussão sobre tal cenário na atualidade. O primeiro é perceber que o adolescente pode encenar diferentes papéis no panorama da violência nos diversos espaços em que se sociabiliza, ora como vítima, ora como perpetrador de tais atos. O segundo é o processo contemporâneo de crise das instituições, dentre elas, a família e a escola. Diante disso, ocorre uma turvação das funções primárias das instituições relativas à função de abrigar, de proteger, de socializar e de fomentar a cidadania.

A transversalidade dessas questões no contexto social engendra uma potencialização da violência, fato que tende a

pressionar a gestão pública para construir estratégias amplas de enfrentamento, normalmente por meio de programas interministeriais isolados ou da implantação de políticas setoriais. Um exemplo disso é o Programa Saúde na Escola, o qual procura estimular planejamentos integrados entre saúde e educação.

Diante do impacto que a violência acarreta para o campo da saúde, é mister o esforço no sentido de atuação preventiva e detecção precoce do fenômeno. Logo, este estudo busca colaborar com tal debate ao propor a investigação de associações entre fatores comportamentais e familiares com o fenômeno da violência física sofrida e violência física perpetrada envolvendo adolescentes escolares.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo exploratório-descrito e analítico transversal realizado no município de Fortaleza-CE, no período de janeiro a junho de 2012. A população foi composta de adolescentes, de ambos os sexos, matriculados na escola de Ensino Fundamental ou Médio da rede pública do referido município e frequentadores regulares das aulas. Para definir o conceito de adolescente, utilizou-se a classificação de faixas etárias da Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual se estabelece o intervalo de idade de 10 a 19 anos (OPS/OMS, 1985).

Por se tratar de resultados preliminares, os dados foram analisados com base em uma amostra de 186 adolescentes, que representa mais de 50% da amostra calculada sob os parâmetros de nível de confiança a 95%. Para garantir me-

lhor representação da população estudada e permitir maior segurança na análise inferencial, utilizou-se amostragem do tipo probabilística aleatória simples para o sorteio das escolas e dos estudantes, sendo estratificada por faixa etária, sexo e escolaridade. Após estratificação, em cada escola foram sorteados entre 15 e 20 participantes, seis por cada faixa etária, ano a ano.

O formulário de entrevista foi elaborado tendo como referencial teórico o modelo ecológico da violência proposto pela OMS, levando-se em consideração dados demográficos, aspectos individuais do adolescente (permanência na rua, trajetória educacional, ocupação e renda, saúde, episódios de violência física sofrida e violência física perpetrada), características da família e aspectos sociais. A violência física sofrida e a violência física perpetrada foram tomadas como desfechos de interesse para análise.

Os dados foram digitados em planilha Excel e analisados no EPINFO versão 7.1.1.0 *for Windows*. A análise foi realizada utilizando técnicas de estatística descritiva e inferencial, análise estratificada e análise multivariada. Na análise estratificada foi admitida uma significância de 5% para os testes de qui-quadrado e exato de Fisher. Foram calculadas as Razões de Chances (RC) e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%). Para análise multivariada, optou-se pela regressão logística dada a natureza da distribuição dos dados para estimar as RC. Participaram desse processo as variáveis que apresentaram p-valor menor ou igual a 0,25 na associação dos potenciais fatores de risco com os desfechos.

Para realização das entrevistas foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do sujeito

(maiores de 18 anos). Nos casos da participação de menores de idade, o termo foi assinado pelo diretor de cada escola. O TCLE contemplou informações sobre a natureza da pesquisa, seu objetivo, método e benefícios indiretos, obedecendo a procedimentos de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que rege a ética da pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012).

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará- CEP/UFC, com o ofício nº 131/10, e recebeu anuência da Secretaria Municipal de Educação de Fortaleza (SME) e da Secretaria Estadual de Educação do Ceará (SEDUC).

Resultados

A amostra foi composta, na maioria, de adolescentes do sexo masculino (51,1%), na faixa etária de 15 a 19 anos (68%). A idade média correspondeu a 15,5 anos com desvio-padrão (DP) de 2,26 anos. Quanto ao local de residência e à situação de moradia, observou-se que 83,9% dos entrevistados sempre residiram na capital, 76,9% em casa própria e 1,6% estiveram em casa de acolhimento. Em relação à educação, 67,2% dos alunos estavam matriculados em escola estadual e 55,4% cursavam o Ensino Médio. Destaca-se ainda que 28,5% dos estudantes afirmaram trabalhar no momento da entrevista.

Na dimensão familiar, identificou-se que 96,8% possuíam mãe viva, 82,8% moravam com a mãe e 53,2% ficavam sob responsabilidade dela quando criança. Evidenciou-se que 36,0% possuíam algum usuário de drogas ilícitas na família.

Dentre os aspectos comportamentais dos adolescentes, constatou-se que 2,2% fizeram sexo em troca de dinheiro; 32,8% relataram ter tido experiência com algum tipo de droga e 21,5% disseram ainda serem usuários. Cabe salientar que as maiores frequências de uso de drogas lícitas e ilícitas são representadas por álcool (21%) e maconha (5,4%), respectivamente.

Em relação ao fenômeno da violência física: 39,2% disseram ter sido vítima de alguma forma, das quais a maior parte ocorreu na escola (20,4%); em 14,0% dos casos os colegas são os principais agressores nesse espaço; 36,6% disseram ter perpetrado violência física a outrem, sendo o tipo mais mencionado “ferir alguém” (4,8%); os principais instrumentos usados para praticar ato violento foram a “arma branca” (4,8%) e a “arma de fogo” (1,1%).

Na análise bivariada, verificou-se a associação entre o desfecho violência física sofrida e as seguintes variáveis preditoras: ser do sexo masculino ($p < 0,001$); não ter mãe viva ($p = 0,024$); ter morado em casa de acolhimento ($p = 0,029$); ter tido relação sexual precoce consentida ($p < 0,001$); ter feito sexo em troca de dinheiro ($p = 0,011$); ter tocado no corpo de alguém sem o consentimento ($p < 0,001$); não trabalhar atualmente ($p = 0,025$); não ter ficado com a mãe quando criança ($p = 0,003$); sofrer violência psicológica ($p < 0,001$); ferir alguém ($p = 0,015$); participação em quadrilha ($p = 0,029$); ter roubado ($p = 0,011$); uso de drogas lícitas e ilícitas ($p < 0,001$); uso de cigarro ($p = 0,015$) e maconha ($p < 0,001$); e uso de drogas na família ($p < 0,035$) (Tabela 1).

As variáveis preditoras que demonstraram associação em relação ao desfecho violência física perpetrada foram:

ser do sexo masculino ($p < 0,001$); não morar com a mãe ($p = 0,032$); morar com avô ($p = 0,019$) ou avó ($p < 0,001$); não ter mãe viva ($p = 0,015$); não conhecer o pai ($p = 0,010$); não ter ficado com a mãe quando criança ($p < 0,001$); ter sofrido violência psicológica ($p < 0,001$); ter tido relacionamento sexual consentido ($p < 0,001$); ter ferido alguém ($p < 0,001$); utilização de arma branca ($p = 0,008$) e fazer uso de drogas ($p < 0,001$), destacando-se dentre estas o cigarro ($p = 0,016$) (Tabela 1).

TABELA 1 - Número e proporção segundo os desfechos da violência física sofrida e perpetrada por adolescentes escolares, Fortaleza, 2012.

Variáveis	Violência física sofrida					Violência física perpetrada								
	Sim		Não		OR	IC (95%)	p	Sim		Não		OR	IC (95%)	p
	n	%	n	%				n	%	n	%			
Sexo														
Masculino	49	51,6	46	48,4	2,97	1,54;5,78	<0,001	45	47,4	50	52,6	2,66	1,37; 5,20	<0,001
Feminino	24	26,73	67	73,6	1	-		23	25,3	68	74,7	1	-	
Mora com a mãe														
Sim	56	36,4	98	63,6	1			51	33,1	103	66,9	1	-	
Não	17	53,1	15	46,9	1,98	0,86;4,58	0,077	17	53,1	15	46,9	2,29	0,99; 5,30	0,032
Mora com avô														
Sim	6	42,9	8	57,1	1,18	0,34;3,95	0,773	9	64,3	5	35,7	3,60	1,04; 13,02	0,019
Não	67	39	105	61	1			59	34,3	113	65,7	1	-	
Mora com avó														
Sim	15	55,6	12	44,4	2,18	0,89;5,37	0,060	19	70,4	8	29,6	5,33	2,03; 14,36	<0,001
Não	58	36,5	101	63,5	1	-		49	30,8	110	69,2	1	-	
Mãe é viva														
Sim	68	37,8	112	62,2	1	-		63	35,0	117	65,0	1	-	
Não	5	83,3	1	16,7	8,24	0,91;190,30	0,024	5	83,3	1	16,7	9,29	1,02; 214,73	0,015
Conhece o pai														
Sim	67	38,3	108	61,7	1	-		60	34,3	115	65,7	1	-	
Não	6	54,5	5	45,5	1,93	0,50;7,66	0,284	8	72,7	3	27,3	5,11	1,17; 25,35	0,010

TABELA 1 - Continuação. Número e proporção segundo os desfechos da violência física sofrida e perpetrada por adolescentes escolares. Fortaleza, 2012.

Variáveis	Violência física sofrida				Violência física perpetrada									
	Sim		Não		OR	IC (95%)	p	Sim		Não		OR	IC (95%)	p
	n	%	n	%				n	%	n	%			
Morou em casa de acolhimento														
Sim	3	100,0	0	0,0	-	-	0,029	1	33,3	2	66,7	1	-	-
Não	70	38,3	113	61,7	1	-		67	36,6	116	63,4	1,16	0,08 ; 32,82	0,906
Relação sexual precoce consentida														
Sim	23	76,7	7	23,3	7,41	2,77; 20,55	<0,001	20	66,7	10	33,3	4,80	1,94 ; 12,05	<0,001
Não	47	30,7	106	69,3				45	29,4	108	70,6	1	-	-
Relação sexual como trabalho														
Sim	4	100	0	0	-	-	0,011	3	75,0	1	25,0	5,40	0,49; 137,57	0,106
Não	69	37,9	113,0	62,1	1	-		65	35,7	117	64,3	1	-	-
Tocou corpo de alguém sem consentimento														
Sim	8	100	0	0	-	-		6	75,0	2	25,0	5,61		0,021
Não	65	36,5	113	63,5	1	-	<0,001	62	34,8	116	65,2	1		-
Trabalha atualmente														
Sim	24	45,3	29	54,7	1	-		19	35,8	34	64,2	1	-	-
Não	84	63,2	49	36,8	2,07	1,03 ; 4,16	0,025	49	36,8	84	63,2	1,04	0,51; 2,14	0,898
Ficava com a mãe quando criança														
Sim	29	29,3	70	70,7	1	-		23	23,2	76	76,8	1	-	-
Não	44	50,6	43	49,4	2,47	1,29 ; 4,73	0,003	45	51,7	42	48,3	3,54	1,81; 6,98	<0,001

TABELA 1- Continuação. Número e proporção segundo os desfechos da violência física sofrida e perpetrada por adolescentes escolares, Fortaleza, 2012.

Variáveis	Violência física sofrida				Violência física perpetrada									
	Sim		Não		Sim		Não		OR	IC (95%)	p			
	n	%	n	%	n	%	n	%						
Sofreu violência psicológica														
Sim	58	57,4	43	42,6	6,29	3,03; 3,25	<0,001	53	52,5	48	47,5	5,15	2,48; 10,81	<0,001
Não	15	17,6	70	82,4	1	-	-	15	17,6	70	82,4	1	-	-
Feriu alguém														
Sim	7	77,8	2	22,2	5,89	1,08; 2,36	0,015	8	88,9	1	11,1	15,60	1,91; 340,27	<0,001
Não	66	37,3	111	62,7	1	-	-	60	33,9	117	66,1	1	-	-
Usou arma branca														
Sim	6	66,7	3	33,3	3,28	0,70; 7,22	0,084	7	77,8	2	22,2	6,66	1,21; 47,95	0,008
Não	67	37,9	110	62,1	1	-	-	61	34,5	116	65,5	1	-	-
Formou quadrilha														
Sim	3	100,0	0	0,0	-	-	0,029	1	33,3	2	66,7	1	-	-
Não	70	38,3	113	61,7	1	-	-	67	36,6	116	63,4	1,16	0,08; 32,82	0,906
Roubou														
Sim	4	100,0	0	0,0	-	-	0,011	3	75	1	25	5,40	0,49; 137,57	0,106
Não	69	37,9	113	62,1	1	-	-	65	35,7	117	64,3	1	-	-

TABELA 1. Continuação. Número e proporção segundo os desfechos da violência física sofrida e perpetrada por adolescentes escolares, Fortaleza, 2012.

Variáveis	Violência física sofrida					Violência perpetrada física								
	Sim		Não		OR	IC (95%)	p	Sim		Não		OR	IC (95%)	p
	n	%	n	%				n	%	n	%			
Usou droga														
Sim	38	62,3	23	37,7	4,25	2,12 ; 8,58	<0,001	34	55,7	27	44,3	3,37	1,69 ; 6,74	<0,001
Não	35	28	90	72	1	-		34	27,2	91	72,8	1	-	
Maconha														
Sim	12	80	3	20	10,29	2,48 ; 49,18	<0,001	10	66,7	5	33,3	1,83	0,47 ; 7,41	0,326
Não	35	28	90	72	1	-		24	52,2	22	47,8	1	-	
Cigarro														
Sim	14	87,5	2	12,5	6,13	1,11 ; 44,23	0,015	13	81,3	3	18,7	4,95	1,09 ; 25,57	0,016
Não	24	53,3	21	46,7	1	-		21	46,7	24	53,3	1	-	
Alguém na família usa droga														
Sim	33	49,3	34	50,7	1,92	0,99 ; 3,70	0,035	30	44,8	37	55,2	1,73	0,89 ; 3,36	0,080
Não	40	33,6	79	66,4	1	-		38	31,9	81	68,1	1	-	

Entretanto, o modelo final de regressão logística mostrou que sofrer violência física é mais frequente entre adolescentes que: praticaram violência física (OR = 13,37 [IC95% 5,97; 29,94]); sofreram violência psicológica (OR = 4,02 [IC95% 1,71; 9,42]); usaram drogas (OR = 3,03 [IC95% 1,34; 6,87]). Em relação à violência física perpetrada, a regressão logística mostrou que ela é mais frequente em adolescentes que sofreram violência física (OR = 18,83 [IC95% 8,56; 41,42]) e não ficavam com a mãe quando criança (OR = 3,04 [IC95% 1,38; 6,70]) (Tabela 2).

TABELA 2 – Estimativas ajustadas após regressão logística múltipla segundo desfechos e variáveis analisadas através da Odds Ratio, intervalos de confiança e valores de *p*, por adolescentes escolares, Fortaleza, 2012.

Variáveis	Violência	
	Violência física sofrida	Violência física perpetrada
Praticou violência física		
ORaj	13,37	-
IC 95%	5,97; 29,94	
<i>p</i>	<0,001	
Sofreu violência física		
ORaj		18,83
IC 95%	-	8,56; 41,42
<i>p</i>		<0,001
Sofreu violência psicológica		
ORaj	4,02	
IC 95%	1,71; 9,42	-
<i>p</i>	<0,001	
Usou droga		
ORaj	3,03	
IC 95%	1,34; 6,87	-
<i>p</i>	0,008	
Quando criança não ficava com a mãe		
ORaj		3,04
IC 95%	-	1,38; 6,70
<i>p</i>		0,011

ORaj: Odds Ratio ajustada após modelo de regressão logística.

Discussão

A compreensão da violência enquanto fenômeno em que estão envolvidos aspectos da complexidade do humano e de sua construção sócio-histórica leva à percepção da importância de situar elementos fundamentais, como: a conjuntura de vulnerabilidade do adolescente em uma sociedade balizada sob o modelo neoliberal e o contexto de crise de algumas instituições do Estado, entre elas, a família.

O cenário parcial apresentado precisa de prudência em virtude da incompletude da pesquisa. Todavia, o ponto inicial da descrição dos dados revelou um acesso homogêneo quanto ao fator sexo, além de ser importante por permitir depreender com maior proximidade algumas tendências acerca desse componente perante as variáveis: violência física sofrida e violência física perpetrada. Nesta pesquisa, verificou-se que os indivíduos do sexo masculino são os mais envolvidos nesse fenômeno. Tal resultado vai ao encontro de estudos como de Castro, Cunha e Souza (2011); Malta *et al.* (2012); Andrade *et al.* (2012), nos quais são identificados a predominância do sexo masculino e o predomínio da faixa etária de 15 a 19 anos no circuito das violências físicas.

A análise dos dados enseja, com mais propriedade, propor o debate em uma perspectiva da estrutura social, na qual esse panorama pode ser sistematizado tendo como focos o trabalho e duas importantes instituições do Estado, a escola e a família.

O tema trabalho relacionado a essa população é socialmente polêmico mesmo considerando-se o âmbito do Direito. De acordo com a Constituição de 1988, em seu ar-

tigo 7º, parágrafo XXXIII, modificado pela Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, é proibido “trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e [...] qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos”. A fragilidade dessa questão pode ser percebida inclusive se comparado esse texto ao do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), que estabelece ser “proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz”.

A frequência de indivíduos que referiram trabalhar não representa um elemento dissonante do que preconiza as legislações. Contudo, esse dado torna-se importante, uma vez que se observa significativa associação, na análise bivariada desse fator, como proteção em relação ao sofrer violência física.

A pesquisa não tem como foco o aprofundamento nessa categoria analítica e, por conseguinte, não é possível diferenciar se é o elemento trabalho nos moldes do capital que consiste como redutor dessa vulnerabilidade ou se o princípio do preenchimento do tempo livre determina uma mudança no cenário da violência.

Essa percepção nos conduz ao debate da instituição educacional que aparece de forma mais intensa do que o trabalho nos resultados, pois a escola também representa uma forma de ocupação diretiva do tempo do adolescente visando o seu processo de crescimento/desenvolvimento. Canivez (1991) traz uma definição do papel da escola como um lugar onde, de fato, se edifica a cidadania. De acordo com a autora, trata-se do lugar “onde as crianças deixam de pertencer

exclusivamente à família para integrarem-se numa comunidade mais ampla em que os indivíduos estão reunidos não por vínculos parentescos, mas pela obrigação de viver em comum”. (CANIVEZ, 1991, p. 33)

Os adolescentes no espaço escolar exercitam um movimento complexo de amadurecimento social que conduz a inter-relação entre a afirmação de sua individualidade/singularidade e a identificação dos mesmos como parte de um grupo social. Essa dimensão merece atenção e cuidado por parte das instituições públicas (escolas e saúde) para que se processe de modo saudável e com a minimização de situações violentas. Essa preocupação é legitimada neste estudo a partir da evidência de identificação da violência com maior frequência no lócus da escola e ocorrendo principalmente entre pares. Tal fenômeno é descrito por Liberal *et al.* (2005) como *bullying*, cujo conceito está relacionado as atitudes agressivas, de forma verbal ou não, representa uma violência intencional e repetida, sem motivação evidente provocada por um ou mais estudantes, podendo acarretar diversas consequências negativas sendo reflexo de uma relação desigual de poder entre agente(s) e vítima(s).

Com base nessa lógica é que a violência encena nesse lugar. Abramovay, Avancini e Oliveira (2005, p. 29) lembram que “o fenômeno da violência no cenário escolar é mais antigo do que se pensa”. Os autores pontuam que, desde a década de 1950, esse tema é discutido nos Estados Unidos. Processualmente, os casos de violência vêm progredindo no país com traços mais graves que determinam sua condição de problema social e que leva à conseqüente perda da imagem da escola como porto seguro.

Njaine e Minayo (2003) transpõem essa discussão para o âmbito do Brasil. Elas apresentam um estudo, que inclusive envolve uma cidade do Ceará, no qual listam as seguintes violências apontadas pelos jovens de escolas públicas como as principais: humilhação sofrida, agressões físicas, furtos, ameaças e destruição de seus objetos. As violências físicas perpetradas são percebidas pelas autoras como uma reprodução do comportamento que os próprios jovens censuram. Além disso, percebe-se que a presença de armas de fogo está diretamente relacionada à situação conflitiva entre traficantes e polícia.

A visão panorâmica acerca da discussão escola aponta para uma condição sistêmica apresentada pela temática escola como característica que se enraíza em relações múltiplas e interpessoais. Vale salientar, com base em Krug et al (2002), que fatores associados às relações entre pares e no seio familiar podem favorecer comportamentos violentos.

De acordo com os resultados, a ausência das figuras pai e mãe demonstra grande interferência para uma maior vulnerabilidade desse adolescente tanto para a violência física sofrida como para violência física perpetrada. Tais dados culminam com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) ao afirmar que o monitoramento e a supervisão deficiente dos pais, a ligação afetiva deficiente, bem como a presença de apenas um dos pais na família, podem impulsionar violências futuras (KRUG *et al.*, 2002).

Gimeno (2003) apresenta como papel da família: desenvolvimento pessoal (incluindo a individuação e a auto-realização); função socializante (que compreende o processo de interiorização das normas do seu meio sociocultural,

integrando-se e adaptando-se à sociedade); e manutenção de uma identidade e coesão do sistema familiar. Essa consideração pode ser complementada por Delfino *et al.* (2005) quando colocam a família como o ambiente da efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ficando atribuída aos adultos a tarefa de zelar pelo seu cumprimento.

Diante do entendimento da característica pulsátil da família, que se expande no cenário social, mas retoma em uma dimensão mais interna, um fator interveniente nesse processo é o uso de substâncias psicoativas. Esse também consiste em outro fenômeno de análise complexa, no qual suas interfaces com a violência física sofrida pelos adolescentes se fazem presentes nesta discussão.

Dessa forma, observa-se a importância de fatores externos na discussão da violência física sofrida e da violência física perpetrada. Todavia, retoma-se aqui a ideia da complexidade do humano, ser social e singular, e destacam-se elementos comportamentais desses sujeitos que obtiveram maior relevância nos achados: a sexualidade sob a ênfase do ato sexual precoce, o uso de drogas e o porte de armas.

O sexo é um tema tabu para todas as idades e, sob essa máxima, repousa a grande relutância que há em intervir nas situações em que é um fator componente. Contudo, é a partir desse bloqueio, que problemas como as doenças sexualmente transmissíveis (DST) – com maior relevância para a Aids – e a gravidez na adolescência assumem proporções que se tornam questão de saúde pública. Nesse sentido, a violência é transversal a essa questão e absorve como dificuldade de enfrentamento os melindres éticos e morais impostos ao tema nessa população.

Fato esse que pode ser comprovado no estudo de Teixeira e Taquette (2010) com adolescentes femininas, sexualmente ativas e menores de 15 anos. Ele as identifica como público em maior vulnerabilidade e faz uma associação significativa desse dado às vivências de diversas situações de violência com atividade sexual mais precoce, conseqüentes DST, gravidez indesejada e o uso de drogas lícitas e ilícitas. Assim, essas adolescentes tornam-se revitimizadas de modo recorrente.

Considera-se que os temas “fazer sexo (precoce) com consentimento”, “sexo por dinheiro” e “tocar no corpo de alguém sem o consentimento” denotam um campo a ser explorado pela comunidade acadêmica, principalmente no tocante a uma inter-relação com o sofrimento de violência física e outros temas polêmicos para essa população, como é o caso do uso de drogas e o porte de armas.

Para este estudo, o uso de drogas se demonstra como um dos fatores de risco para o adolescente na relação com o sofrimento de violência, contrapondo-se a Silva *et al.* (2009), que averigua essa associação para o perpetrar violência.

O certame das drogas como problema social é, entretanto, bastante controverso e, sistematicamente, observam-se discursos – como Laranjeira *et al.* (2007) e Andrade *et al.* (2012) – que associam o consumo de drogas como predisponente ao envolvimento em situação de violência física e uma tendência à proximidade com o porte de armas. Muitas vezes, a análise rudimentar de fenômenos sociais como o uso de drogas e a violência pode conduzir a uma dramática cristalização de estigmas e proposituras platônicas de resolução de problemas, a partir de uma limitação da questão ao objeto droga.

O terceiro ponto em relação aos comportamentos está centrado no porte de armas. Horta *et al.* (2010, p. 4) refe-

rem que “o uso de armas brancas ou de fogo não representa por si um ato de violência, mas a expectativa de vivência de uma situação violenta ou uma predisposição para vivências de violência”. Essa percepção de comportamento de risco é partilhado pela OPAS (2002), que complementa essa reflexão ao associar tal comportamento com o sexo masculino entre jovens em idade escolar.

O uso de armas interliga-se com a violência (SILVA *et al.*, 2009; HORTA *et al.*, 2010). Essa relação coaduna com esse estudo quando se verifica que há uma associação do fenômeno violência física perpetrada e o uso de arma branca.

A presença da violência física nessa investigação é percebida de modo cíclico na vida do adolescente, em que se observa uma relação direta entre o sofrer e o perpetrar, anunciando-se ainda outra tipologia de violência (psicológica) como estatisticamente significante para vitimização.

Este fato corrobora com o que afirmam Njaine e Minayo (2003) ao identificarem que muitos dos alunos que apresentaram comportamento violento queixaram-se de categorias de violência psicológica sofrida na família, na escola e na comunidade. Revelam-se, assim, relações interpessoais conflitivas nos diferentes espaços, sobretudo na escola e na família, que historicamente, são reconhecidas como a base estruturante da educação e formação desses indivíduos.

Considerações finais

O presente estudo denota a importância do contexto familiar equilibrado como medida preventiva para a violência. Nele, constatou-se que aqueles jovens que possam con-

tar com um ambiente familiar tranquilo, equilibrado, que estejam engajados em projetos pessoais de educação e trabalho, estão em vantagem perante aqueles que não dispõem de tais elementos. Por outro lado, os adolescentes que estão expostos a percalços relacionados a agressão física e/ou psicológica, dependência química, atividades sexuais precoces, entre outras circunstâncias, estão mais suscetíveis a se tornarem vítimas ou algozes da violência.

A desagregação familiar, os conflitos escolares e suas repercussões psicossociais associadas ao uso de drogas têm contribuído de forma contundente na formação dos adolescentes, estabelecendo relações marcadas por episódios circunstanciais ou recorrentes de tal forma a desvirtuar o desenvolvimento saudável do adulto que se anuncia.

A banalização da violência é fator que necessita ganhar espaço de discussão intersetorial para que o crescimento desse fenômeno seja tratado com a complexidade necessária. Aliado a esse contexto, é preciso evitar práticas assistencialistas que não colaboram com a promoção da autonomia e responsabilidade social desse adolescente.

As instituições família e escola merecem, portanto, maior espaço na agenda política da gestão pública para construir discussões e estratégias efetivas de promoção da civilidade, cultura de paz e desenvolvimento psicossocial saudável dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam.; AVANCINI, Marta; OLIVEIRA, Helena. O bê-a-bá da intolerância e da discriminação. In: UNICEF. (Org.). **Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil**. Brasília/DF: UNICEF, 2005.

ANDRADE, Sylvania Suely Caribé de Araújo *et al.* Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, set, 2012.

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

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.069, de 13 de juho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

CANIVEZ, Patrice. **Educar o Cidadão?** Ensaios e textos. São Paulo: Papirus, 1991.

CASTRO, Marta de Lima; CUNHA, Sergio Souza da; SOUZA, Delma P Oliveira de. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 45, p. 1054-61, 2011.

DELFINO, Vanessa *et al.* A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. **Texto contexto-enferm**, Florianópolis, v. 14, n. spe, p. 38-46, nov. 2005.

FERREIRA, Ana Lúcia *et al.* Crianças e adolescentes em situação de violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, P. (Orgs.). **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

GIMENO, A. **A Família: o desafio da diversidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

HORTA, Rogério Lessa *et al.* Comportamentos violentos de adolescentes e coabitação parento-filial. **Rev. Saúde Pública** [online]. São Paulo, v. 44, n.6, p. 979-985, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1843.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

KEMPE, C. Henry *et al.* The Battered-Child Syndrome. *Child Abuse & Neglect, USA*, v. 9, p. 143-154, jul. 1962. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=327895>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

KRUG, Etienne. G. *et al.* (Org.) **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

LIBERAL, Edson Ferreira *et al.* Escola segura. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 155-163, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a13v15s2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 17, n. 9, p. 2291-2304, 2012.

MINAYO, Maria Cecília S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11, p. 1259-1267, 2007.

NJAINÉ, Kathie; MINAYO, Maria Cecília de S. Violência na escola: identificando pistas para a Prevenção. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v. 7, n. 13, p. 119-34, ago. 2003.

OPS/OMS. **La salud del adolescente y el joven en las Américas**. Washington, DC, 1985.

OPAS. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Washington: OPAS, 2002.

SCHENKER, Miriam; CAVALCANTI, Fatima Gonçalves. Famílias que se comunicam através de violências. In: NJAINE, Kathie.; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. (Orgs.). **Impactos da violência na saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

SILVA, Ricardo Azevedo da *et al.* Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2737-2745, dez. 2009.

TEIXEIRA, Sérgio Araújo Martins; TAQUETTE, Stella Regina. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. v.56, n.4, p. 440-446, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/17.pdf>>. Acesso em: 15 abri. 2014.

7 **BULLYING: CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS EM ESCOLAS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE**

Késia Marques Moraes
João Joaquim Freitas do Amaral
José Gomes Bezerra Filho
Helanio Arruda Carmo
Benedita Joseane Costa Batista
Ana Eurídice Rodrigues.

Bullying é a denominação utilizada para um conjunto de comportamentos agressivos, emitidos de maneira intencional e repetitiva, sem um estímulo motivador aparente. Trata-se de um problema mundial, encontrado em toda e qualquer escola e não é restrito a nenhum tipo específico de instituição: primária ou secundária, privada ou pública, rural ou urbana (ALMEIDA; CARDOSO; COSTA, 2009). Segundo Lopes Neto (2005), tais comportamentos agressivos são tradicionalmente admitidos como naturais e, no geral, ignorados ou não valorizados, tanto por professores quanto pelos pais.

O termo vem do inglês *bully* (valentão, brigão) e é usado para identificar qualquer ato com o sentido de troçar ou gozar, tyrannizar, ameaçar, intimidar, humilhar, isolar, perseguir, amedrontar, ignorar, ofender, bater, ferir, discriminar e imputar apelidos maldosos a outrem (BRASIL, 2008).

A adoção universal do termo *bullying* foi decorrente da dificuldade em traduzi-lo para diversas línguas. Durante a realização da Conferência Internacional Online School Bullying and Violence, de maio a junho de 2005, ficou caracterizado que o amplo conceito dado à palavra *bullying* dificulta a identificação de um termo nativo correspondente em países como a Alemanha, França, Espanha, Portugal e Brasil, entre outros (LOPES NETO, 2005).

Os atos de violência (física ou não) ocorrem de forma intencional e repetitiva contra um ou mais alunos que se encontram impossibilitados de defender-se das agressões sofridas. Tais comportamentos não apresentam motivações específicas ou justificáveis. Em última instância, significa dizer que, de forma “natural”, os mais fortes utilizam os mais frágeis como meros objetos de diversão, prazer e poder, com o intuito de maltratar, intimidar, humilhar e amedrontar suas vítimas (SILVA, 2010).

Silva (2010) alega que as formas de *bullying* são:

- verbal (insultar, ofender, falar mal, colocar apelidos pejorativos, “zoar”);
- física e material (bater, empurrar, beliscar, roubar, furtar ou destruir pertences da vítima);
- psicológica e moral (humilhar, excluir, discriminar, chantagear, intimidar, difamar);
- sexual (abusar, violentar, assediar, insinuar);
- virtual ou *ciberbullying* (*bullying* realizado por meio de ferramentas tecnológicas, como celulares, filmadoras e internet) .

Conforme Francisco e Libório (2009), o *bullying* é um tema muito discutido na Noruega, Portugal, Espanha e Estados Unidos. No Brasil, o interesse pelo estudo do fenômeno é mais recente, requerendo esforços para que se possa compreendê-lo e propor intervenções mais articuladas com a realidade do país.

Fatores de risco

Segundo Lopes Neto (2005), fatores econômicos, sociais e culturais, aspectos inatos de temperamento e influências de familiares, amigos, escola e comunidade constituem riscos para a manifestação do *bullying* e causam impacto na saúde e no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Diversos estudos citados por Almeida, Cardoso e Costa (2009) apontam que os fatores que tendem estar associados à presença de *bullying* em sala de aula são: agressividade por parte dos pais; desestrutura familiar; falta de limites; hiperatividade; impulsividade; distúrbios comportamentais; dificuldades de atenção; baixa inteligência e desempenho acadêmico deficiente.

Antunes e Zaim (2008) revelam que alguns estudos enfatizam que ciganos, artistas de circo, estrangeiros e demais nômades, além de alunos obesos, acima do peso, de baixa estatura, homossexuais e/ou filhos de homossexuais, são, estatisticamente, principais alvos de seus colegas do que crianças e jovens considerados “normais”.

Tipos

A conduta *bullying* torna-se mais perceptível nas salas de aula a partir do 2º ano do Ensino Fundamental. Os

maus-tratos comuns são ofensa e discriminação, especialmente manifestada por meio de apelidos e xingamentos ao aspecto sexual. Com as crianças de 3º e 4º anos do Ensino Fundamental, os atos de agressividade estão, no geral, associados a maus-tratos físicos e chantagens, principalmente em relação aos alunos mais tímidos. Durante o Ensino Médio, esse comportamento é menos frequente (ALMEIDA; CARDOSO; COSTA, 2009), mas não é ausente.

Para caracterizar a ocorrência do *bullying*, Olweus (1997) estabeleceu alguns critérios, tais como: ações repetitivas contra a mesma vítima em um período prolongado de tempo; desequilíbrio de poder, o que dificulta a defesa da vítima; ausência de motivos que justifiquem os ataques.

Nesse contexto, destacam-se “personagens” que fazem parte deste fenômeno: as vítimas ou alvos, os agressores ou autores e os espectadores ou testemunhas. Para Lopes Neto (2011), a vítima típica demonstra sintomas internalizados; adota comportamento externalizado; possui habilidades sociais deficientes, autopercepção negativa e dificuldades na solução de problemas sociais; provém de ambientes negativos na família, comunidade e escola; apresenta alto nível de rejeição e isolamento pelos companheiros.

Sofrer *bullying* pode ser um fator predisponente importante para instalação e manutenção de sinais e sintomas clínicos. A identificação de algumas dessas queixas é um indicativo de maus-tratos perpetrados por colegas, demonstrando a necessária atenção dos profissionais de saúde (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2008).

Efeitos

Conforme Fante (2011), o fenômeno *bullying* estimula a delinquência e induz a outras formas de violência explícita, produzindo, em larga escala, cidadãos estressados, deprimidos, com baixa autoestima, capacidade de autoaceitação, resistência à frustração, reduzida capacidade de autoafirmação e de autoexpressão. Propicia ainda o desenvolvimento de sintomatologias de estresse, de doenças psicossomáticas, de transtornos mentais e de psicopatologias graves.

Calhau (2011) complementa que o estresse é responsável por cerca de 80% das doenças da atualidade, pelo rebaixamento da resistência imunológica e por sintomas psicossomáticos diversificados, principalmente próximos ao horário de ir à escola (especialmente no caso de crianças menores), como dores de cabeça, tonturas, náuseas, vômitos, dor no estômago, diarreia, enurese, sudorese, febre, taquicardia, tensão, dores musculares, excesso de sono ou insônia, pesadelo, perda ou aumento de apetite, dores generalizadas, entre outras.

Em decorrência causas psicossomáticas, pode haver a incidência de outras doenças, entre elas: gastrite, úlcera, colite, bulimia, anorexia, herpes, rinite, alergias, problemas respiratórios, obesidade e comprometimento de órgãos e sistemas. Nos casos mais graves, as vítimas podem cometer suicídio ou atacar outras pessoas de forma violenta.

Lopes Neto (2005) frisa que a redução de fatores de risco é uma maneira de prevenir o comportamento agressivo entre crianças e adolescentes. Os esforços devem ser direcionados para a diminuição da exposição à violência no ambiente escolar, doméstico e comunitário, além daquela divulgada pela mídia.

Situação

Freire, Simão e Ferreira (2006), ao analisarem diversos estudos sobre o tema, mostram que esse é um problema que ocorre em todas as escolas, em todos os níveis de ensino, área geográfica ou demográfica. Porém, a prevalência desse evento parece ser algo variável considerando diversos países, desde os 14% do total de crianças (uma em sete) do estudo realizado por Olweus em 1983, com alunos noruegueses de idades compreendidas entre 10 e 15 anos, até os 10% observados mais recentemente na Grã-Bretanha ou mesmo os 7% identificados pelas autoras em um estudo realizado em Portugal.

A Organização Mundial de Saúde realizou inquéritos transversais com a população escolar em mais de quarenta países, como o Health Behaviour in School (HBSC), para pesquisar situações sobre a saúde dos adolescentes, incluindo temas como a violência. Entre adolescentes de 13 anos, 14% referiram já ter sofrido *bullying* nos últimos dois meses, sendo os dados maiores na Lituânia (29%) e na Suécia (4,5%) (MALTA *et al.*, 2010).

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA) desenvolveu o Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes, objetivando investigar as características desses atos entre 5500 alunos de 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental e sistematizar estratégias de intervenção capazes de prevenir a sua ocorrência (LOPES NETO, 2005).

O referido estudo mostrou que 40,5% dos alunos admitiram estar diretamente envolvidos em atos de *bullying*, sendo 16,9% como alvos, 12,7% como autores e 10,9% ora como alvos, ora como autores, e 60,2% dos alunos afirma-

ram que o *bullying* ocorre mais frequentemente dentro da sala de aula.

Em 2009, foi realizada uma pesquisa pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, intitulada Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), com o propósito de identificar e descrever a ocorrência do *bullying* entre estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas das 26 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Trata-se do primeiro estudo sobre *bullying* com dados de todas as capitais do país.

Os resultados da PeNSE mostraram que 69,2% dos alunos pesquisados não sofreram *bullying*. O percentual dos que foram vítimas desse tipo de violência raramente ou às vezes foi de 25,4%, e a proporção dos que disseram ter sofrido *bullying* na maior parte das vezes ou sempre foi de 5,4%. Foram observadas diferenças por sexo, sendo mais frequente entre escolares do sexo masculino (32,6%) do que entre escolares do sexo feminino (28,3%). Quando comparada a dependência administrativa das escolas, a ocorrência de *bullying* foi verificada em maior proporção entre escolares de escolas privadas (35,9%) do que entre de escolas públicas (29,5%) (IBGE, 2009).

Os estudos realizados trazem uma realidade comum a todas as escolas, independentemente se é pública ou privada, se está localizada na zona rural ou na zona urbana. O *bullying* sempre ocorreu, o fato é que, atualmente, a repercussão adquiriu escala maior e as consequências tornaram-se bastantes graves, às vezes gerando casos de depressão e/ou suicídio por parte das vítimas e de homicídio pelos agressores.

Segundo o levantamento do PeNSE, no município de Fortaleza, 14,3% dos estudantes do sexo masculino cursando o 9º ano do Ensino Fundamental estiveram envolvidos em brigas. Aliado a essa problemática, soma-se a necessidade de criação ou efetivação de políticas públicas voltadas para a violência ocorrida nas escolas. No estado do Ceará, foi criado em 2011, pela Lei nº 14.943, de 22 de junho, o Disque *Bullying*, um serviço gratuito que objetiva facilitar e incentivar a denúncia de violência ocorrida na escola (MOSCOSO, 2011). Em Sobral, existe um projeto de lei, de autoria do vereador Marco Prado, com objetivo de combater o *bullying* nas escolas da rede pública de ensino de Sobral (LIMA, 2011).

Fante e Pedra (2008) afirmam que a maior incidência do *bullying* está entre os alunos do 6º ao 9º ano, enfatizando a importância do presente estudo com alunos do Ensino Médio. Poucos foram os estudos realizados com alunos do Ensino Médio, enfatizando a importância do presente estudo. No estado do Ceará, especificamente, não há estudos voltados ao *bullying*. Portanto, torna-se necessário que pesquisas sejam realizadas no estado para que haja um real diagnóstico sobre o *bullying* e o perfil dos atores envolvidos nesse evento.

Estudo

A cidade de Sobral, definida para a realização do estudo, destaca-se por ser um polo de desenvolvimento educacional em todos os níveis de ensino, Fundamental, Médio e Superior. Em sua composição escolar possui quarenta e cinco escolas municipais, que oferecem o Ensino Fundamental

e dezenove escolas estaduais, que dispõem de Ensino Médio e uma com Ensino Técnico Profissionalizante, distribuídas nas zonas rural e urbana. Quanto ao Ensino Superior, a cidade conta com duas Universidades públicas e duas privadas.

Por conta disso, surge a indagação sobre o retrato do de *bullying* em uma cidade do interior, sendo que os estudos em destaque no Brasil são realizados em sua maioria em capitais.

Quanto à escolha pelo Ensino Médio, enfatiza-se que a maioria dos estudos referenciados está relacionada ao Ensino Fundamental e comprovam que o *bullying* está presente também entre estes estudantes, visto que os mesmos se encontram na adolescência e por este ser um período de várias modificações no corpo, gerando diminuição da autoestima, formação de grupos, exclusão dos “diferentes” da turma.

Diante dessa realidade, propõe-se estudar tal problemática, visto que existem vários estudos sobre o tema relacionando-o ao sistema educacional, sendo que o mesmo se caracteriza como um problema de saúde pública e que intervenções devem ser realizadas no âmbito da saúde no sentido de minimizar os danos causados por estes atos violentos.

A abordagem deve ser interdisciplinar, apoiada no avanço dos conhecimentos científicos e na superação das desigualdades, implicando na articulação da segurança, da saúde e do desenvolvimento social, devendo ser enfrentada pelos diversos setores da sociedade e do Estado.

É fundamental a parceria entre educação e saúde para reconhecer a magnitude que a prática do *bullying* vem tomando entre os estudantes de todos os níveis, pois o desafio não é simples e depende de uma intervenção interdisciplinar firme e competente.

Nesse sentido, estudo teve como objetivos: analisar a situação do *bullying* entre estudantes do Ensino Médio da rede de ensino público do município de Sobral-CE; descrever o perfil socioeconômico, cultural e comportamental dos estudantes; identificar situações em que os estudantes se encontram como vítima e investigar os mecanismos de enfrentamento das vítimas ante o *bullying*.

Trata-se de um estudo do tipo transversal realizado em treze escolas da rede de ensino público do município de Sobral com 9192 estudantes do Ensino Médio, regularmente matriculados, durante os meses de setembro a dezembro de 2011.

A amostragem foi definida com base em cálculos obtidos via o programa Epiinfo versão 3.5.1. Foi utilizada prevalência de 50%, erro máximo de 5% e intervalo de confiança de 95%, totalizando um número de 369 estudantes.

A amostragem, do tipo proporcional em relação ao número de alunos – em cada escola –, foi feita em etapas de estágios múltiplos, nos quais selecionou-se as escolas e, em seguida, de maneira aleatória, as classes., chegando à amostra encontrada.

Os critérios de inclusão do estudo foram: estar regularmente matriculado nas escolas definidas pelo estudo; estudar nos turnos manhã ou tarde; ser portador de necessidades especiais; aceitar colaborar com a realização do estudo ser maior ou menor de idade; nesse último caso, estar autorizado pelo responsável. Os critérios de exclusão foram: estudar no turno da noite; não ter autorização dos pais não aceitar participar do estudo.

Os dados foram coletados mediante aplicação de questionário distribuído aos estudantes – após explicação prévia de seu objetivo e conteúdo – e assinatura de um termo de consentimento. Vale ainda ressaltar que, para todos os testes estatísticos, foi utilizado nível de significância de 5%, ou seja, para que os dados fossem considerados diferentes, o valor de p deveria ser menor que 0,05. Os dados foram armazenados e analisados em Excel e SPSS 15.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, protocolo de nº 981, e obedeceu aos princípios estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Dentre as principais características demográficas dos estudantes pesquisados, destaca-se a predominância de maiores de idade; os menores de idade apresentaram dificuldades para participar do estudo, visto que nem todos receberam o consentimento do responsável. Quanto à raça/cor da pele, aproximadamente um terço dos estudantes se consideravam pardos.

Com o cruzamento de algumas variáveis importantes com a categoria vítima de agressões, os pesquisados foram distribuídos por série, sexo e raça/cor da pele, com a ocorrência ou não de agressões. Na pesquisa, não houve significância estatística entre as variáveis e a ocorrência ou não da agressão. Essa escolha está alicerçada nos estudos de Wang *et al.* (2010), que consideram as variáveis sexo, classe econômica e raça/cor da pele como determinantes da ocorrência ou não do *bullying*, em certos grupos de adolescentes.

Quando a ocorrência ou não da agressão foi associada com série, sexo ou raça/cor da pele, não houve diferença significativa. Esse dado diverge de algumas pesquisas realizadas, como a Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), a primeira pesquisa realizada em todas as capitais brasileiras e o Distrito Federal que investigou vários aspectos sobre a saúde de estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental e que elucida diferenças das manifestações da violência por sexo, sendo ela mais frequente entre os escolares do sexo masculino (IBGE, 2009).

Com relação à idade, observou-se que a média do grupo vítima é estatisticamente menor que a do grupo não vítima. Para cada ano de idade a mais, a chance do indivíduo ser vítima diminui 11% (OR=0,89).

Conforme especificado, a ocorrência de *bullying* é prioritariamente encarada como evento entre estudantes de Ensino Fundamental I e II. Contudo, um estudo realizado entre estudantes de Ensino Médio (DERBABIEUX, 2002), na França e na Inglaterra, apresenta outros dados. Com o objetivo de avaliar a atmosfera, o sentimento de insegurança e a vitimização nas escolas secundárias desses países, questionários foram aplicados e entrevistas realizadas com 1.679 estudantes ingleses e 3.136 estudantes franceses, com idades entre 11 e 18 anos, por 191 adultos ingleses e 252 adultos franceses, de 12 e 15 escolas respectivamente. A agressão verbal foi a forma de violência mais frequente em ambos os países, seguida de brigas, roubos e extorsões. Mais de 40% dos alunos franceses afirmaram ter extorsão em suas escolas, comparados a 26,3% na Inglaterra.

Fante (2011) afirma que, no Ensino Médio, a maioria dos maus-tratos é feito de maneira disfarçada, principalmente no 1ª e no 2ª ano – caso semelhante às séries finais do Ensino Fundamental – ou restrita, em pequenos ataques abertos. A maior incidência é o uso de apelidos, ofensas, ameaças e brigas dentro e fora da escola.

Os dados encontrados nesta pesquisa realizada por Fante (2011) mostram que 18,4% dos estudantes participantes consideram-se vítimas de agressão, corroborando com alguns estudos realizados sobre a temática no Brasil e no mundo, como o desenvolvido por Craig *et al.* (2009) em 40 países com 202056 estudantes de 11, 13 e 15 anos, em que 26% dos adolescentes participantes relataram envolvimento em *bullying*.

Outro estudo ligado à temática foi realizado na Noruega com 419 crianças e adolescentes com idades entre 7 e 16 anos, dentre os quais, 17 estudantes relataram ter sido vítimas de *bullying* semanal ou diariamente, podendo provocar o desenvolvimento de sintomas emocionais e de saúde somáticos (LOHRE *et al.*, 2011).

No Brasil, destaca-se o estudo desenvolvido pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), no ano de 2002, em 11 escolas no Rio de Janeiro com 5800 estudantes de 5ª a 8ª ano do Ensino Fundamental, no qual 16,9% dos estudantes se identificaram como vítimas de violência (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2008).

No que diz respeito à idade, os achados do estudo realizado pela ABRAPIA deste estudo são os mesmos encontrados nos demais, quanto maior a idade, menor a chance dele

vir a ser vítima de agressão ($p < 0,05$). Um estudo desenvolvido por Carvalhosa, Lima e Matos (2001), em Portugal, revela que entre os 6903 estudantes pesquisados, os mais novos e os que frequentam anos de escolaridade mais baixa estão significativamente mais envolvidos em comportamentos de vitimização.

Em relação à escolaridade e situação conjugal, observa-se que cerca da metade dos pais (51,2%) estudou até o Ensino Fundamental e 10,3% são analfabetos. A escolaridade das mães dos estudantes pesquisados assemelha-se a dos pais. Aproximadamente, a metade dos alunos da amostra (59,7%) apresenta os pais morando juntos (casados ou amasiados).

Os arranjos familiares foram predominantemente famílias nucleares, pois metade dos alunos mora com os pais e irmãos, apesar da mudança no perfil da família brasileira.

A escolaridade do pai e da mãe não influencia no fato de o estudante ser vítima de agressões ou não. No que diz respeito à situação conjugal dos pais, o indivíduo que tem os pais separados ou divorciados apresenta chance 1,7 vezes maior de ser vítima do que os alunos cujos pais são casados. Os outros estados civis não representaram diferença significativa.

Percebe-se que o indivíduo ter irmãos e a sua quantidade não influenciam no fato do aluno ser vítima ou não. No entanto, o indivíduo com irmãos mais novos tem 1,9 vezes mais chances de ser vítima do que os com irmãos mais velhos. Não houve diferença com os indivíduos que tem irmãos mais velhos e mais novos. Ou seja, o estudante que é o filho mais velho tem mais chance de ser vítima de agressão do que os que são filhos mais novos ou do meio.

Como atividades de lazer desenvolvidas pelos pesquisados, nota-se que existe a prática de atividades culturais – muitas dentro da própria escola –, como prática de esportes, música, dança e teatro. Cerca de 70% dos escolares são católicos e o tabagismo e o etilismo não são hábitos comuns entre eles.

Quanto à caracterização dos escolares vítimas de *bullying*, evidenciou-se que há presença nas escolas estudadas: 18,4% se consideram vítimas de agressão e destacam as agressões verbais como característica predominante na tipologia desse evento, seguida de humilhações. A agressão física também foi relatada no estudo por 26,5% das vítimas.

As agressões verbais se destacam pelo uso de apelidos, algumas vezes maldosos... Tal dado vai ao encontro de outros estudos que destacam a agressão verbal como predominante entre casos de *bullying*, como o realizado por Moura, Nova Cruz e Quevedo (2011), em São Paulo, com 1075 alunos de Ensino Fundamental, que evidenciou 75,1% intimidações verbais, 62,4% físicas, 23,8% psicológicas, 6,3% racistas e 1,1% sexuais.

Wang et al (2010), em um estudo transversal desenvolvido com 7475 alunos norte-americanos, revelaram que 36,9% das agressões foram verbais, seguidas por 57,9% psicológica – excluir do grupo e difundir boatos –, e 13,2% físicas, indo ao encontro dos resultados deste estudo.

Em relação à frequência em que ocorre a agressão, mais da metade (55,9%) das vítimas foi agredida uma única vez e 19,1% relata ter sido agredida três vezes ou mais. Fante e Pedra (2008) alegam que, para um caso de agressão se

considerado como *bullying*, ele deve ocorrer repetitivamente contra a mesma vítima por um longo período de tempo, com desequilíbrio de poder e ausência de motivos que justifiquem o ataque. Entretanto, deve-se levar em consideração o dano que essa agressão causou para a vítima, visto que uma única agressão física grave ou sexual traz consequências bastante drásticas para quem a sofre.

O cenário da prática do *bullying* aqui tratada configura-se na sala de aula, seguida pelos espaços da escola na hora do intervalo, corroborando Fante (2011) e Lopes Neto e Saavedra (2008), que afirmam as condutas de *bullying* serem mais praticadas em salas de aula. Entretanto, Pereira (2002) voltou suas atenções para os momentos de recreação, visto a alta intensidade com que o *bullying* se manifestava nesses lugares em escolas portuguesas.

Pela escola ser concebida como um espaço de construção de saberes e formação da personalidade, configura-se como grave a violência ocorrer nesse ambiente, que, a rigor, tem um profissional presente, o professor. Acredita-se que mais estudantes sofram *bullying*, mas não o expõem por coação, intimidação e/ou receio de serem vítimas. Isso foi verificado nesta pesquisa, pois, durante a coleta de dados, muitos dos pesquisados indagavam quais as possíveis consequências de sua participação no levantamento.

Atribui-se a esse fator a essa preocupação o motivo da agressão realizada pelo público estudado; embora os diversos estudos afirmem que a ocorrência do *bullying* seja mais frequente nos anos escolares iniciais, constatou-se que há evidências de casos com estudantes de anos mais avançados.

Muitas vezes, as agressões iniciam-se em anos iniciais de estudo e quando “eclodem” surgem casos de barbáries, como a noticiada em Realengo, no Rio de Janeiro, no ano de 2011.

Conclusão

O estudo possibilitou dimensionar a presença do *bullying* em escolas de Ensino Médio, consolidando-se como um estudo pioneiro realizado no município de Sobral, e revelar que o contexto da violência escolar está presente em todas as escolas no Brasil e no mundo.

Tal assunto é de extrema relevância no contexto atual da educação e da saúde, sendo necessárias medidas para a redução dessas práticas violentas que acarretam consequências nefastas na vida de quem sofre.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sidnéia Barbosa de; CARDOSO, Luciana Roberta Donola; COSTA, Vânia Vieira *Bullying: Conhecimento e prática pedagógica no ambiente escolar*. **Psicol. Argum.** v. 27, n. 58, p. 201-206, 2009.

ANTUNES, Debora Christina; ZAIM, Antônio Álvaro Soares. Do *bullying* ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. **Psicologia e Sociedade**. v. 20, n. 1, p. 33-42, 2008.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto 9939333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

CALHAU, Lélío Braga. **Bullying**: o que você precisa saber – identificação, prevenção e repressão. 3.ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011.

CARVALHOSA, Susana Fonseca de; LIMA, Luísa; MATOS, Margarida Gaspar de. **Bullying**: provocação/vitimização entre pares no contexto escolar português. **Análise Psicológica**. v. 4, a. XIX, p. 523-537, 2001.

CRAIG, M. *et al.* A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. **Int J Public Health**. v. 54, Suppl.2, p. 216-224, 2009.

DERBABIEUX, E. Cientistas, políticos e violência: rumo a uma comunidade científica europeia para lidar com a violência nas escolas? In: DERBABIEUX, E.; BLAYA, C. (Orgs.) **Violência nas escolas: dez abordagens europeias**. Brasília:Unesco, 2002.

FANTE, Cleodelice Aparecida Zonato. **Fenômeno Bullying: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz**. 6.ed. Campinas, São Paulo: Verus, 2011.

_____.; PEDRA, José Augusto. **Bullying escolar**: perguntas e respostas. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRANCISCO, Marcos Vinícius; LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra. Um estudo sobre *bullying* entre escolares do Ensino Fundamental. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 200-207, 2009.

FREIRE, Isabel P.; SIMÃO, Ana M. Veiga; FERREIRA, Ana S. **O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico – um questionário aferido para a população escolar portuguesa**. Rev. Port. de Educação, v. 19, n. 2, p.157-183, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

LIMA, E. Câmara Municipal de Sobral aprova lei *antibullying*. **Jornal O Povo Online**. Disponível em: <http://blog.opovo.com.br/blogdoeliomar/camara-municipal-de-sobral-aprova-lei-antibullying/>. Acesso em: 10 mai 2011.

LOHRE, Audhild *et al.* Peer victimization as reported by children, teachers, and parents in relation to children's health symptoms. **BMC Public Health**. v. 11, p. 278, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC3115857/?tool=pubmed>. Acesso em: 10 jan. 2012.

LOPES NETO, Antônio Aramis. *Bullying* – comportamento agressivo entre estudantes. **J Pediatr (Rio J)**. v. 81, n. 5, Supl., p. S164-S172, 2005.

_____. *Bullying: saber identificar e como prevenir*. São Paulo: Brasiliense, 2011.

_____.; SAAVEDRA, Lucia Helena. *Diga não ao Bullying: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. 2.ed. Passo Fundo: Battistel, 2008.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* *Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE)*, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 9, Supl. 2, p. 3065-3076, 2010.

MOSCOSO, L. **Governo do Ceará cria serviço Disque-bullying**. Disponível em: <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1007535>. Acesso em: 10 jul. 2011.

MOURA, Danilo Rolim de; CRUZ, Ana Catarina Nova; QUEVEDO, Luciana de Ávila. Prevalence and characteristics of school age bullying victims. **Jornal de Pediatria**. v. 87, n. 1, 2011.

OLWEUS, Dan. Bully/victim problems in school: facts and intervention. **European Journal of Psychology of Education**., v. 4, p. 495-510, 1997.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Cartilha 2010 – Projeto Justiça na Escola**. 1.ed. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2010.

WANG, Jing. *et al.* Co-occurrence of victimization from Five subtypes of bullying: physical, verbal, social exclusion, spreading rumors, and cyber. **J Pediatr Psychol**; v. 35, n. 10, p. 1103-1112, Nov., 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nih.gov/pmc/articles/PMC2980945/?tool=pubmed>. Acesso em: 21 Jan. 2012.

8 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOTIFICADA EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE UMA METRÓPOLE BRASILEIRA

**Renata Carneiro Ferreira
Gracyelle Alves Remigio Moreira
Lívia de Andrade Marques
Ana Carine Arruda Rolim
Ludmila Fontenele Cavalcanti
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira**

A violência contra a mulher possui historicidade, influenciada por uma sólida construção de papéis de gênero estabelecidos e baseados nos princípios de autoridade e superioridade do homem em relação à mulher (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, COUTO, 2009; ANTAI, 2011). Dentre as taxas de femicídios, em 84 países, o Brasil aparece em 7^a posição com 4,4 para cada 100 mil mulheres. No período de 1980 a 2010 foram assassinadas, no Brasil, mais de 92 mil mulheres, 43,7 mil na última década (WAISELFISZ, 2012).

Embora haja no Brasil poucos estudos nacionais sobre a magnitude da violência contra as mulheres, nota-se um crescente interesse pelo levantamento de dados que possam subsidiar as políticas públicas voltadas para o enfrentamento dessa questão (BRASIL, 2011a).

Como parte do conjunto de políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres foi instituída a Lei n. 10.778/2003, que dispõe sobre a notificação compulsória nos serviços de saúde, com a posterior criação do serviço de notificação de violência contra a mulher e a aprovação de instrumentos e fluxos (Portaria n. 2.406/2004) (BRASIL, 2004). Em 2011, a Portaria n. 104 definiu a violência doméstica, sexual e/ ou outras violências como o 45º evento de notificação compulsória, eximindo a responsabilidade do ato notificador apenas dos serviços especializados e ampliando para o setor saúde (BRASIL, 2011b).

A literatura aponta obstáculos, resistências e desconhecimento dos profissionais da atenção e gestão sobre as políticas vigentes e o modo de implementá-las para minimizar os episódios de violência contra os grupos vulneráveis (KISS, SCHRAIBER, 2011; OSIS, DUARTE, FAÚNDES, 2012). Para reiterar essa premissa, conhecer como se expressam as situações de violência contra a mulher que aportam os serviços de saúde, reitera-se a gravidade desses casos, a perpetuação de ciclos complexos e as sérias repercussões na saúde individual e coletiva.

A notificação, se inserida no contexto do atendimento às mulheres em situação de violência e adotada pelos gestores, é fundamental para dimensionar as situações de violência contra a mulher, proteger os sujeitos envolvidos, monitorar as políticas públicas e favorecer a articulação de ações intersetoriais.

Nesse contexto, o estudo descreve as características das violências contra a mulher notificadas em serviços de saúde em uma metrópole brasileira.

Metodologia

Consiste em um estudo transversal, de caráter descritivo, utilizando como fonte de dados as fichas de notificação de casos de violência contra mulheres de três serviços de saúde da atenção secundária, em Fortaleza, Ceará, no triênio de 2006 a 2008. Fortaleza, no ano de 2010, apresentou a 16ª taxa (5,8:100 mil mulheres) de homicídio feminino entre as capitais brasileiras (WAISELFISZ, 2012).

Na época da pesquisa, o atendimento à violência contra a mulher em Fortaleza era ofertado por quatro serviços, que integravam a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (VIVA). O estudo abrangeu três desses serviços, alcançando 75% das notificações do triênio selecionado.

Tomou-se por base as notificações de mulheres com idade igual ou superior a 12 anos, residentes em Fortaleza. Identificaram-se 960 casos, desses 21 foram excluídos (16 com idade inferior a 12 anos e cinco sem informação sobre o tipo de violência), resultando em 939 fichas analisadas. A coleta de dados aconteceu manualmente, entre julho e outubro de 2009.

Para a caracterização das situações de violência foram considerados: faixa etária, raça, situação conjugal/estado civil, escolaridade, situação de trabalho, gestação, deficiência, relações sexuais, local de ocorrência, reincidência da violência, sobreposição de tipos de violência, número de agressores, meio da agressão, sexo do agressor, relação do agressor com a vítima, suspeita de uso de álcool pelo agressor e tipo de violência. Consideraram-se tais variáveis, visto que estas

compõem as informações coletas na ficha de notificação e fornecem um panorama mais acurado das situações, favorecendo a implementação de medidas de prevenção da violência contra a mulher.

As tipologias de violência seguiram as mencionadas na ficha de notificação (BRASIL, 2008): física, psicológica/moral, sexual, negligência/abandono, tortura e patrimonial. A ficha ainda inclui o tráfico de seres humanos e o trabalho infantil, que por demandarem outros construtos epistemológicos não foram alvos desta investigação.

Os dados foram organizados e submetidos à análise estatística descritiva, utilizando o programa SPSS, versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, USA). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob Parecer n. 123/2009.

Resultados

A análise dos dados sócio-demográficos evidenciou o predomínio de mulheres em situação de violência na faixa etária de 30 a 39 anos (36,1%), com média de idade de 33,2 anos (DP=11,05). A maior parte era parda (55,7%), casada (68,1%), com Ensino Fundamental incompleto (52,6%), empregada (56,5%), não gestante (94,4%), não deficiente (92,8%) e mantinha relações sexuais só com homens (94,7%).

TABELA 1 – Características sócio-demográficas das mulheres em situação de violência atendidas em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008: Faixa etária.

Característica sócio-demográfica: Faixa Etária (em anos) (n=924)	n	%
12 – 19	71	7,7
20 – 29	288	31,2
30 – 39	334	36,1
40 – 49	156	16,9
50 – 59	53	5,7
> 60	22	2,4

TABELA 2 – Características sócio-demográficas das mulheres em situação de violência atendidas em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008: Raça.

Característica sócio-demográfica: Raça (n=916)	n	%
Branca	275	30,0
Preta	104	11,4
Amarela	11	1,2
Parda	510	55,7
Indígena	16	1,7

TABELA 3 – Características sócio-demográficas das mulheres em situação de violência atendidas em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008: Situação conjugal/Estado Civil

Características sócio-demográfica: Situação Conjugal/Estado Civil (n=878)	n	%
Casada	598	68,1
Solteira	234	26,7
Separada/divorciada	32	3,6
Viúva	14	1,6

TABELA 4 – Características sócio-demográficas das mulheres em situação de violência atendidas em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008: Faixa etária.

Característica sócio-demográfica: Escolaridade (n=917)	n	%
Analfabeto	39	4,2
Fundamental incompleto	482	52,6
Fundamental completo	72	7,8
Médio incompleto	94	10,3
Médio completo	158	17,2
Superior incompleto	32	3,5
Superior completo	40	4,4

TABELA 5 – Características sócio-demográficas das mulheres em situação de violência atendidas em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008: Situação de trabalho.

Característica sócio-demográfica: Situação de Trabalho (n=915)	n	%
Empregada*	517	56,5
Desempregada	398	43,5

* Inclui empregadas no mercado formal, informal e autônomas.

TABELA 6 – Características sócio-demográficas das mulheres em situação de violência atendidas em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008: Gestante.

Característica sócio-demográfica: Gestante (n=939)	n	%
Sim	53	5,6
Não	886	94,4

TABELA 7 – Características sócio-demográficas das mulheres em situação de violência atendidas em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008: Deficiência.

Característica sócio-demográfica: Possui algum tipo de deficiência (n=939)	n	%
Sim	68	7,2
Não	871	92,8

TABELA 8 – Características sócio-demográficas das mulheres em situação de violência atendidas em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008: Relações sexuais.

Característica sócio-demográfica: Relações sexuais (n=619)	n	%
Só com homens	586	94,7
Só com mulheres	30	4,8
Com homens e mulheres	03	0,5

As agressões identificadas assumiram as seguintes características: ocorreram na residência (87,5%); com reincidência (88,6%); sobreposição de tipos de violência (73,9%); envolvimento de um agressor (88,5%). A maioria das agressões ocorreu pelo uso da força corporal (71,8%), seguido por ameaça (18,8%), objeto perfuro-cortante (11,8%) e arma de fogo (3,7%). Quanto ao agressor, predominou o sexo masculino (97,2%), parceiro íntimo da vítima (71,7%), e com suspeita de uso de álcool (64,3%) (Tabela 9).

TABELA 9 – Características da agressão e do agressor dos casos de violência contra a mulher notificados em serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.

Características da agressão e do agressor	n	%
Local da ocorrência (n=907)		
Residência	794	87,5
Via pública	55	6,1
Comércio/serviço	13	1,4
Outros	45	5,0
Agressão ocorreu outras vezes (n=902)		
Sim	799	88,6
Não	103	11,4
Sobreposição de tipos de violência (n=939)		
Sim	694	73,9
Não	245	26,1
Número de agressores envolvidos (n=925)		
Um	819	88,5
Dois ou mais	106	11,5
Agressão por força corporal (n=939)		
Sim	674	71,8
Não	265	28,2
Agressão por objeto perfuro-cortante (n=939)		
Sim	111	11,8
Não	828	88,2
Agressão por arma de fogo (n=939)		
Sim	35	3,7
Não	904	96,3
Agressão por ameaça (n=939)		

Continuação		
Sim	177	18,8
Não	762	81,2
Sexo do autor da agressão (n=907)		
Masculino	882	97,2
Feminino	25	2,8
Vínculo do autor com a vítima (n=913)		
Parceiro íntimo	655	71,7
Ex-parceiro íntimo	130	14,2
Pessoa da família	45	4,9
Amigo/conhecido	51	5,6
Desconhecidos	32	3,6
Suspeito de uso de álcool pelo agressor (n=804)		
Sim	517	64,3
Não	287	35,7

A tabela 10 descreve as tipologias de violência vivenciadas pelas mulheres atendidas nos serviços investigados. Na maior parte dos casos (73,9%), as mulheres sofreram dois ou mais tipos de violência. A violência psicológica/moral (85,7%) e física (74,9%) foram as mais frequentes, seguidas pela negligência/abandono (18,2%), sexual (13,3%), patrimonial (4,0%) e tortura (2,7%).

TABELA 10 – Tipologias de violência vivenciadas pelas mulheres atendidas nos serviços investigados. Fortaleza, Ceará, 2006-2008.

Tipos de violência*	n	%
Violência física (n=939)		
Sim	703	74,9
Não	236	25,1
Violência psicológica/moral (n=939)		
Sim	805	85,7
Não	134	14,3
Violência sexual (n=939)		
Sim	125	13,3
Não	814	86,7

Continuação

Negligência/abandono (n=939)

Sim	171	18,2
Não	768	81,8

Tortura (n=939)

Sim	25	2,7
Não	914	97,3

Violência patrimonial (n=939)

Sim	38	4,0
Não	901	96,0

* Na maioria dos casos houve sobreposição de tipos de violência.

Discussão

As características (Ensino Fundamental incompleto, raça parda, situação conjugal casada) das mulheres em situação de violência, neste estudo, corroboram investigações empreendidas em diferentes regiões brasileiras (GARCIA *et al.*, 2008; LABRONICI *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2010). O baixo nível educacional das mulheres em situação de violência também é evidenciado em outros países (BABU, KAR, 2009; OYUNBILEG *et al.*, 2009).

A violência contra a mulher mostra-se associada à baixa escolaridade em alguns estudos.

Na Índia, pesquisa de base populacional com mulheres (1.718) e homens (1.715) casados evidenciou relação significativa entre poucos anos de estudo com a violência doméstica (BABU; KAR, 2009). Kronbauer e Meneghel (2005), em investigação em um serviço de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com 251 mulheres em situação de violência entre 18 e 49 anos, confirmaram que as mulheres com menos anos de estudo apresentaram maiores prevalências de violência física e psicológica. Em contrapartida, alguns autores

chamam a atenção que as agressões ocorrem com mulheres de todos os níveis educacionais (GADONI-COSTA; ZUCATTI; DELL'AGLIO, 2011). Desse modo, é importante mencionar que esses achados podem ser reflexo da limitação educacional das mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde, onde é realizada a maior parte dos estudos.

Também se verificou a predominância da agressão com reincidência e o entrelaçamento dos tipos de violência. Pesquisa na Etiópia constatou um padrão de abuso contínuo na Violência por Parceiro Íntimo (VPI), como também mostrou que as mulheres experimentam múltiplas formas de agressão (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2011). A combinação das violências física, sexual e psicológica e a repetição dos atos reflete uma maior gravidade das situações e pode explicar a procura por serviços especializados. Nessa perspectiva, o reconhecimento e a intervenção precoce dos casos possibilitam romper com o ciclo da violência, minimizando as consequências negativas desses atos.

A residência, na presente investigação, constituiu-se no local de maior ocorrência dos casos de violência contra a mulher, resultado que se assemelha ao da literatura (GARCIA *et al.*, 2008; DIEESE, 2011). Dados do Anuário das mulheres brasileiras revelam que em todas as regiões do país, no ano de 2009, as agressões físicas contra as mulheres aconteceram com mais frequência no próprio lar, diferentemente da violência física contra a população masculina, que ocorreu na maioria das vezes na via pública (DIEESE, 2011). Este fato implica que as mulheres, em geral, são vitimizadas por pessoas conhecidas que integram o seu convívio privado, enquanto os homens são agredidos por desconhecidos.

Para reforçar esse argumento, o parceiro íntimo sobressaiu, neste estudo, como o principal agressor. Pesquisadores advertem que a VPI se configura como uma prática frequente nos relacionamentos amorosos, estando arraigada na vida social, sendo naturalmente percebida (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009; ANTAI, 2011). Essa premissa reitera que as situações de violência contra a mulher são perpetuadas pelas relações de poder, decorrentes do lugar ocupado, culturalmente, pelo sexo masculino nas relações de gênero (SILVA *et al.*, 2013).

Esse achado corrobora pesquisa de Osis, Duarte e Faúndes (2012) que identificaram o parceiro íntimo como o principal perpetrador da violência contra a mulher em 15 municípios paulistas. Pesquisa em Ribeirão Preto (SP) apontou que mais de um terço de sua amostra (504 mulheres de 15 a 49 anos) sofreu VPI e evidenciou modelo preditivo que pode ser utilizado para avaliar o risco de VPI (morar em casa alugada, ter sofrido abuso sexual na infância, o agressor ter sofrido agressão na infância, o uso de álcool pela mulher e parceiro, uso de drogas e percepção sobre o temperamento do parceiro) (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Os resultados encontrados sobre os tipos de violência reforça a hegemonia das relações de gênero e convoca reflexões sobre os papéis feminino e masculino, socialmente construídos. Semelhante a este estudo, a violência psicológica/ moral e a física registram altos índices em pesquisas sobre o tema (LABRONICI *et al.*, 2010; ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2011; OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Os registros de violência sexual não se mostraram expressivos, indicando que abuso dessa natureza é difícil de

ser mensurado, devido a questões complexas que envolvem a sua revelação. Em virtude da maior parte das situações de violência ocorrer no ambiente familiar e ser perpetrada pelo parceiro íntimo, as mulheres podem não reconhecer um ato sexual forçado como violência, pelo vínculo sentimental com o agressor e, até mesmo, por terem internalizado o intercurso sexual como uma obrigação nos relacionamentos estáveis. Essa baixa ocorrência da violência sexual também pode ser explicada pelo silêncio, medo, constrangimento, papéis atribuídos à mulher, culpabilização da vítima, dentre outros, que sustentam a invisibilidade dos casos (OLIVEIRA *et al.*, 2005; GARCIA *et al.*, 2008; OSHIKATA *et al.*, 2011).

A análise de dados secundários traz limites que podem mascarar a complexidade das situações de violência sofridas pelas mulheres. Mesmo considerando a obrigatoriedade da notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a sua incorporação implica num processo de capacitação das equipes de saúde voltado para um uso integrado ao atendimento das mulheres em situação de violência (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012). É por meio da notificação dos casos que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (SALIBA *et al.*, 2007).

Em conclusão, a violência notificada nos serviços de saúde investigados atinge principalmente as mulheres de 30 a 39 anos, pardas, casadas, com Ensino Fundamental incompleto. Os atos são recorrentes, ocorrem na residência e são praticados pelo parceiro íntimo. Os tipos de violência se sobrepõem, destacando-se a violência psicológica/moral e física.

Recomenda-se que os serviços de atenção à saúde mulher possam ressignificar a prática e implementar ações que possam romper o ciclo dessas violências. A notificação não é um instrumento de denúncia e sim um instrumento de visibilidade e de proteção, servindo ao mapeamento do fenômeno da violência e disparador de políticas públicas.

Agradecimentos

Este capítulo é resultado de um esforço cooperativo e interativo, da dissertação de mestrado de Renata Carneiro Ferreira. Agradecemos inicialmente a Deus pelo conhecimento adquirido, aos autores e colaboradores, pela oportunidade de trabalharmos e aprendermos juntos e por suas valiosas e inspiradoras contribuições deste capítulo.

REFERÊNCIAS

ABEYA, Sileshi G.; AFEWORK, Mesganaw F.; YALEW, Alemayehu W. Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors. **BMC Public Health**, London, v. 11, n. 913, p. 01-18, 2011.

ANTAI, Diddy. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **BMC Public Health**, London, v. 11, n. 511, p. 01-11, 2011.

BABU, Bontha V.; KAR, Shantanu K. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 129, p. 1-15, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.406/GM, de 05 de novembro de 2004**. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). **Ficha de notificação/ investigação individual, violência doméstica, sexual e/ ou outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <<http://saude.gov.br/svs>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; FLACH, Roberta Matassoli D; FARIAS, Rejane Santos. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. O social em questão. **Violências e Garantia de Direitos**, Rio de Janeiro, ano 15, n. 28, p. 99-124, semestre 2, 2012.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). **Anuário das mulheres brasileiras**. São Paulo: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, 2011.

GADONI-COSTA, Lila Maria; ZUCATTI, Ana Paula N; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 219-227, abr./jun. 2011.

GARCIA, Marilúcia Vieira *et al.* Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, nov. 2008.

KISS, Lúgia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, mar. 2011.

KRONBAUER, José Fernando D.; MENEGHEL, Stela Nazareth. Perfil da violência de gênero perpetrada por Companheiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, out. 2005.

LABRONICI, Liliana Maria *et al.* Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 126-133, mar. 2010.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3. p. 376-382, jun. 2005.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki *et al.* Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-713, 2011.

OSIS, Maria José D.; DUARTE, Graciana Alves; FAÚNDES, Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-358, abr. 2012.

OYUNBILEG, Shagdarsuren *et al.* Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence among Mongolian Women. **Journal of Women's Health**, Washington, DC , v. 18, n. 11, p. 1873-1880, nov. 2009.

SALIBA, Orlando *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, jun. 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires L.; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Supl. 2, p. S205-S216, 2009.

SILVA, Maria Arleide da *et al.* Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 391-396, 2013.

SILVA, Maria Arleide da *et al.* Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 264-272, 2010.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; PERDONA, Gleici da Silva C.; SANTOS, Manoel Antônio. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2012.

9 CARACTERÍSTICAS DE MULHERES QUE TENTARAM O SUICÍDIO E FORAM ATENDIDAS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE FORTALEZA-CEARÁ

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira
José Gomes Bezerra Filho
José Edir Paixão de Sousa
Ana Karla Batista Bezerra Zanella
Regina Fátima Gonçalves Feitosa

Os elevados índices de suicídio, tentativas de suicídio e ideação suicida caracterizam um importante problema de saúde pública. A ideação suicida consiste em um preditor de tentativas de suicídio e, nesse sentido, pode ser considerada como primeiro passo para que tal atitude seja finalizada (SOUZA *et al.*, 2010).

Para Oliveira, Bezerra-Filho e Feitosa (2012), o suicídio é um ato consciente de autodestruição, é a ação de matar a si mesmo. A prevalência de mortes por suicídio é mais elevada nos países da Europa Oriental e mais baixa em países das Américas Central e do Sul (NOCK *et al.*, 2008).

Japão, Áustria, Suíça e França são líderes em casos de suicídio. De acordo com os registros da Organização Mundial da Saúde, 900.000 pessoas cometeram suicídio em 2003, representando uma morte a cada 35 segundos. Para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas

próximas ao suicida cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e econômica (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

No Brasil, a descrição do perfil epidemiológico de autocídio cresceu significativamente nas últimas décadas. Resultados de estudos, há mais de uma década, revelaram que a região sul e, especificamente, o estado do Rio Grande do Sul que detém os maiores coeficientes de mortalidade do país, chegando a 11/100.000 habitantes (SCHMITT *et al.*, 2008). No entanto, em números absolutos, o Brasil está entre os dez países com o maior número de mortes por essa causa conforme relatam Botega *et al.* (2009).

Sobre essas tentativas, não há dados do número exato no mundo, visto que a maioria dos países não têm sistemas de monitoramento e a maioria dos estudos de tentativas é eminente e frequentemente realizado em ambientes hospitalares ou em áreas de captação epidemiológica (NGUYEN *et al.*, 2010).

No entanto, estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas com gravidade suficiente para requerer cuidados médicos, e que elas sejam até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005). Para cada tentativa documentada existem outras quatro que não são registradas (MARIN-LEON; BARROS, 2003; SCHMITT *et al.*, 2008).

As tentativas suicidas definem-se como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte, podendo envolver desde atos mais graves, muitas vezes, com necessária hospitalização (KRAKOWSKI; CZOBOR, 2004).

Anualmente, 10 a 20 milhões de pessoas tentam o suicídio em todo o mundo (SOUZA *et al.*, 2011). No Brasil, presume-se que o número de tentativas supere o de suicídios em pelo menos 10 vezes. Relata-se que de 15 a 25% das pessoas tentarão, novamente, matar-se no ano seguinte, e 10% conseguirão, efetivamente, matar-se nos próximos dez anos (BOTEGA *et al.*, 2006).

As tentativas constituem importante questão de saúde pública no mundo inteiro em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Quando estes ocorrem, muitas vezes, permanecem inúmeras sequelas para a pessoa que o cometeu, para os demais membros de sua família e pessoas do seu convívio (OLIVEIRA, 2013)

O comportamento suicida ainda exerce grande impacto nos serviços de saúde, com uma carga global de 1,4% ocasionado por doenças no ano 2002, em decorrência das tentativas de suicídio. Calcula-se que esta cifra chegará a 2,45% em 2020. Esses custos com as tentativas de suicídios são relacionados, com hospitalização, medicamentos e afastamento do trabalho (BOTEGA *et al.*, 2009).

Segundo Bertolote e Mello-Santos (2010), três características, em particular, são próprias do estado das mentes suicidas: 1) Quem procura a morte nem sempre quer morrer, até porque desconhece o que é morrer; 2) Ou seja, o suicida quer morrer, mas também quer viver (ambivalência); 3) Está em situação de conflito, a ajuda ou a ameaça pode decidir a direção a ser tomada.

Entre os fatores associados às tentativas de suicídios, estudos internacionais e nacionais destacam, de modo geral: o gênero feminino; os transtornos psiquiátricos (como de-

pressão e dependência de substâncias psicoativas); ter uma condição conjugal tal como divorciado, separado ou solteiro; assim como uma situação profissional mais desfavorável, como desemprego ou capacitação insuficiente (BOTEGA *et al.*, 2009).

A repetição de tentativas de suicídio também é um forte indicador de risco para a consumação do ato. O risco de suicídio depois de uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral (VIDAL; GONTIJO, 2013; SUOMINEN *et al.*, 2004).

No Brasil, cerca de quatro habitantes por 100 mil, em média, suicidam-se. Embora as taxas de suicídio sejam consideradas baixas quando comparadas às de outros países, entre 1998 e 2008, o total de suicídios, no Brasil, representou um aumento de 33,5%, enquanto o crescimento da população do país foi de 17,8%, no mesmo período (WAI-SELFISZ, 2011).

Em estudo realizado no Brasil sobre epidemiologia do suicídio no período de 1988 a 2000, considerando as taxas globais, ocorreram aproximadamente quatro vezes mais suicídios para homens brasileiros por 100.000 habitantes, em comparação às mulheres (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005). Tais resultados podem estar relacionados aos métodos já que os homens utilizam meios mais violentos e letais (SOUZA *et al.*, 2011). Embora seja observada uma relação inversa quanto às tentativas de suicídio com relação aos homens; deve-se notar, no entanto, que essas diferenças vêm diminuindo (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

As mulheres são três vezes mais propensas a tentarem o suicídio do que os homens. Acredita-se que isso ocorra por elas serem mais tendenciosas a sofrer de depressão, reconhecendo-se, assim, o importante papel desempenhado pela depressão diante dos atos suicidas. Porém, a hipótese destacada para explicar a diferença entre mulheres e homens é que estes usam técnicas mais violentas, e chegam a consumir o ato (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

Segundo estudo de Prieto e Tavares (2005) e OMS (2000), 90% dos casos de pacientes que cometem ou tentam suicídio apresentam um transtorno mental diagnosticado, e os transtornos do humor, em especial a depressão, representam o diagnóstico mais frequente, entre os portadores de doença mental, que cometeram suicídio. De acordo com Botega *et al.* (2006), aproximadamente metade dos indivíduos que faleceram por suicídio estava sofrendo de depressão, quando comparados a indivíduos com outros transtornos mentais.

As tentativas de suicídio podem ser passíveis de prevenção, no entanto, é de fundamental importância para a prevenção do suicídio a realização precoce do diagnóstico do transtorno mental que acomete o indivíduo e o adequado tratamento desses casos, pois embora a quase totalidade dos suicidas tenha um transtorno mental, há um número reduzido de quadros psicopatológicos que estão associados (WHO, 2002a).

É provável que muitas das tentativas de suicídio não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade. Muitas vezes, quando os pacientes chegam para o atendimento, os registros elaborados nos serviços de emer-

gência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos. A literatura mostra que toda ameaça de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador. Entretanto, a maioria dos casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e demais profissionais de saúde identifiquem o potencial de nível de risco e possam intervir para reduzi-lo (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Estudos indicam a importância de se desenvolver treinamento junto aos profissionais de saúde, não só os de saúde mental, para a avaliação dos riscos de suicídio e de prevenção do mesmo. No entanto, esse treinamento precisa ser multissetorial, incluindo ações de políticas para educação e aplicação desses conhecimentos pelos referidos profissionais, além das medidas de intervenção e tratamento dos transtornos mentais (SANTOS *et al.*, 2009).

A literatura enfatiza, conforme foi descrito, haver maior ocorrência de tentativa de suicídio entre as mulheres. Em decorrência do fato, decidiu-se realizar um estudo com objetivo de investigar as características de mulheres com tentativas de suicídio atendidas em instituições públicas de Fortaleza - Ceará (SANTOS *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2011; ABASSE *et al.*, 2009; WERNECK *et al.*, 2006).

Metodologia

No período de 2011 a 2012, realizou-se um estudo transversal, quantitativo em uma amostra de conveniência representativa de mulheres que tentaram suicídio e foram atendidas em dois hospitais públicos (um clínico e o outro de urgência e emergência) classificados de nível terciário e três unidades de saúde mental de Fortaleza, Ceará.

Em cada instituição, foi realizada uma visita diária durante um ano e foram selecionadas 228 mulheres que tinham como diagnóstico médico tentativa de suicídio.

Realizou-se entrevista com pacientes, sendo que, antes disso, dialogou-se com os profissionais de cada instituição selecionada sobre as condições da paciente em participar e interagir com na entrevista.

Após a obtenção do consentimento por escrito de cada entrevistada, esta respondia a entrevista, utilizando um questionário sigiloso com perguntas estruturadas sobre: sexo, idade, nível socioeconômico, histórico de comportamento suicida, escolaridade, condições de moradia, trabalho remunerado, suporte social, método utilizado na tentativa, história de tentativa de suicídio na família, tratamento em saúde mental e histórico de abuso sexual na infância.

Utilizou-se a Escala de Ideação Suicida Beck (BSI), cujas propriedades psicométricas são consideradas satisfatórias tanto em amostras clínicas quanto em amostras não clínicas, tendo por finalidade medir a extensão do desejo de morrer e de tentar suicídio, e a Escala Inventário de Depressão de Beck (BDI), sintomática de depressão, que mede a intensidade da depressão, classificando-a como mínima, leve, moderada e grave (CUNHA, 2001).

Os dados foram coletados após treinamento com os instrumentos e realização de reuniões periódicas para esclarecimento de dúvidas sobre vigilância das violências. Adotou-se a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. Os dados foram armazenados, processados e analisados no Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Os dados foram analisados, em termos de frequências simples e absolutas.

O projeto de pesquisa deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal do Ceará, protocolo número 41/11.

Resultados e discussão

Foram elegíveis, segundo dados da Tabela 1, 228 mulheres que, consecutivamente, foram atendidas nas unidades, cenário do estudo. A média de idade entre elas foi de 36 anos, com desvio padrão igual 14. A maioria chegou apenas ao Ensino Fundamental (76,0%), solteira (44,3%), morando com os pais (29,0%), sem trabalho (21,0%), 71,8% dependiam da família para sobreviver, 43% se sentiam conflitante com alguém. ao se considerar a amostra como um todo, 55% eram católicas e 29% evangélicas, no entanto, 67% quase nunca frequentavam o templo de filiação religiosa.

O perfil etário das mulheres encontradas no estudo não está em consonância com a maior parte dos estudos descritivos sobre tentativas de suicídio, em que a maioria encontrada é entre mulheres mais jovens (WHO, 2002b; SCHMIDTKE *et al.*, 1996). Quanto à escolaridade, os dados são similares a outros estudos realizados no Brasil, em que foi

demonstrado que as principais vítimas de tentativas de suicídio são pessoas com apenas o Ensino Fundamental (SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2007; NEVES, 2007).

Quanto ao estado civil predominaram o de solteira, separada e viúva, estando em consonância com estudo realizado no Rio de Janeiro (SANTOS *et al.*, 2009). Com relação ao convívio do lar, familiar, 29% moravam com os pais e 23% moravam com os filhos, o que corrobora com as afirmações de Werlang, Borges e Fensterseifer (2005), ao investigarem fatores de risco ou proteção à ideação suicida: 97,5% morava com a família. Uma proporção pequena exercia atividade laboral: 21,1%. Para alguns autores, há explicações possíveis como desemprego que confere vulnerabilidade, impacto de eventos estressantes, aumento do risco de fatores que aceleram o suicídio.

Pesquisas indicaram que pessoas em situação profissional desfavorável, como o desemprego, estão em risco de suicídios ou tentativa (BOTEGA *et al.*, 2009). Quase metade da amostra 43,9% têm conflito interpessoal. Autores afirmam que no conflito com alguém, o indivíduo necessita estar conectado a outras redes sociais, para obter o apoio que necessita para a sobrevivência. Dessa forma, o conflito interpessoal e o problema de relacionamento são um dos fatores de risco para tentativa de suicídio (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

Em relação à religiosidade, a maioria se dizia católica, em seguida de evangélica. No entanto, a maioria não a praticava. Tradicionalmente, tem-se atribuído à religião fator protetor do suicídio, promovido, talvez, pela maior integração social e pelas atividades religiosas (OLIVEIRA, 2013).

Em pesquisas de Botega et al (2006) sobre prevenção do comportamento suicida, em Porto Alegre (RS), e de Araújo, Vieira e Coutinho (2010), na Paraíba (PB), sobre Ideação suicida na adolescência, a religiosidade foi importante fator de proteção.

TABELA 1 - Características das tentativas de suicídios em mulheres, Fortaleza, Ceará, 2011- 2012.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
<19	37	16,2
20-29	46	20,2
30-59	136	59,6
>60	9	4,0
Total	228	100,0
Escola		
Nenhuma	41	18,0
1 Grau	132	58,0
2 Grau	41	18,0
3 Grau	14	6,0
Total	228	100,0
Estado civil		
Solteiro	101	44,3
Casado	42	18,5
Mora Junto	27	11,8
Separado	36	15,8
Divorciado	11	4,8
Viúvo	11	4,8
Total	228	100,0
Convivência do lar		
Pais	66	29,0
Filhos	54	23,7
Sozinho	16	7,0
Irmão	13	5,7
Tios	2	0,9
Outros	77	33,7
Total	228	100,0
Trabalho		
Sim	48	21,1

Continuação		
Não	180	78,9
Total	228	100,0
Dependência Financeira		
Família	97	71,8
Filhos	21	15,6
Irmãos	7	5,2
Tios	2	1,5
Outros	8	5,9
Total	135	100,0

TABELA 1- Continuação. Características das tentativas de suicídios em mulheres, Fortaleza, Ceará, 2011- 2012.

Variáveis	n	%
Conflito interpessoal		
Sim	100	43,9
Não	128	56,1
Total	228	100,0
Religião		
Católico	126	55,3
Protestante	67	29,4
Sem religião, mas acredita em Deus	21	9,2
Ateu	11	4,8
Espírita	3	1,3
Total	228	100,0
Frequência à Igreja ou culto		
Uma vez por semana	36	15,8
Duas a três vezes por ano	23	10,1
Uma vez por mês	13	5,7
Uma vez por ano	3	1,3
Quase nunca	153	67,1
Total	228	100,0

Fonte: CAPS III, IJE, PRAVIDA.

O total de transtornos mentais encontrados como episódio depressivo moderado a acentuado (Tabela 2), conforme escala DBI de Beck, foi de 77,2%. A maioria, 51,8%, com tratamento psiquiátrico/psicológico, sendo 51,7% atendidas no CAPS, 39,0% em Hospital de saúde mental. Dentre elas, 38,2% já estiveram internadas em hospital psiquiátrico.

Os dados são inferiores ao encontrado em estudo realizado por Beautrais (1996), na Europa, e Bernal *et al.* (2007), nos Estados Unidos onde encontraram um percentual de transtorno mental de 90%. Esse achado é confirmado por estudos que mostram um risco maior nos casos em pessoas que apresentavam histórico de doença mental (BERTOLOTE *et al.*, 2010). Nesse sentido, Chachamovich *et al.* (2009) relataram que o comportamento suicida tem sido largamente descrito e, em associação ao quadro clínico de depressão e presença de algum transtorno mental, eleva a possibilidade de tentativa de suicídio.

Para Mcholm, Macmillan e Jamieson (2003), os transtornos evidenciados em seus estudos variaram desde a intensidade de sentimento de desesperança, frequente ideação suicida até quadros psiquiátricos de depressão, esquizofrenia, transtornos de personalidade e uso e abuso de substâncias químicas. Embora afirmem Souza *et al.* (2011) que apenas casos mais graves levem à internação hospitalar, 38,2% da nossa amostra já estiveram internadas em hospital psiquiátrico.

TABELA 2 - História de tratamento por problemas de saúde mental. Fortaleza, Ceará, 2011- 2012.

Variáveis	n	%
Depressão		
Acentuada	92	40,4
Moderada	84	36,8
Leve	29	12,7
Mínima	23	10,1
Total	228	100,0
Tratamento mental		
Sim	118	51,8
Não	110	48,2
Total	228	100,0

Continuação**Local de Atendimento**

CAPS	61	51,7
Hospital de saúde mental	46	39,0
Hospital Geral	6	5,1
Posto de Saúde	5	4,2
Total	118	100,0

Esteve internado em Hospital Psiquiátrico

Sim	87	38,2
Não	141	61,8
Total	228	100,0

Fonte: CAPS III, IJE, PRAVIDA

Especificamente, na avaliação quanto à violência na infância, conforme Tabela 3, foi identificado um número considerável de mulheres abusadas sexualmente quando criança ou adolescente (22,8%). O perpetrador da violência foi principalmente o pai biológico (19,2%), tios e vizinhos (13,5%), e irmão (11,5%). A idade variou entre 5 e 16 anos, sendo que das 52 que sofreram violência sexual, 33 (63,5%) mulheres tinham menos de 12 anos quando foram abusadas.

O tipo de abuso sexual pesquisado foi considerado como relações sexuais com penetração. O número encontrado de agressão sexual na infância e adolescência pode ser considerado alto. De acordo com o estudo sobre a tentativa de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra a criança e o adolescente em Belo Horizonte (MG), Lippi (2003) refere constituir importante fator de risco para tentativa de suicídio, assim como a depressão, a desesperança e a ideação suicida.

Em estudo retrospectivo, realizado em Toronto (Canadá) com 381 pacientes com transtorno bipolar, 63% apresentavam história de abuso sexual na infância

e tentativa de suicídio. A análise de regressão logística indicou que o abuso infantil foi um preditor significativo para tentativa de suicídio em pacientes adultos bipolares (OR=2,05,IC95%=1,19-3,510). Abuso infantil está associado à ideação suicida e as tentativas de suicídio em adultos com transtorno bipolar (MCINTYRE *et al.*, 2008).

Os dados encontrados no estudo contribuem com pesquisas realizados nos Estados Unidos por Joiner *et al.* (2007) que encontraram forte associação entre o número de tentativas de suicídio, abuso físico e sexual na infância. Em estudo internacional, em nove bases de dados sobre abuso sexual e diagnóstico de transtornos psiquiátricos, confirmou-se a história de abuso sexual com associação a risco aumentado de tentativas de suicídio (CHEN, 2010).

TABELA 3 - História de violência na infância. Fortaleza, Ceará, 2011- 2012.

Variáveis	n	%
Violência na Infância		
Sim	52	22,8
Não	176	77,2
Total	228	100,0
Agressor		
Pai	10	19,2
Tio	7	13,5
Vizinhos	7	13,5
Irmão	6	11,5
Primo	3	5,8
Outros	19	36,5
Total	52	100,0
Idade da Agressão		
Criança (idade > 12 anos)	33	63,5
Adolescente (12 ≤ idade ≤16 anos)	19	36,5
Total	52	100,0

Fonte: CAPS III, IJE, PRAVIDA.

A maior proporção de mulheres tentou o suicídio apenas uma vez (54,8%). Em relação aos métodos utilizados, observou-se que os mais utilizados foram o envenenamento com medicamentos e produtos químicos, encontrando-se em consonância com alguns estudos. Em emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, entre as mulheres, o envenenamento foi método predominante (75,0%) (AVANCI; PEDRO; COSTA JÚNIOR, 2005). Para Nguyen *et al.* (2010), em estudo realizado em área rural do Vietnã, os resultados foram 62 (62,6%) por agrotóxico e 36 (36,3%) por medicamentos. Em estudo sobre impacto das intoxicações por antidepressivo no Hospital Universitário em São Paulo, de 2001 a 2003, provavelmente os medicamentos para tentativa de suicídio foram escolhidos pelo fácil acesso, em consequência do baixo custo, por sua distribuição pelo sistema público de saúde e pela prescrição indiscriminada (FERNANDES *et al.*, 2006).

Os principais motivos para as tentativas foram o conflito familiar, a presença de doença e o conflito amoroso. Pode-se afirmar que os dados quanto aos motivos não diferem substancialmente da maioria dos estudos realizados. Assemelharam-se aos encontrados em pesquisa no Paraná e Rio de Janeiro (MARCONDES FILHO *et al.*, 2002; WERNECK *et al.*, 2006). A presença da doença como motivo para tentativa de suicídio é confirmada por pesquisa realizada no Rio Grande do Sul (SEGAL, 2009).

Quando indagada sobre a relação da tentativa do suicídio atual com a anterior, 41,3%, responderam que sim, é um dado significativo, visto que a tentativa de suicídio é mais frequente entre os que já tentaram antes é entre pessoas com

desajustamento psicológico. Werneck *et al.* (2006), em estudo no Rio de Janeiro, inferiram que 28% tinham histórico de tentativas anteriores, e que devido ao seu alto poder preditivo para novas tentativas, os serviços de saúde podem utilizar a informação sobre história anterior de tentativas de suicídio como um elemento para detecção de grupos com maior propensão para esses agravos. A frequência de história de tentativas anteriores também foi compatível com estudo do Rio de Janeiro. A história de tentativa de suicídio anterior foi a variável clínica encontrada com maior frequência no estudo (SANTOS *et al.*, 2009).

Quanto ao histórico de tentativa de suicídio na família, encontraram-se (25,9%) e a maioria entre irmãos (42,4%). Esse achado é confirmado por estudo realizado na Dinamarca, onde os autores mostram um risco maior nos casos de família que tinha história familiar de suicídio e doença mental, sendo os fatores de risco mais importantes para o suicídio (AGERBO; NORDENTOFT; MORTENSEN, 2002). O estudo está em consonância ainda, com pesquisa realizada na Coreia do Sul, com pacientes psiquiátricos, em atendimento ambulatorial, foram identificadas significância estatística entre ideação suicida e história de suicídio em membros da família (CHOI *et al.*, 2011).

No que se refere à ideação suicida forte, classificada com pontuação de Beck, o resultado encontrado foi de 48,2%. Nesta investigação, é mais elevada aos dados obtidos por Borges e Werlang (2006). Outro fato a contribuir, é que entre a amostra pesquisada, 69,6% eram do sexo feminino. Botega *et al.* (2005) sinalizam que a presença de ideias suicidas representa um elevado risco de uma futura tentativa de suicídio, havendo entre as duas variáveis uma forte relação.

TABELA 4 – Histórico de tentativas se suicídio. Fortaleza, Ceará, 2011-2012.

Variáveis	n	%
Tentativas de Suicídio		
Uma vez	125	54,8
Mais de uma vez	103	45,2
Total	228	100,0
Métodos Utilizados		
Medicamentos e subs. N	94	41,2
Produtos químicos	58	25,4
Enforcamento	30	13,2
Armas de Fogo	1	0,4
Impacto por veículo m.	9	4,0
Objetos cortantes ou penetrantes	20	8,8
Outros	3	1,3
Utilização de fogo (queimado)	13	5,7
Total	228	100,0
Motivos		
Conflito familiar	88	38,6
Conflito amoroso	25	11,0
Doença	79	34,6
Luto	14	6,1
Conflito Financeiro	4	1,8
Conflito Social	3	1,3
Dependência de Substância	4	1,8
Solidão	11	4,8
Total	228	100,0
Relação com as anteriores		
Sim	94	41,3
Não	134	58,7
Total	228	100,0
Tentativas de Suicídio na família		
Sim	59	25,9
Não	169	74,1
Total	228	100,0
Com qual membro da família		
Irmão	25	42,4
Primo	11	18,5
Tio	9	15,3
Pai	8	13,6
Mãe	4	6,8
Filhos	2	3,4
Total	59	100,0
Ideação suicida		
Abaixo de 15	118	51,8
15 ou mais	110	48,2
Total	228	100,0

Fonte: CAPS III, IJE, PRAVIDA

Considerações finais

Os dados da pesquisa indicam que quase 60% das mulheres estão na faixa etária entre 30-59 anos, baixa escolaridade, solteira, morando com a família, sem emprego, com presença de depressão de moderada a grave, história de tratamento e internamento psiquiátrico, tentativa por meio de ingestão de medicamentos, histórico de tentativa de suicídio na família e abuso sexual na infância. Assim, a presença de ideação suicida um forte preditor para tentativa de suicídio deve ser considerada, visto que o número encontrado no estudo pode ser considerado elevado.

A tentativa de suicídio constitui-se como um preocupante e importante problema de saúde pública mundial e precisa ser mais investigado por meio de metodologias adequadas a nossa realidade e, principalmente, considerando os transtornos mentais associados a esse comportamento.

O planejamento e a implantação de programas de prevenção ao comportamento suicida são necessários, na busca de diminuir o número de suicídios, e que a mulher que possua os fatores de riscos seja devidamente acompanhada em serviços de saúde mental preventivamente.

REFERÊNCIAS

ABASSE, Maria Leonor Ferreira *et al.* Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n. 2, p. 407-416, mar./abr. 2009.

AGERBO, Esben; NORDENTOFT, Merete. MORTENSEN, Preben B. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. **BMJ**, v. 325, n. 13, July. 2002.

ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 47-57, abr. 2010.

AVANCI, Rita de Cássia; PEDRO, Luiz Jorge; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Rev. Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 535-9, 2005.

BEAUTRAIS, Annette L. Prevalence *and* comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. **Am J Psychiatry**, v. 153, n. 8, p.1009-14, 1996.

BERNAL, M. *et al.* Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. **J Affect Disord**, v. 101, p. 27-34, 2007.

BERTOLETE, José Manoel.; MELLO-SANTOS, Carolina.; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência Psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, Supl. 2, p. 87-95, 2010.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana G. Estudo de ideação suicida em adolescente entre 13 e 19 anos. **Psicol. Saúde e Doença**, v. 7, n. 2, p. 195-209, 2006.

BOTEGA, Neury José *et al.* Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez. 2009.

CHOI, Hee-Yeon *et al.* A Study on Correlation between Anxiety Symptoms and Suicidal Ideation. **Psychiatry Investig.**, v. 8, p. 320-326, 2011.

CHACHAMOVICH, Eduardo *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, supl., p. 18-25, 2009.

CHEN, Laura P. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. **Mayo Clin. Proc.**, v. 85, n. 7, p. 618-629, 2010.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FERNANDES, Gustavo *et al.* Impacto das intoxicações por antidepressivos tricíclicos comparados aos deprimidos do “sistema nervoso central”. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 61-65, 2006.

GONCALVES, Ludmilla R. C.; GONCALVES, Eduardo; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia Belo Horizonte**, v. 21, n. 2, p.281-316, 2011.

JOINER Thomas E. *et al.* Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. **Behav. Res. Therapy**, v. 45 , p. 539–547, 2007.

LIPPI, José Raimundo da Silva. **Tentativa de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra a criança e o adolescente.** 2003. 279 p. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MCHOLM, Angela E.; MACMILLAN, Harriet L.; JAMIESON, Ellen. The Relationship Between Childhood Physical Abuse and Suicidality Among Depressed Women: Results From a Community Sample. **Am. J. Psychiatry**, v. 160, p. 933–938, 2003.

MCINTYRE, Roger S. *et al.* The relationship between childhood abuse and suicidality in adult bipolar disorder. **Violence Vict**, v. 23, n. 3, p. 361-72, 2008.

MARCONDES FILHO, Walter *et al.* Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. **Adolesc. Latinoam**, v. 3, n. 2, p.0-0, 2002. Disponível em: <http://raladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 de julho de 2014.

MARIN-LEON, Leticia; BARROS, Marinilsa B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 357-363, 2003.

KRAKOWSKI, Menahem I.; CZOBOR, Pal. Psychosocial risk factors associated with suicide attempts and violence among psychiatric inpatients. **Psychiatr Serv.**, v. 55, n. 12, p. 1414-1419, 2004.

MELLO-SANTOS, Carolina de; BERTOLOTE, José Manuel; WANG, Yuan-Pang. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 2, p. 131-134, jun. 2005.

NEVES, Sandra Regina Smith. **Suicídio e alienação: a vivência cotidiana da desigualdade e exclusão social**. 187p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

NGUYEN, Tuan V. *et al.* Suicide attempt in a rural area of Vietnam: Incidence, methods used and access to mental health care. **Int. J. Mental Health Systems**, v. 4, n. 3, p. 1-6; 2010.

NOCK, Matthew K. *et al.* Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **BJP**, v. 192, p. 98-105, 2008.

OLIVEIRA, Maria Ivoneide V.; BEZERRA FILHO, José Gomes; FEITOSA, Regina Fatima G. Estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do Ceará, no período 1997-2007. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 159-173, 2012.

OLIVEIRA, Maria Ivoneide V. **Suicídio e tentativas de suicídio: estudo epidemiológico**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Medicina, Fortaleza, Ceará, 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000.

PRIETO, Daniela; TAVARES, Marcelo. Fatores de risco para o Suicídio e Tentativa de Suicídio: Incidência, Eventos e estressores e Transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 2 p. 146-154, 2005.

SANTOS, Simone A. *et al.* Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, 2009.

SCHMITT, Ricardo *et al.* Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev. Psiquiatr.**, v. 30, n. 2, p. 115-123, 2008.

SCHMIDTKE A. *et al.* Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO multicenter study on parasuicide. **Acta Psychiatr Scand**, v. 93, p. 327-38, 1996.

SEGAL, Jair. **Aspectos genéticos do comportamento suicida**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 11, supl., p. 1333-1342, 2007.

SOUZA, Luciano Dias M. *et al.* Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr** v. 59, n.4, p. 286-292, 2010.

SOUZA, Viviane S. *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

SUOMINEN, Kirsi *et al.* Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. **Am J Psychiatry**, v.161, n.3, p. 562-563, 2004.

VIDAL, Carlos Eduardo L.; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet**, v. 21, n. 2, p. 108-14, 2013.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência** 2011: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENSTERSEIFER, Liza. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Rev. Interam. Psicol.**, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005.

WERNECK, Guilherme L. *et al.* Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n. 22, p. 2201-2206, out. 2006.

WHO. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Management of Mental and Brain Disorders. Multisite intervention study on suicidal behaviours - **SUPRE-MISS**: protocol of SUPRE-MISS. Geneva; 2002a.

WHO. World Health Organization. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002b.

10 CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA DE PESSOAS ATENDIDAS PÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA-CEARÁ

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira
José Gomes Bezerra Filho
Regina Fátima Gonçalves Feitosa

Suicídio é a maneira encontrada para o alívio do sofrimento, do sentimento de desesperança, do desamparo, dos conflitos pessoais ou interpessoais e do estresse (VIANA *et al.*, 2008). É um ato consciente de autodestruição, que também pode ser compreendido como uma enfermidade multidimensional em um indivíduo carente. É uma ação voluntária de matar a si mesmo, envolvendo uma tríade: a vontade de morrer, de ser morto e de se matar. O suicídio designa aspectos como a iniciação do ato que deflagrou a morte, a perda da vontade de viver, o desejo ou a intenção de autodestruição, o ato em si que levou à morte, a motivação para estar morto e o conhecimento do potencial de levar à morte (PARENTE *et al.*, 2007).

Anualmente, em média, um milhão de pessoas comete suicídio no mundo e, aproximadamente, 10 a 20 milhões de pessoas tentam o suicídio (GLASHOUWER *et al.*, 2010). Rússia, Lituânia, Letônia, Hungria e Nova Zelândia

possuem as taxas mais altas do mundo (AVANCI, 2004). Estados Unidos e Canadá possuem taxas de suicídio mais elevadas em relação à América Latina e aos países do Oriente, onde as taxas de suicídio oscilam entre 6 e 10:100.000 habitantes para o sexo masculino e 2 a 4:100.000 para o sexo feminino. O Brasil apresenta taxa média de suicídio de 4 a 6 óbitos por 100.000 habitantes. São dados preocupantes, porém não tão altos se relacionados a esses outros países (VIANA *et al.*, 2008).

Segundo alguns autores, diversas circunstâncias produtoras de estresse podem aumentar o risco de suicídio. Dentre esses fatores destacam-se: o desemprego, a pobreza, a perda de um ente querido, as discussões familiares ou com amigos, a ruptura de uma relação afetiva e problemas legais ou no trabalho. É importante considerar a existência de outros fatores predisponentes no processo de determinação do suicídio, por exemplo, o uso abusivo de álcool e drogas, a disponibilidade dos meios para efetuar o ato suicida (exemplo: arma de fogo em casa), a violência física e/ou sexual na infância, o isolamento social e os distúrbios psíquicos como a depressão, a esquizofrenia ou os sentimentos de desesperança (WERNECK *et al.*, 2006).

Os problemas ocasionados pelo suicídio vão mais além do óbito do suicida. “Cada suicídio supõe a devastação emocional, social e econômica de numerosos familiares e amigos”. Na região do Pacífico Ocidental, o suicídio representa 2,5% de todos os gastos com enfermidades. Isto porque antes da consumação, registra-se tentativas de suicídio que provocam lesões, hospitalizações e traumas emocionais e mentais que demandam tratamento especializado (BONFIM, 2007).

É um sério problema de saúde pública, principalmente em países desenvolvidos, onde há altas taxas de suicídio entre jovens e adultos. Nos últimos anos, diversos estudos genético-epidemiológicos têm consistentemente sugerido que o componente genético é significativo. Entretanto, o modo exato através do qual os genes aumentam a predisposição de certos indivíduos a cometer o suicídio é ainda desconhecido. Há evidência crescente de que os fatores genéticos devem influenciar a predisposição ao suicídio via uma modulação do comportamento impulsivo e impulsivo-agressivo. Têm consistentemente indicado que os fatores genéticos conferem uma maior predisposição ao comportamento suicida (TURECKI, 1999).

No Brasil, o Rio Grande do Sul, RS, é o Estado brasileiro que, historicamente, tem apresentado os maiores coeficientes de suicídio do País (VIANA, 2008). Esse fato tem instigado pesquisadores oriundos de vários campos do conhecimento, destacando-se as ciências sociais e da saúde, que apontaram a etnia, a cultura, as crises sociais e inclusive aspectos climáticos da região, como possíveis fatores ligados ao problema do suicídio (MENEGHEL *et al.*, 2004).

No Ceará, em estudo sobre suicídio no período de 1997 a 2007, as taxas de mortalidade por suicídios registraram ascensão significativa em todas as faixas etárias, havendo concentração desses eventos no sexo masculino (OLIVEIRA; BEZERRA-FILHO; FEITOSA, 2012).

No que se refere às tentativas de suicídio, os dados podem ser ainda mais preocupantes. Presume-se que o número de tentativas de suicídio supere o de suicídios em pelo menos 10 vezes, 15 a 25% das pessoas tentarão, novamente,

matar-se no ano seguinte, e 10% conseguirão, efetivamente, matarem-se nos próximos dez anos (BOTEGA *et al.*, 2006).

No entanto, o suicídio pode ser previsível, estratégias de prevenção e controle do suicídio implantadas em vários países, como: os Estados Unidos, a Inglaterra, a Irlanda, a Austrália, o Japão e a Suécia, mostram o sucesso de como é possível enfrentar o problema, diminuindo o sofrimento de milhões de pessoas (BEAUTRAIS, 2006).

A OMS alerta para o aumento de até 60% no número de suicídios nos últimos 45 anos em todo o mundo, representando a terceira maior causa de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos em ambos os sexos (WHO, 2001). Diante disso, este trabalho tem como objetivo descrever as características socioeconômicas de pacientes com tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza, Ceará.

Material e método

Estudo descritivo, quantitativo, transversal e analítico com pessoas de tentativa de suicídio atendidas no serviço público de saúde de Fortaleza-Ceará, tendo como local dois hospitais públicos de nível terciário e três unidades públicas de saúde mental.

Por visar uma maior representatividade possível da população estudada, uma vez que se trata de amostra de conveniência por não conhecer o universo da população que tenta suicídio em Fortaleza ou mesmo na área em estudo, garantiu-se que parcela dos entrevistados de cada instituição fosse representativa da demanda de atendimento, com visitas a essas instituições, três vezes por semana.

Participaram do estudo 360 pessoas de tentativa de suicídio, atendidas no período de junho de 2011 a maio de 2012. Foi incluída na pesquisa toda vítima atendida nas instituições já citadas, tendo como critério de inclusão, tentativa de suicídio pelo menos uma vez, em qualquer período da vida.

Em cada instituição, cenário do estudo, realizou-se análise detalhada do prontuário e dialogou-se com profissionais sobre as condições do paciente em participar da entrevista. Como instrumento de pesquisa utilizou-se roteiro de entrevista com perguntas semiestruturadas.

A digitação e a consolidação dos dados foi realizada no *software* EPINFO, versão 6.04^a, analisados por meio do SPSS versão 20. Para codificação de tentativas de suicídios, utilizou-se a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), arrolando as categorias x60 a x84 (OMS, 1999).

Como exigido, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, protocolo 46/11. Cumpriram-se as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução n°196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Conforme Tabela 1, a maior concentração de pessoas foi na faixa de 30-59. A média de idade entre homens foi de 35 anos, com desvio-padrão (DP) igual a 14 e entre as mulheres foi de 36 anos, com o mesmo desvio padrão. O estado

civil predominante nos dois sexos foi solteiro, 170 (47,2%), seguido de casado, 70 (19,4%). Ao analisar o estado civil como solteiro, separado e viúvo, compreendido como pessoas sem vínculo afetivo, foi mais frequente, 246 (68,4%).

Quanto ao sexo, 228 (63,3%) feminino e 132 (36,7%) masculino. A escolaridade pode ser considerada baixa, pois 282 (78,4%) da amostra eram de analfabetos ou com Fundamental completo. A maioria dos entrevistados, 326 (91,0%), morava com a família, pai, mãe, avós, irmãos, tios e companheiro(a), mas, 26 (7%), sozinhos e 8 (2%) moravam com amigos e vizinhos. Dentre a amostra, 205 (56,9%) tinham filhos (Tabela 1).

TABELA 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários das Unidades Públicas de Saúde de Fortaleza-Ceará que tentaram suicídio (n=360) no período de junho de 2011 a maio de 2012. Fortaleza-CE, 2012.

Variáveis	n	%
Idade		
<19	54	15,0
20-29	83	23,1
30-59	207	57,5
>60	16	4,4
Total	360	100,0
Estado civil		
Solteiro	170	47,2
Casado	70	19,4
Mora Junto	44	12,2
Separado	51	14,2
Divorciado	14	3,9
Viúvo	11	3,1
Total	360	100,0
Sexo		
Feminino	228	63,3
Masculino	132	36,7
Total	360	100,0

Continuação**Escolaridade**

Nenhuma	74	20,6
Ensino fundamental completo	208	57,7
Ensino médio completo	59	16,4
Superior Completo	19	5,3
Total	360	100,0

Com quem mora

Família (pai, mãe, avós, irmãos, tios)	326	91,0
Sozinho	26	7,0
Outros (vizinhos e amigos)	08	2,0
Total	360	100,0

Filhos

Sim	205	56,9
Não	155	34,1
Total	360	100,0

Observou-se, conforme Tabela 2, que a minoria trabalhava, 86 (23,9%), entre eles, 25,6% eram autônomos e 15,1% vendedores. A maioria era motivada em realizá-lo, 75 (87,2%). Das 187 (51,95%) pessoas que relataram ter renda individual, 173 (48,0%) não ganhavam nada e 24 (6,7%) recebiam até R\$ 200,00. Significativo número de pessoas, 254 (70,6%) não tinham auxílio do governo, apenas 61 (16,9%) recebiam auxílio doença e 24 (6,7%), bolsa família, portanto, são pessoas dependentes de ajuda para sobrevivência. Quanto à renda familiar, na maioria, 300 (83,3%), recebia até um salário mínimo.

TABELA 2 – Perfil sociodemográfico dos usuários das unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará que tentaram suicídio (n=360) no período de junho de 2011 a maio de 2012. Fortaleza-CE, 2012.

Variáveis	n	%
Trabalha		
Sim	86	23,9
Não	274	76,1
Total	360	100,0
Têm motivação para trabalhar		
Sim	75	87,2
Não	11	12,8
Total	86	100,0
Renda individual		
(salário mínimo de referência no período estudado R\$ 620,00)		
Não tem	173	48,0
Até 200,00	24	6,7
De 201,00 a 400,00	17	4,7
De 401,00 á 620,00	106	29,4
De 621,00 á 1.240,00	34	9,5
Acima de 1.240,00	6	1,7
Total	187	100,0
Recebe auxílio do governo		
Não	254	70,6
Auxílio Doença	61	16,9
Bolsa Família	24	6,7
Aposentado	21	5,8
Total	360	100,0
Renda Familiar		
(salário mínimo de referência no período estudado R\$ 620,00)		
Até um salário mínimo	300	83,3
Mais de um salário	60	16,7
Total	360	100,0

Em relação à religião, conforme Tabela 3, 195 (54,2%) eram católicos e 95 (26,4%), evangélicos. Embora a maioria de pesquisados tenha afirmado ter filiação religiosa, como: católico, evangélico, espírita, umbandista, a maioria, quase nunca frequentava templo religioso.

TABELA 3 – Distribuição dos usuários das unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará que tentaram suicídio (n=360) no período de junho de 2011 a maio de 2012, por filiação religiosa. Fortaleza-CE, 2012.

Filiação religiosa	n	%
Católico	195	54,2
Evangélico	95	26,4
Sem religião mas acredita em Deus	41	11,4
Ateu	22	6,0
Espírita	5	1,4
Umbandista	2	0,6
Total	360	100,0

Quanto ao local de ocorrência, conforme Tabela 4, as tentativas de suicídio ocorreram na residência, 339 (94,2%), predominantemente.

TABELA 4 – Distribuição dos usuários das unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará que tentaram suicídio (n=360) no período de junho de 2011 a maio de 2012, por locais de ocorrência da tentativa. Fortaleza-CE, 2012.

Locais das tentativas de suicídio	n	%
Residência	339	94,2
Via Pública	15	4,1
Hospital	3	0,8
Abrigo	1	0,3
Emprego	1	0,3
Quartel	1	0,3
Total	360	100,0

Na Tabela 5, entre os métodos principais de tentativa de suicídio estavam ingestão de medicamentos, 121 (36,6%), produtos químicos, 96 (26,7%), significando, em geral que, as pessoas optavam pelo envenenamento ou ingestão de medicamentos. Quanto ao uso de métodos mais violentos foram 55 (15,3%) por enforcamento, 32 (8,9%) com objeto cortante penetrante, 27 (7,5%) com fumaça, fogo e

chamas, 12 (3,3%) impacto de veículo, 9 (2,5%) disparo de arma de fogo e 8 (2,2%) entre outros.

TABELA 5 – Distribuição dos usuários das unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará que tentaram suicídio (n=360) no período de junho de 2011 a maio de 2012, por métodos utilizados na tentativa. Fortaleza-CE, 2012.

Métodos	n	%
Medicamentos	121	33,6
Produtos químicos	96	26,7
Enforcamento	55	15,3
Objeto cortante/penetrante	32	8,9
Fumaça, fogo e chamas	27	7,5
Impacto por veículo motor.	12	3,3
Armas de fogo	9	2,5
Outros	8	2,2
Total	360	100,0

Os principais motivos de tentativa de suicídio, conforme Tabela 6, foram conflito familiar, 135 (36,5%) e doença, 127 (35,3%). Ressalte-se que 28 (7,8%) foram levados por conflito amoroso, 21 (5,8%) pela solidão e 19 (5,3%) pela perda de alguém importante na vida.

TABELA 6 – Distribuição dos usuários das unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará que tentaram suicídio (n=360) no período de junho de 2011 a maio de 2012, por motivos que levaram à tentativa. Fortaleza-CE, 2012.

Variáveis	n	%
Conflito familiar	135	37,5
Doença	127	35,3
Conflito amoroso	28	7,8
Solidão	21	5,8
Luto	19	5,3
Dep. de substância	11	3,1
Conflito social	10	2,8
Dep. substância	9	2,4
Total	360	100,0

Discussão

No Brasil, por o suicídio ser um problema de saúde pública mundial, é imperativo desenvolver pesquisas que avaliem os dados relacionados ao tema, com utilização de dados coletados por meio de instrumentos padronizados e validados, avaliando a situação epidemiológica (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005), a fim de desenvolver pesquisas mais precisas. As pesquisas são de grande relevância para planejamento de ações que visem à prevenção do suicídio (SANTOS *et al.*, 2009). A magnitude da mortalidade da população tem sido, até aqui, prioritariamente, descrita por meio de taxas de mortalidade e morbidade proporcional (REICHENHEIM; WERNECK, 1994).

Uma contribuição importante acerca do tema foi pesquisa publicada em boletim, realizada no Brasil VIVA inquérito 2009, em 74 serviços sentinelas de urgência e emergência de 23 capitais e Distrito Federal-Brasil, de setembro a novembro, 2009, incluindo Fortaleza. Foram registrados 39.665 atendimentos, dos quais 4.019 (10,1%) classificados como eventos resultantes de violência. Dentre essas causas, os eventos decorrentes de lesão autoprovocada representaram 9,1%. Para os atendimentos decorrentes de lesões autoprovocadas (n=358), os meios de agressão mais utilizados foram envenenamento/intoxicação (51,5%) e objeto perfuro cortante (25,5%) (BRASIL, 2010).

Nesse estudo, sobre idade dessas pessoas, 207 (57,5%) tinham a faixa etária de 30-59 anos, dado próximo ao descrito em estudo realizado no Rio de Janeiro sobre prevalência de transtornos mentais em tentativas de suicídio, em hospital de emergência, (SANTOS *et al.*, 2009) e na Nova Zelândia,

sobre a associação entre desemprego e suicídio (BLAKELY; COLLINGS; ATKINSON, 2003).

Aspecto que chamou a atenção nos resultados foi a maioria das pessoas ser solteira, enquanto no Rio Grande do Sul houve menor número de separados e solteiros (MÉ-NEGHEL *et al.*, 2004). Por outro lado, estudos de Ruengorn *et al.*, (2012) e de Santos *et al.*, (2009) identificaram maior número de solteiros, corroborando com os dados encontrados. Em geral, a maioria dos estudos relata que não ser casado, viúvo, divorciado ou nunca ter tido relacionamento marital configura fator de risco para o comportamento suicida (PIRES *et al.*, 2009).

Os dados da pesquisa corroboram com vários estudos nos quais há um número maior de mulheres que tentam o suicídio, segundo a literatura (NOCK; KESSLER, 2006; RUENGORN *et al.*, 2012; MACENTE; SANTOS; ZANDONADE, 2009). No entanto, esses dados vêm diminuindo, pois as mulheres têm menos dependência de álcool, maior envolvimento com a religiosidade, social e mais desempenho de papéis durante a vida.

A baixa escolaridade encontrada no estudo coincide com a maioria das pesquisas internacionais (BLAKELY; COLLINGS; ATKINSON, 2003) e nacionais, como as realizadas no Rio de Janeiro, por Santos *et al.* (2009), e em Itabira (MG), por Souza, Minayo e Cavalcante (2007), que identificaram baixo nível educacional relacionado a suicídio e tentativa de suicídio.

A maioria de entrevistados morava com a família, 326 (91,0%), corroborando afirmações de Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) no estudo de fatores de risco ou proteção à ideação suicida, 97,5% morava com a família.

Dentre eles, há um elevado número de vítimas com filho, 205 (56,9%). Em trabalho com mais de um milhão de adultos, nos Estados Unidos, autores afirmaram que famílias maiores, com filhos e parentes, poderiam estar associadas ao menor risco de suicídio (DENNEY *et al.*, 2009).

E há uma proporção pequena de entrevistados que trabalhavam, 86 (23,9%), o que é preocupante como risco para tentativa de suicídio. No entanto, a maioria gostava de estar trabalhando, 75 (87,2%). Blakely, Collings e Atkinson (2003), em estudo de desemprego e a morte por suicídio em 2.04 milhões de pessoas em Nova Zelândia, apontaram forte associação entre estar desempregado com o suicídio. Para os autores, há explicações possíveis, pois o desemprego confere vulnerabilidade, impacto de eventos estressantes, aumento do risco de fatores que aceleram o suicídio. Pesquisas indicaram que pessoas em situação profissional desfavorável, como o desemprego, estão em risco de suicídios ou tentativa (BOTEGA *et al.*, 2009; DENNEY *et al.*, 2009).

Com relação ao número dos dados, quanto à questão se recebia alguma renda individual, a maioria, 187 (52,0%), recebia ajuda de familiares ou amigos até R\$ 620,00. Com relação à renda familiar, a maioria, 300 (83,4%), ganhava menos de um salário mínimo, na época do estudo, no valor de R\$ 620,00. Os resultados chegaram próximos aos resultados de Pordeus *et al.* (2009), segundo autores, 67,0% recebiam menos de um salário mínimo e 33,4%, de um a dois salários. É uma renda considerada muito baixa para atender as necessidades dos indivíduos.

No que tange os benefícios do governo, auxílio doença e bolsa família, o número foi mínimo, caracterizando que

as pessoas necessitavam de ajuda financeira para sobrevivência. Na amostra, 254 (70,6%) não tinha nenhuma ajuda do governo. Como a maioria residia com a família, esperava-se receber ajuda de familiares ou de amigos.

Sobre religião, os resultados encontrados, 195 (54,2%) católico e 95 (26,4%) evangélicos, foram similares aos do estudo de Dervic *et al.* (2004), na análise de filiação religiosa e tentativa de suicídio, entre 371 pacientes deprimidos, confirmaram-se 41% católicos e 28,5% evangélicos. Citaram, ainda, que indivíduos sem filiação religiosa estão mais propensos à prática da tentativa de suicídio ao longo da vida, assim, a filiação religiosa parece funcionar como aspecto protetor do comportamento suicida.

As tentativas de suicídio, na maioria, ocorreram em residência, corroborando dados de pesquisa sobre perfil epidemiológico de pessoas de atendimentos por intoxicação de agrotóxicos em hospital de emergência de Fortaleza (83,5% dos casos com maior ocorrência em domicílio) (Lima et al, 2008). No entanto, Souza *et al.* (2011) referiram local preferido, a precipitação de altura, com 69,23%, próximo a residência, pontes, viadutos, telhados e sacadas.

Os métodos principais utilizados para a tentativa de suicídio foram medicamentos, produtos químicos e enforcamentos. Os resultados foram semelhantes aos de Santos *et al.* (2009), com os mesmos métodos. Por outro lado, Werneck *et al.* (2006), identificaram que a ingestão de produtos químicos foi utilizada pela maioria, seguida da ingestão de medicamentos. Em hospitais de emergência de oito países, culturalmente diferentes, incluindo [Campinas (Brasil), Chennai (Índia), Colombo (Sri Lanka), Durban (África

do Sul), Hanói (Vietname) , Karaj (Irã), Tallinn (Estónia), e Yuncheng, (China), foi também o envenenamento o método predominante (FLEISCHMANN *et al.*, 2005). Para Nguyen *et al.* (2010), estudo realizado em área rural do Vietnã, a preferência foi por agrotóxico e medicamentos.

Em estudo sobre impacto das intoxicações por antidepressivo no Hospital Universitário em São Paulo, de 2001 a 2003, os autores questionam que provavelmente os medicamentos para tentativa de suicídio foram escolhidos pelo fácil acesso, em consequência do baixo custo, por sua distribuição pelo sistema público de saúde e pela prescrição indiscriminada. Além disso, pacientes depressivos, que tinham acesso a grandes quantidades desse medicamento, foram mais propensos à tentativa de suicídio (FERNANDES *et al.*, 2006).

Os motivos investigados revestiram-se de importância, pois o principal foi o conflito familiar, seguido de doença mental e conflito amoroso. Os dados assemelharam-se aos encontrados em pesquisa no Paraná (MARCONDES FILHO *et al.*, 2002). Em pesquisa sobre violência em pacientes atendidos no hospital do Rio de Janeiro, no período de 2001 a 2002, cerca de 61% referiram os conflitos intrafamiliares como razão para a tentativa, destacando-se as brigas/discussões com os pais ou entre casal (WERNECK *et al.*, 2006). Considerou-se importante doença, confirmado por pesquisa de Segal (2009), declarando que transtornos psiquiátricos, coexistência de mais de uma doença, doenças orgânicas, AIDS, epilepsia e insuficiência renal favorecem à tentativa de suicídio. Saliente-se que os motivos principais foram apontados na literatura como fatores de risco (ABASSE *et al.*, 2009; OLIVEIRA; BEZERRA-FILHO, FEITOSA, 2012).

Conclusão

O maior número de tentativas de suicídio aconteceu entre mulheres, na faixa etária 30 a 59 anos. Os dados indicam uma amostra composta por solteira, separada, viúva, baixa escolaridade, sem independência financeira, morando com a família e, a maioria, tinha filhos.

Grande parte deles sem trabalhar, no entanto, entre os poucos que trabalhavam, mostraram motivação para realizá-lo. Quanto à remuneração individual, a pesquisa demonstrou que eles recebiam alguma ajuda financeira de alguém próximo, no entanto, um número significativo da amostra não recebia auxílio do governo. Em relação à renda familiar, houve um número significativo de classe econômica baixa, com renda inferior a um salário mínimo.

O principal meio utilizado na tentativa de suicídio foi pela ingestão de medicamentos, produtos químicos, enforcamento e objeto cortante ou penetrante. Dentre os motivos principais da tentativa de suicídio destacou-se o abuso de substância, solidão, doença, conflito familiar e financeiro.

Acredita-se que os dados obtidos, possivelmente, traduzem o que ocorre com pessoas atendidas em unidades da rede pública de Fortaleza. Assim, pode servir de base ao planejamento de ações preventivas da saúde mental em parceria com outros setores da sociedade, como o setor saúde. Entre elas, destaca-se a efetiva capacitação dos profissionais para identificar pessoas em risco de tentativa de suicídio.

É importante que o atendimento à pessoa que tentou suicídio seja realizado em rede, em articulação com os serviços de urgência com os de saúde de Centro de Apoio Psicos-

social (CAPS), buscando-se, dessa forma, garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio.

Baseados nesse contexto, construir estratégias que possam minimizar as situações ou vivências dessas pessoas, de como se relacionam com a família, a escola e a comunidade, é fundamental, pois esses espaços podem funcionar como fatores de proteção.

Os resultados aqui apresentados possivelmente permitem conhecer o perfil dos atendimentos por tentativa de suicídio em unidades públicas de saúde, como também subsidiar o planejamento de políticas de controle e prevenção efetivas, fundamentais para a redução do impacto desse agravo na população.

REFERÊNCIAS

ABASSE, Maria Leonor Ferreira *et al.* Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14 , n. 2, p. 407-416, mar./abr. 2009.

AVANCI, Rita de Cássia. **Adolescente que tenta o suicídio**: Estudo epidemiológico em uma Unidade Emergência. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BEAUTRAIS, A. Estratégias de Prevenção de Suicídio 2006. **Australian e-Journal for the advancement of Mental Health (AeJAMH)**, Volume 5, Issue 1, 2006: 1-6.

BLAKELY, T. A.; COLLINGS, S.C.D.; ATKINSON, J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? **J. Epidemiol. Community Health**, v. 57, p. 594-600, 2003.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.

_____. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008-2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BONFIM, Evandro. Mortes por suicídio superam número mundial de assassinatos. **Adital**. Disponível em: <<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=13730>>. Acesso em: 20 set. 2013.

DENNEY, Justin T. *et al.* Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, socioeconomic Status, and Differences by Sex. **Soc. Sci. Q.**, v. 90, n. 5, p. 1167-1185, 2009.

DERVIC, Kanita *et al.* Religious affiliation and suicide attempt. **Am. J. Psychiatry**, v. 161, n. 12, p. 2303-2308, 2004.

FERNANDES, Gustavo *et al.* Impacto das intoxicações por antidepressivos tricíclicos comparados aos depressores do “sistema nervoso central”. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 61-65, 2006.

FLEISCHMANN, Alexandra *et al.* Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. **Psychol. Med.**, v. 35, p. 1467-1474, 2005.

GLASHOUWER, Klaske A. *et al.* Do Automatic Self-Associations Relate to Suicidal Ideation? **J. Psychopathol. Behav. Assessment**, v. 32, n. 3, p. 428-437, 2010.

LIMA, Maria Alzete de *et al.* Perfil epidemiológico das vítimas atendidas na emergência com intoxicação por agrotóxicos. **Cienc. Cuidado Saude**, v.7, n. 3, p. 288-294, 2008.

MACENTE, Luciene Bolza; SANTOS, Elem Guimarães; ZANDONADE, Eliana. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura po-

merana no interior do estado do Espírito Santo. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, n. 4. p. 238-244, 2009.

MARCONDES FILHO, Walter *et al.* Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. **Adolesc. Latinoam**, v. 3, n. 2, 2002. Disponível em: <http://raladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2013.

MELLO-SANTOS, Carolina; BERTOLOTE, José Manuel; WANG, Yuan-Pang P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 2, p. 131-134, jun. 2005.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004.

NOCK, Matthew K.; KESSLER, Ronald C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. **J. Abnormal Psychology**, v. 115, n. 3, p. 616 – 623, 2006.

NGUYEN, Tuan V. *et al.* Suicide attempt in a rural area of Vietnam: Incidence, methods used and access to mental health care. **Int. J. Mental Health Systems**, v. 4, n. 3, p. 1-6; 2010.

OLIVEIRA, Maria Ivoneide V.; BEZERRA FILHO, José Gomes; FEITOSA, Regina Fátima G. Estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do Ceará, no período 1997-2007. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 159-173, jan./mar. 2012.

OMS. Organização Mundial Da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – 10a Revisão. 5. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

PARENTE, Ariana Cunha. M. *et al.* Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 4, p. 377-381, jul./ago. 2007.

PORDEUS, Augediva Maria *et al.* Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1731-1740, nov./dez. 2009.

PIRES, Maria Cláudia C. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio em idosos. **Urobiologia**, v. 72, n. 4, p. 21-28, out./dez. 2009.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; WERNECK, Guilherme L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. supl.1, p. 188-198, jan. 1994.

RUENGORN, Chidchanok *et al.* A risk-scoring scheme for suicide attempts among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. **Psychol. Res. Behav. Manag.**, v. 5, p. 37-45, 2012.

SANTOS, Simone Agadir *et al.* Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, jan./set.2009.

SEGAL, Jair. **Aspectos genéticos do comportamento suicida**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009. Porto Alegre, 2009.

SOUZA, Viviane Santos *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, supl., p. 1333-1342, 2007.

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, supl. 2, p. 18-22, out.1999.

VIANA, Greta Nazário *et al.* Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 38-43, jan. 2008.

WERLANG, Blanca G.; BORGES, Vician B.; FENSTERSEIFER, Liza.

Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Rev. Interam. Psicol.**, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005.

WERNECK, Guilherme L. *et al.* Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 22, p. 2201-2206, out. 2006.

WHO. World health organization. **Prevenção do suicídio (SUPRE), estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS)**. WHO: Genebra, 2001.

11 FAMÍLIA E DROGADIÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ABORDAGEM NO TRATAMENTO

Maria Tereza Oliveira de Almeida
Eliany Nazaré Oliveira
Maristela Inês Osawa Chagas
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

A dependência química é um problema crescente no mundo. Estima-se, em relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), que só na América Latina a taxa de usuários de droga varie entre 0,9% e 3% na população de 15 a 64 anos, dependendo do tipo de substância consumida (ONU, 2010). No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número chega a pouco mais de 3 milhões de habitantes (IBGE, 2010). Diante do quadro brasileiro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003).

Os demais problemas relacionados à dependência química, tais como violência (intrafamiliar ou não), marginalização, criminalização e acumulação de capital, são facetas e consequências do sistema capitalista de produção de bens e serviços em sua fase de globalização e não se esgotam em discussões teóricas, uma vez que se apresentam como nós críticos reais no cotidiano das sociedades (CALDEIRA, 1999).

Assim, reconhecendo a complexidade e a diversidade da questão, além de sua influência nos diversos sistemas societários, tanto no plano macro quanto no micro, lidamos com o problema ao nível do microsistema funcional “família”, especialmente como são abordadas as famílias que têm um membro dependente químico.

De modo geral, os pais e responsáveis ficam penalizados e, às vezes, se sentem responsáveis pelo uso ou abuso de drogas por parte dos filhos adolescentes (CALDEIRA, 1999). Despreparados para lidar com o problema, os pais se distanciam dos filhos em processo de dependência química, o que dificulta tanto o tratamento quanto o retorno à funcionalidade e às interações benéficas com a família (MORAES, 2008). Estudos comprovam que, quando a família está envolvida no tratamento, há melhores desfechos se comparados aos dos casos em que não há envolvimento familiar (SCHENKER; MINAYO, 2003). Verifica-se ainda que, por vezes, a família não é o centro do cuidado.

Nas relações familiares se manifestam fatores necessários à compreensão do processo de dependência química de seus membros. Esses fatores podem prever rompimento familiar ou alterações no sistema familiar. Assim, a procura pela droga e conseqüente dependência podem representar fuga dos problemas familiares, desenvolvendo a necessidade de busca de serviços de tratamento da dependência (SCHENKER; MINAYO, 2003).

De acordo com Moraes (2008), o adoecimento de um dos membros da família faz com que os conflitos deflagrados interfiram na rede de relações e causem mais sofrimento no círculo familiar, o que faz a família precisar de atenção.

Embora não esteja estabelecida uma relação de causa e efeito, é verificada a interferência da funcionalidade dos papéis desempenhados por cada membro familiar quanto a indução ao uso de drogas, e isso pode vir a ser fator de desestruturação, marginalização e agressão, as quais não somente são provocadas pelos familiares como também pela sociedade e por órgãos governamentais e não governamentais.

Apesar de o setor de saúde, assim como os demais setores da sociedade, demonstrar fragilidade quando o assunto é dependência química, o tema vem sendo tratado em diversos estudos acadêmicos, sob os mais variados ângulos de observação (BARROS; PILLON, 2006).

Nosso ângulo de visão, em específico, abrange a produção acadêmica, nacional e internacional, acerca da atenção dada à família durante o tratamento de dependentes químicos.

Atualmente, encontramos na literatura alguns modelos de tratamento para dependência química que têm como base tanto a intervenção individual, ou usual, quanto a intervenção com envolvimento das famílias, demonstrando a importância de compreender os sistemas nos quais os dependentes químicos estão inseridos. Há, contudo, 400 tipos de terapias direcionadas à dependência química, e a escolha de um deles depende de fatores extrínsecos e intrínsecos ao dependente químico. Além disso, coexistem várias correntes teórico-metodológicas nos serviços de saúde: enquanto umas buscam o entendimento multideterminado do fenômeno da dependência química, outras o reduzem ao determinismo biológico e genético e defendem um tratamento que vise exclusivamente à abstinência (ALMEIDA, OLIVEIRA, PINHO, 2008; MORAES, 2008; SCHNEIDER, 2010).

Sem ignorar, portanto, as diversas abordagens possíveis, partimos do pressuposto de que há necessidade de embasamento teórico-metodológico acerca da repercussão do uso de drogas e de seu tratamento no seio da família como forma de garantir ferramentas e conhecimentos específicos tanto para a prática profissional quanto para a elaboração de ações locais de saúde que visem à redução de danos não só ao dependente químico ou à sociedade, como também ao elo mais importante entre eles, ou seja, a família.

Assim, nosso estudo analisou a produção científica acerca dos temas “família” e “dependência química” no que diz respeito ao cuidado com a família durante o tratamento do dependente químico. Para tanto, pesquisou as publicações nacionais e internacionais disponíveis no PubMed que contivessem artigos sobre família e dependência química.

Para fins de análise, consideramos como “dependente químico” o indivíduo que apresente dependência, seja ela de qualquer natureza, a uma substância química e como “família” o conjunto de pessoas que tenham laços, consanguíneos ou não, e que se responsabilizem pelo cuidado para com o dependente químico.

Material e métodos

De cunho exploratório descritivo, a revisão integrativa é uma pesquisa utilizada com o intuito de sintetizar os conhecimentos e aplicar os resultados dos estudos na prática; é uma revisão ampla de pesquisas relevantes que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais. Voltada para a compreensão completa do fenômeno analisado,

combina dados teóricos e empíricos e pode servir a vários propósitos, entre os quais a definição de conceitos, a revisão de teorias e a análise de problemas metodológicos (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010; URSI, 2005)

Buscamos seguir a orientação de Mendes, Silveira e Galvão (2008) e utilizamos o instrumento disponibilizado por Souza, Silva e Carvalho (2010) e Ursi (2005). O que nos orientou na elaboração desta pesquisa foi a necessidade do envolvimento da família como objeto de cuidado durante o tratamento do dependente químico e não somente como parceiro deste. É preciso ressaltar que o instrumento utilizado para a coleta de dados permitiu identificar os pontos importantes a serem considerados pela revisão integrativa e realizar uma avaliação sistemática.

A coleta de dados foi feita por meio do PubMed, com acesso ao banco de dados MEDLINE, tendo em vista produções científicas que contivessem as palavras “família” (*family*) e “dependência química” (*drug addiction*). Foram encontradas 356 publicações, sendo 55 na íntegra, tanto nacionais quanto internacionais.

Dois critérios nortearam a inclusão das produções em nosso estudo: abordarem a família no tratamento da dependência química e estarem completamente disponíveis na internet sob a forma de artigo; por isso, foram excluídos estudos puramente de revisão. A análise inicial se concentrou no resumo das publicações. Em seguida, foram selecionadas duas unidades de análise (artigos), sobre as quais discorreremos a seguir.

Resultados

Os resultados principais são expostos nos dois quadros a seguir.

QUADRO 1 – Apresentação da síntese do artigo número 1 da revisão integrativa

Nome da Pesquisa	Autores	Tipo de Publicação	Detalhamento Metodológico	Detalhamento amostral
Ecological-ly - Based Family Therapy Outcome with Substance Abusing Runaway Adolescents	Slesnick, N. Prestopnik, J.L.	Publicação dos centros de alcoolismo e drogadição e desenvolvimento da família Journal Adolescent	Ensaio clínico randomizado	n= 124 GE*= 65 GC**=59 Jovens fugitivos entre as idades de 12 a 17 anos, residentes num raio de 60 milhas do local da pesquisa, uso da substância nos últimos 90 dias ou cumpre os critérios do DSM-IV para Transtornos de Uso de Substâncias Psicoativas, menos um dos pais dispostos a participar da terapia
Intervenção Estudada		Resultados		Recomendações/Conclusões
Os adolescentes submetidos aos dois tratamentos foram avaliados quanto aos domínios: abuso de substâncias, funcionamento psicológico, funcionamento familiar, comportamento de risco para o HIV e diagnóstico, por se acreditar serem fatores que influenciariam o tratamento. Variáveis analisadas: gênero, idade, etnia, abuso sexual, tempo decorrido desde a fuga. Houve três momentos de avaliação: no pré-tratamento e 6 e 12 meses pós-tratamento.		Os jovens que se submeteram à intervenção familiar ecológica obtiveram maior redução no uso de drogas. Variáveis como gênero e idade não influenciaram os resultados, porém a história, modalidade e tempo de uso sim. Aqueles que reportaram abuso físico e sexual demonstraram menores problemas em consequência do fato. Ambos tratamentos demonstraram melhorias ao longo do tratamento no tocante ao funcionamento psicológico e familiar e sobre conhecimento sobre o HIV. Houve permanência no tratamento para 77% dos adolescentes submetidos a EBFT. Assim, EBFT demonstra impacto positivo no tratamento para abuso de drogas.		Identifica tratamentos eficazes para lidar com tratamento para jovens que abusam drogas, além de permitir análise de outros fatores. Não há avaliação da interação familiar in loco, somente de acordo com o adolescente. Intervenção bem vinda em momentos de crise familiar. Há necessidade de se analisar casos que vivam em situação de rua e possibilidade de retomar o reagrupamento familiar.

QUADRO 2—Apresentação das síntese do artigo número 2 da revisão integrativa

Nome da Pesquisa	Autores	Tipo de Publicação	Detalhamento Metodológico	Detalhamento amostral
INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder	Rigter H, Pelc I, Tossmann P, Phan O, Grichting E, Hendriks V, Rowe C.	Multicêntrica Estudo de Departamentos de Psiquiatria em Universidades da Bélgica, França, Alemanha, Suíça e Holanda	Ensaio clínico randomizado controlado Hipóteses: 1) Adolescentes submetidos a tratamento pelo MDFT reduzem mais o uso de maconha que aqueles submetidos ao tratamento usual 2) Há maiores índices de envolvimento no tratamento para MDFT que o tratamento usual	n= 480 MDFT= Usual= Jovens entre 13 e 18 anos, ambos os sexos, com dependência ou abuso de maconha com pelo menos um dos pais disposto a participar do tratamento. Excluídos aqueles incapazes de entender língua local, participar das sessões de tratamento ou sofrer de transtorno mental que necessite internação hospitalar
Intervenção Estudada	Resultados		Recomendações/Conclusões	
Foram verificadas variáveis como gênero, idade e níveis de maconha nos últimos 90 dias. Os jovens foram avaliados na randomização, e 3, 6, 9 e 12 meses após o início da pesquisa/randomização. Participaram do estudo 54 terapeutas (25 em MDTF e 29 na terapêutica usual). As avaliações entre os dois tipos de tratamento tiveram foco nos seguintes pontos: uso da substância, função mental, problemas comportamentais, funcionamento familiar, na escola e com pares.	Ainda em fase de finalização, aponta para sucesso do estudo, bem como aceitação de uma nova forma de tratamento de drogaditos.			

As pesquisas foram publicadas, respectivamente, em 2005 e 2010. Como podemos observar no último quadro, o artigo 2 se refere a um *study protocol*; os autores dispõem um desenho de estudo que ainda está sendo realizado. Devido à

escassez de estudos experimentais nesse âmbito do tratamento de dependência química inclusive de comparação na eficácia de tratamento que envolve familiares, achamos cabível abordar tal artigo nesta revisão.

Discussão

Observamos, não só por meio dos dados expostos nos quadros, como por meio da leituras dos resumos dos artigos para seleção das unidades de análise, que cerca de 90% dos estudos dizem respeito à população de adolescentes usuários de drogas.

Mais vulnerável ao uso de substâncias lícitas e ilícitas, esse grupo tem despertado preocupação e sido alvo de pesquisas científicas. Nos serviços de saúde brasileiros, bem como na esfera das ações educacionais, são desenvolvidos projetos como o Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE, que reconhece tal condição de vulnerabilidade do adolescente, não somente no tocante às drogas, como também em relação a complicações de saúde (BRASIL, 2006).

Devido às peculiaridades dessa fase, como a requerida e inevitável construção psíquica de novos papéis e responsabilidades, além da necessidade em lidar com as transformações do corpo e com conflitos gerados na infância, o ego se apresenta instável e vulnerável a mudanças externas. Como há urgência por poder e status ainda não adquiridos, o consumo de drogas, por vezes facilitado, representa uma fuga dos conflitos inerentes a essa etapa da vida (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2009).

Os artigos, publicados na América do Norte e na Europa, se distinguem por se tratarem, respectivamente, de um estudo em um único local e de um estudo multicêntrico, embora se tratem de ensaios clínicos randomizados.

Esse tipo de estudo é considerado o mais apropriado para avaliar a eficácia de serviços e tratamentos de saúde, sendo comumente utilizado na medicina. Aleatoriamente, e após terem suas características analisadas para a participação no estudo, os sujeitos da pesquisa são alocados para receber um ou outro tipo de tratamento, fase chamada de randomização. Os critérios e/ou as variáveis para acompanhamento dos grupos são os mesmos (MOHER *et al.*, 2010).

Assim, é necessário verificar os tipos de tratamento abordados em ambos os artigos. Não se pode perder de vista que o entendimento de que a dependência ou o abuso de substância são distúrbios de saúde, e não desvios de caráter, data da segunda metade do século XX, quando começam movimentos de organização e criação de serviços para o tratamento dessa “nova” patologia. Tendo esse entendimento, há necessidade de que o serviço e seus trabalhadores compreendam não somente os condicionantes sociais e econômicos que levam à dependência química como também as repercussões na saúde do indivíduo. O planejamento quanto à demanda e característica da clientela a ser cuidada pelo serviço, bem como de seus familiares também devem ser considerados (RIBEIRO, 2004).

Os artigos versam sobre a *ecologically-based family therapy* (terapia familiar com base ecológica), a *multidimensional family therapy* (terapia familiar pelo método multidimensional) e os tratamentos que os autores consideram como usuais nos serviços de saúde voltados para a dependência química.

Quanto aos tratamentos ditos “usuais”, compreendemos, com as leituras, que são aqueles que, institucionalmente, tentam tratar a dependência de forma dissociada do contexto das relações interpessoais do dependente químico e não incluem a família como participante do processo. Geralmente, lidam com os dependentes de forma behaviorista, em termos prescritivos de mudanças de comportamento.

Já a *ecologically-based family therapy*, além de envolver ao menos um familiar na terapia, está dividida em quatro etapas. Na primeira, são acordados os objetivos e as intenções dos encontros subsequentes. Na segunda, são identificados dois temas de interesse do familiar e do dependente químico, os quais sejam comuns à terapia, e a partir disso é definida uma abordagem eficaz para a intervenção. Na terceira, são desenvolvidas ações de prevenção ao HIV, abordadas em consultas individuais. Por fim, na quarta etapa são descritas tarefas clínicas para as sessões de terapia. O terapeuta trabalha no intuito de promover as competências de cuidado e responsabilidade dos familiares em relação ao dependente químico (SLESNICK; PRESTOPNIK, 2005).

Essa terapia foi desenvolvida durante um estudo sobre os casos de adolescentes usuários de drogas que fugiram do domicílio, apresentando um índice de medicina baseado em evidências de dois (a escala varia de um a cinco), com o intuito de responder, de forma imediata, ao problema dos adolescentes, bem como promover uma “religação” emocional por meio da comunicação, além de habilidades para resolver problemas entre os familiares. Assim, a interação da família é um alvo da terapêutica e se dá com o entendimento dos sistemas familiares e individuais. Tal abordagem considera, evidente-

mente, o ambiente onde se desvela o cuidado. A intervenção inclui técnicas de sistemas da família, treinamento de habilidades de comunicação e resolução de conflitos, assim como gestão de processos terapêuticos em que os sistemas fora da família são diretamente visados. O modelo final contém doze sessões de terapia familiar no consultório clínico e de duas a quatro sessões de prevenção de HIV. No estudo analisado, entretanto, esta interação era aferida somente com base em dados oferecidos pelo adolescente em tratamento (CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES, 2010).

Já a *multidimensional family therapy*, desenvolvida desde 1985, se baseia em um tratamento ambulatorial que, como indica o termo “multidimensional”, pressupõe que cada domínio importante da vida do adolescente pode contribuir tanto para a incidência e a persistência de problemas comportamentais (fatores de risco) quanto para sua resolução. Os domínios da vida incluem a própria juventude, os pais, os familiares, os amigos e colegas, a escola, o trabalho e o lazer. O terapeuta conduz as sessões com múltiplas alianças terapêuticas, com os adolescentes e os pais e responsáveis. Nelas há a proposta de melhoria das condições dos domínios da vida para o adolescente e a família de uma forma extensiva e pragmática (RIGTER *et al.*, 2010).

Contando com manual *online*², a terapia familiar de enfoque multidimensional deve ser utilizada por terapeutas. Geralmente desenvolvida em doze sessões, ela indica metas para o funcionamento psicossocial de cada membro da família e para o relacionamento entre os membros. Analisa a influência de outros sistemas fora da família (comunidade,

2 Disponível em <<http://adaiclearinghouse.org/downloads/Multidimensional-Family-Therapy-for-Adolescent-Cannabis-Users-207.pdf>>

escola, serviços de saúde, dentre outros) o que evidenciam as bases teóricas de tal modelo (LIDDLE, 2002). Os domínios considerados na terapia são: processo, desenvolvimento, problemas comportamentais, psicoterapia, terapia familiar, parâmetros de tratamento, resultados e ecologia.

Para além dos modelos empregados, constatamos a importância da participação ou consideração do componente familiar no tratamento da dependência química. Fatores internos à família, como presença de membro dependente, instabilidade familiar, carência de vínculos familiares, escolares e comunitários, estão presentes em casos de dependência química, nos quais a família se apresenta como coautora tanto da inserção do indivíduo no abuso de substâncias quanto da busca e manutenção de tratamento (CALDEIRA, 1999; LIDDLE, 2002; MORAES, 2008; SCHENKER, MINAYO, 2003; SEADI, OLIVEIRA, 2009).

Embora o artigo 2 apresente um estudo ainda inconcluso, o modelo de tratamento empregado se preocupa em estender o cuidado à família do dependente de drogas, ainda que de forma indireta, durante o tratamento do dependente químico. O mesmo se pode dizer do modelo presente no artigo 1. Contudo, nele se observa que o cuidado está centrado no ambulatório de especialidades, uma vez que se desenvolve em países onde a atenção primária não está voltada para o grupo familiar, como no Brasil.

Considerações finais

Verificamos, no Brasil, a necessidade de tratamento que envolva os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, como equipe multidisciplinar responsável por sua clientela

adstrita, bem como apoio técnico e científico de especialistas na área de psiquiatria e dependência química.

Assim como os achados em estudo anterior (SCHENKER; MINAYO, 2003), a escassa produção sobre tratamentos de dependentes de drogas que envolvam a família é reflexo do despreparo dos serviços brasileiros tanto no trabalho com marcos teóricos quanto no desenvolvimento de novas formas de cuidar.

Considerando o exemplo de países em que são empregados modelos de tratamento que tomam por base a família, verificadas todas as necessidades de adaptações culturais em virtude da natureza do problema, concluímos que os dois tratamentos analisados, uma vez que são eficazes quando comparados ao tratamento usual, devem ser utilizados nos serviços de saúde brasileiros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marília Mastrocolla de; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de; PINHO, Paula Hayas. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. São Paulo, v.35, supl 1, p.76-81, 2008. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/76.htm>. Acesso em: 01 mar 2012.

BARROS, Marcelle Aparecida de; PILLON, Sandra Cristina. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [internet]. Goiânia, v.8, n.1, p.144-149, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 20 mar 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** [Internet]. Brasília, 2003. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 20 mar 2012.

_____. **Saúde e prevenção nas escolas**: guia para formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília, 2006. 148p.

CALDEIRA, Zélia Freire. **Droga, indivíduo e família**: um estudo de relações singulares. Rio de Janeiro, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

CALIFORNIA DEPARTMENT SOCIAL SERVICES. **California Evidence-Based Clearinghouse**. [página da internet] San Diego (California): CEBC, 2010. Disponível <<http://www.cebc4cw.org>>. Acesso em 14 dez 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. [Internet]. Brasília: 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 mar 2012.

LIDDLE, Howard A. **Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users, cannabis youth treatment series**. Rockville: DHHS Pub., 2002.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Relatório Mundial sobre Drogas**. [Internet]. Nova Iorque: 2010. 14p. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/southerncone/Topics_drugs/WDR/2010/WDR_2010_Referencias_ao_Brasile_Cone_Sul.pdf>. Acesso em: 20 mar 2012.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**. [online]., Santa Catarina, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MOHER, David. *et.al.* CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMJ [online]**, p. 1-28, 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/340/bmj.c869.full.pdf>>. Acesso: 22 jun. 2014.

MORAES, Leila Memória Paiva. **Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico**: grupo como estratégia do cuidar. [internet]. Fortaleza, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza, 2008.

RAUPP, Luciane., MILNITSKY-SAPIRO, Clary Milnitsky. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 26, n. 4, p. 445-54, 2009.

RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços para o tratamento da dependência de álcool. **Rev. Brasileira Psiquiatria**. [online]. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 59-62, 2004.

RIGTER, Henk *et al.* INCANT: a transnational randomized trial of Multi-dimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 28, 2010.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. saúde coletiva** [internet], Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232003000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em: 01 mar. 2012.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciênc. saúde coletiva** [internet], São Paulo, v. 15, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 fev. 2012.

SEADI, Susana M. Sastre; OLIVEIRA, Margareth da Silva. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicologia clinica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 363-78, 2009. SLESNICK, Natasha. PRESTOPNIK, Jillian L. Ecologically-Based Family Therapy Outcome with Substance Abusing Runaway Adolescents. **J Adolesc [s.l.]**, v. 28, n. 2, p. 277-98, 2005.

SOUZA, Marcela Tavares, SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 11, p. 102-6, 2010.

URSI, Elisabeth Silva. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

12 VIOLÊNCIA NO TRABALHO CONTRA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Naianny Rodrigues de Almeida

Livia de Andrade Marques

Maria Fatima Maciel Araújo

José Gomes Bezerra Filho

A violência no trabalho é um evento que se faz presente em todas as áreas, não privilegiando alta, média ou baixa graduação na hierarquia organizacional. Trata-se de um evento que pode provocar a frustração do trabalhador em diferentes graus.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) dá o seguinte conceito para a violência no trabalho: incidente em que o trabalhador sofre abuso, ameaça ou ataque em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, inclusive no trajeto de ida e volta, envolvendo ameaça explícita ou implícita para sua segurança, bem-estar ou saúde (OIT, 2002). Nessa definição, percebe-se claramente a natureza intencional do ato violento, sem mencionar más condições de trabalho, falta de insumos, desqualificação do trabalho, convívio, interação, testemunho de violência externa, omissões e negligências.

No tocante à sua natureza, a violência no trabalho pode ser física, definida como o uso de força física contra ou-

tra pessoa ou grupo, que resulta em malefício físico, sexual ou psicológico; ou psicológica, expressa pelo uso intencional do poder, incluindo ameaça de força física contra outra pessoa ou grupo, que pode resultar em malefício para o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social, a qual apresenta quatro subtipos: agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial (OIT, 2002).

Lancman *et al.* (2009) acrescenta que a violência no trabalho envolve a relação com chefes, pares, clientes. Quanto à fonte da violência, o autor a categoriza em: externa, quando quem a pratica é cliente, usuário ou alguém que não tem relação com o trabalhador; e interna, quando quem a pratica tem alguma ligação com o local de trabalho. Somada a essas, apresenta-se a violência indireta, que ocorre quando, no exercício de suas funções, o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor alternativas aos responsáveis pela situação.

Caracteriza-se, também, pela violação da integridade psíquica e da dignidade humana em situações que obrigam os trabalhadores a agirem contra os valores e a própria vontade, o que desqualifica o trabalho.

A violência no trabalho é encontrada em todos os setores da economia e em todas as categorias profissionais. No entanto, é no setor de saúde em que ocorrem as manifestações mais danosas para o trabalhador. Um quarto das ocorrências de violência no trabalho vem do setor de saúde, no qual há baixo risco de sofrer homicídio, mas há risco considerável de sofrer agressões (MARTINS, 2012; OIT, 2002).

Recentemente, Martins (2012) realizou uma revisão da literatura sobre violência no trabalho. A autora observou que, a partir de 2006, houve um aumento da produção acadêmica sobre o tema e que as pesquisas mais recentes pertenciam ao setor de saúde, seguidas dos trabalhos dos setores de transporte, segurança e serviço público. Dos 42 estudos levantados sobre violência no trabalho, 17 (aproximadamente 40%) versavam sobre violência contra os trabalhadores de saúde, fato que pode ser atribuído aos graves problemas da qualidade dos serviços e à presença da violência, na última década, no setor.

Apesar de haver estudos sobre o assunto, não há nenhum conteúdo a respeito da violência no trabalho especificamente para os trabalhadores da saúde nas normas e legislações trabalhistas. Tal fato consiste em uma grande lacuna que tende a se tornar cada vez mais evidente, visto que a atual ascendência da violência urbana reflete corriqueiramente no processo de trabalho do setor de saúde, culminando na violência contra os trabalhadores.

Para Kaiser e Bianchi (2008), são fatores que podem contribuir consideravelmente para a violência ocupacional contra o profissional de saúde: o contato face a face entre o profissional de saúde e o usuário, atitudes inadequadas do profissional e a localização do serviço de saúde em áreas com elevados índices de violência.

De acordo com Lancman *et al.* (2009), a violência ao trabalhador da área da saúde é ainda mais acentuada na Estratégia Saúde da Família (ESF), que, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias

que preveem um contato estreito entre a equipe de saúde e a população, promovendo, muitas vezes, atendimentos em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador. Por conseguinte, os trabalhadores do ESF lidam com uma clientela bastante diversificada e, muitas vezes, composta por pessoas que apresentam fragilidade física e/ou psicológica e que podem se tornar agressivas quando consideram que o atendimento não satisfaz suas necessidades.

O meio onde o trabalhador de saúde desenvolve suas atividades laborais o expõe a agressões físicas e verbais (ANCALLI-CALIZAYA; COHAILA; MAQUERA-AFARAY, 2012). Dessa forma, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência e os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) estão continuamente expostos ao risco de sofrer agressões.

Portanto, este estudo se justifica pela necessidade de conhecer o cenário de inserção do trabalhador, que corre riscos de adoecimento, dado que as doenças orgânicas, psicorgânicas e psíquicas estão intimamente ligadas à fadiga, ao sofrimento mental e ao assédio moral, o que acarreta crises tanto na vida social quanto profissional, inviabiliza uma vida saudável, além de onerar o serviço devido aos afastamentos (KAISER; BIANCHI, 2008). É importante verificar o risco de violência por meio da constatação do dano e, com isso, estimular a implementação de medidas preventivas e de enfrentamento.

Tais questões colocam o estudo em um patamar de relevância, uma vez que seus resultados possam chamar a atenção de gestores e da comunidade científica para o pro-

blema da violência entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da APS. Com esse intuito, o presente estudo procura caracterizar a violência no trabalho entre trabalhadores da APS, bem como identificar as formas de enfrentamento e condução dos casos.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa que usou dados secundários do setor de coordenação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal do Ceará (UFC), sediada no município de Fortaleza, Ceará.

O período da coleta foi entre maio e agosto de 2013. Foram utilizados dados referentes aos trabalhadores de duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Secretaria Executiva Regional (SER) III em Fortaleza, totalizando 84 sujeitos. A SER III tem uma população de 398.382 habitantes, área de 2.777,70 hectares, densidade demográfica de 143 habitantes por hectare, 16 bairros e 16 UAPS (MOURA, 2011).

As variáveis investigadas foram: características sociodemográficas, prevalência dos atos violentos, agressores, motivo da violência, atitudes e ações dos trabalhadores e gestores diante da violência, satisfação dos trabalhadores com a segurança no local de trabalho.

Foram realizadas a leitura dos instrumentos e a organização das informações em banco de dados no programa Excel, do Microsoft Office 2007, obtendo-se subsídios para a elaboração de tabelas e gráficos, que foi precedida da aná-

lise descritiva e da discussão dos resultados com a utilização de referenciais teóricos e literatura pertinente.

Para cumprir as normas éticas em pesquisa da resolução nº 466/2012, foi solicitada a autorização da coordenação do PET-Saúde da UFC por meio do termo de fiel depositário. Além disso, vale ressaltar que a pesquisa “Violência ocupacional e suas repercussões no mundo do trabalho de profissionais e trabalhadores de saúde na atenção básica”, da qual os dados foram extraídos, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMPE-UFC) sob o protocolo de número 124/10, obedecendo à resolução nº 196/1996, que dispõe sobre as regras para pesquisas com seres humanos.

Resultados e discussão

Os dados da tabela 1 mostram que a maior parte dos trabalhadores tinha entre 20 e 40 anos (65,4%), a mesma faixa etária da maioria dos trabalhadores da APS que participaram do estudo de Assis *et al.* (2010) realizado na Bahia. Esses dados revelam a predominância de trabalhadores que pertencem ao grupo que, de modo geral, mais sofre com as consequências da violência, o dos jovens e dos adultos jovens.

Entre os participantes da pesquisa, predominam as mulheres (67,8%), resultado compatível com os das pesquisas de outros autores, que revelam ser a feminização das profissões uma das tendências do trabalho com saúde e dos profissionais das equipes de saúde da família (ASSIS *et al.*, 2010; OLIVEIRA, ALMEIDA, MORITA, 2011; SOUZA, 2011).

A significativa predominância do sexo feminino é justificada pela progressiva inserção da mulher no mercado de

trabalho. Fatores como a expansão e a elevação dos níveis de escolaridade e instrução, acrescidos da redução das taxas de fecundidade, são razões que impulsionaram a mulher para o mercado de trabalho remunerado. Acredita-se também que as mudanças econômicas ocorridas no Brasil ao longo das últimas décadas propiciaram a formação de um mercado de trabalho aberto para a mulher, principalmente no setor terciário da economia, no qual estão inclusos os serviços de saúde (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). A forte relação histórica e cultural que a atividade de cuidar tem com o universo feminino pode torná-la desvalorizada. Embora em nossa sociedade haja o incentivo à igualdade entre os gêneros, a mulher ainda é mais vulnerável e corre maior risco de sofrer violência no trabalho (VASCONCELLOS *et al.*, 2012).

No que tange à escolaridade, a maioria dos trabalhadores (53,5%) tinha ensino médio completo, enquanto os que haviam concluído o ensino superior representavam 23,8%. Os dados obtidos se assemelham aos do estudo de Souza (2011) realizado em Recife. Esse quantitativo pode ser justificado pelas próprias Equipes de Saúde da Família, compostas por um pequeno número de profissionais de nível superior.

Em relação à renda, 60,7% recebiam de um a três salários mínimos e 28,5% ganhavam até um salário mínimo. Os números evidenciam um dos fatores que contribuem para a precarização do trabalho na APS, desmotivando o trabalhador e podendo chegar ao ponto de influenciar negativamente a qualidade da assistência prestada por ele. Em uma espécie de efeito cascata, isso provoca a insatisfação da população com o atendimento recebido no ESF, podendo gerar atos violentos contra os trabalhadores.

TABELA 1 – Dados sociodemográficos dos trabalhadores das UAPS da SER III (n=84). Fortaleza-CE, 2013.

CARACTERÍSTICA	n	%
Idade		
20 a 40 anos	55	65,4
41 a 60 anos	29	34,5
Total	84	100,0
Sexo		
Feminino	57	67,8
Masculino	27	32,1
Total	84	100,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	1	1,1
Ensino fundamental completo	3	3,5
Ensino médio incompleto	5	5,9
Ensino médio completo	45	53,5
Ensino superior incompleto	11	13,0
Ensino superior completo	20	23,8
Total	84	100,0
Renda		
Até 1 salário mínimo	24	28,5
1 a 3 salários mínimos	51	60,7
4 a 5 salários mínimos	3	3,5
Maior que 10 salários mínimos	2	2,3
Total	84	100,0

A maioria dos trabalhadores que participaram do estudo eram agentes comunitários de saúde (ACS) (44), contingente superior ao dos membros da equipe de enfermagem (17). Os demais participantes eram médicos, terapeutas ocupacionais, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, auxiliares de serviços gerais e assistentes administrativos. Vários dados da literatura corroboram os achados (ASSIS *et al.*, 2010; LANCMAN *et al.*, 2009; SOUZA, 2011). O quantitativo de ACS reflete o maior número desses profissionais nas unidades em comparação com o dos demais tra-

balhadores, diferença decorrente da composição mínima das equipes de saúde da família, e a grande expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O alto índice de violência entre os trabalhadores de saúde registrado no presente estudo (46,4%) se coaduna com outros dados da literatura. Na pesquisa de Cezar-Vaz et al (2009) com trabalhadores da saúde do Sul do Brasil, a percepção do risco de “violência física e moral” foi mencionada por 23 de um total de 48 trabalhadores da APS. De acordo com os depoimentos dos participantes, o elemento condicionante está centrado nas características sociocomportamentais dos grupos sociais das comunidades adstritas, o que nos leva a deduzir que um importante fator para a violência contra os trabalhadores da APS é a própria localização da unidade ou a população que ali reside.

No estudo qualitativo realizado por Oliveira, Almeida e Morita (2011) em uma periferia urbana, o objetivo dos autores foi identificar as concepções de profissionais de um Centro de Saúde da Família (CSF) sobre violência. Segundo os relatos encontrados na referida pesquisa, a violência que envolve profissionais e serviços de saúde ocorre de forma ambivalente. Tanto a unidade violenta a comunidade – quando não consegue atender a todos, quando não pode ofertar todos os recursos diagnósticos e terapêuticos ou, ainda, quando não se organiza adequadamente para reconhecer as demandas da área de abrangência – como também essa mesma unidade é violentada por aqueles cidadãos que tentam exigir seus direitos ou que são vítimas de outras agressões sociais e tratam o serviço de saúde com a mesma agressividade.

Uma sociedade acometida pela pluralidade da violência se torna ansiosa e agressiva, e acaba chocando-se com profissionais de saúde que também vivem no seu limite, na carência de recursos e capacitação. Assim, o serviço dessa unidade é um microcosmo do panorama nacional da maioria das relações entre comunidade e serviços de saúde (OLIVEIRA; ALMEIDA; MORITA, 2011).

Teoricamente, as organizações de saúde deveriam proteger os profissionais, mas elas não estão livres da violência, preocupante não só pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta aos indivíduos como também pelas implicações negativas que pode trazer para o setor de saúde, como o absenteísmo, o comprometimento da qualidade dos cuidados prestados e a falta de profissionais por abandono. Isso, por sua vez, pode diminuir os serviços disponíveis para a população, assim como aumentar os custos com a saúde.

A violência provoca sentimentos de impotência, limitação, desprestígio e culpa pelos insucessos para os trabalhadores. Com isso, além do risco de agravo à saúde do trabalhador, há um comprometimento do processo do cuidar, que gera um atendimento deficiente tanto para o usuário como para o acompanhante. Esse atendimento deficiente causa ainda mais insatisfação no usuário, aumentando a chance de este praticar violência contra o profissional, o que torna o problema em questão um ciclo de difícil rompimento.

O gráfico 1 mostra que, entre as diversas formas de violência, a mais prevalente contra os trabalhadores foi a agressão verbal (32 casos), seguida pelo assalto (5 casos). Quanto à agressão verbal, os dados se coadunam com uma pesquisa pioneira realizada no âmbito do programa “Violência no Tra-

balho no Setor Saúde”, empreendida pela OIT e pela OMS. Esse estudo foi realizado com trabalhadores de saúde do Rio de Janeiro e os resultados mostraram que, do total de participantes, 46,7% informaram ter sofrido pelo menos uma agressão no último ano, com destaque para a agressão verbal (39,5%) e o assédio moral (15,2%) (OIT, 2002).

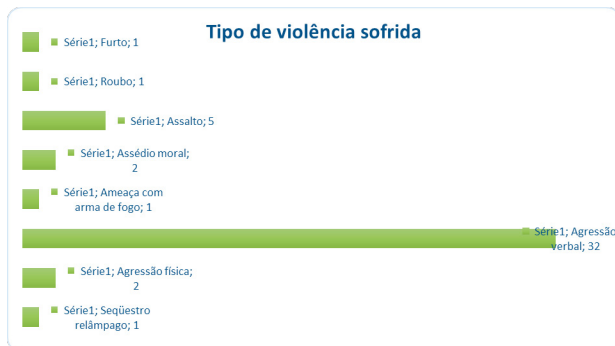
Vale ressaltar que há possibilidade de confusão, por parte dos participantes, entre a agressão verbal e o assédio moral, uma vez que este último, geralmente, se manifesta por meio da verbalização de ofensas e por coação, o que justifica o pequeno número de trabalhadores que relataram o assédio moral no presente estudo em comparação com outras pesquisas (OIT, 2002).

As agressões verbais resultam, muitas vezes, em humilhação e indicam falta de respeito com a dignidade do indivíduo. Geralmente, ocorrem sob a forma de insultos, ofensas, com um tom de voz alto e agressivo (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004). Como a repercussão da agressão verbal varia de acordo com a subjetividade de cada indivíduo, torna-se difícil mensurar seus efeitos sobre os trabalhadores, podendo passar despercebida ou não ser considerada tão importante.

Para Velloso, Araújo e Alves (2011), embora a agressão física pareça mais expressiva, as agressões não físicas são, da mesma forma, desestruturantes. No estudo realizado pelo autor em um CSF, em Belo Horizonte, foi percebido que o profissional associa o desempenho no trabalho a seu estado psicológico e identifica a violência verbal como um fator que “mexe com o psicológico”. Sendo assim, podemos deduzir que, ao ser vítima de agressão verbal, além de sofrer mentalmente, o trabalhador diminui seu rendimento no trabalho

de forma significativa, prestando uma assistência de menor qualidade e podendo, com isso, despertar ainda mais revolta e violência por parte do usuário.

GRÁFICO 1. Prevalência dos atos violentos perpetrados contra trabalhadores das UAPS da SER III (n=84). Fortaleza-CE, 2013.



Como pode ser visto na tabela 2, na maioria dos casos de violência (66,6%), segundo os participantes da pesquisa, o agressor foi uma pessoa em atendimento, mas 17,9% das agressões foram cometidas por colegas de trabalho. De acordo com Cezar-Vaz *et al.* (2009), a principal fonte de violência contra os trabalhadores da saúde realmente são as pessoas em atendimento e seus familiares, porém ela também surge nas relações de trabalho com colegas e/ou chefes. Durante os últimos anos, pouca atenção tem sido dada às agressões perpetradas por pessoas em atendimento e seus familiares (ANCALLI-CALIZAYA; COHAILA; MAQUERA-AFARAY, 2012).

Tal achado pode ser justificado pela precarização do serviço de saúde da rede pública, que leva à insatisfação da-

queles que dependem dele, os quais veem no trabalhador da saúde uma válvula de escape para o problema ou uma oportunidade de ser ouvido. Eles acabam por depositar no trabalhador toda a responsabilidade pela desqualificação da assistência prestada, fazendo com que este se sinta desvalorizado e pouco reconhecido (VASCONCELLOS *et al.*, 2012).

Na pesquisa realizada por Velloso, Araújo e Alves (2011) com profissionais de um CSF, em Belo Horizonte, os participantes relataram comportamento agressivo dos usuários com os profissionais e procuraram justificá-lo estabelecendo uma relação de causalidade entre as condições de vida e a agressividade da população pelo fato de morarem em um local violento e vivenciarem situações de precariedade de diversas naturezas.

Os dados sobre os agressores reforçam a hipótese de confusão entre agressão verbal e assédio moral, uma vez que os principais agressores foram pessoas em atendimento (possíveis perpetradores da agressão verbal) e colegas de trabalho (que podem cometer tanto a agressão verbal como o assédio moral). Em último lugar, está o morador da área (possível praticante de assalto) como agressor, demonstrando que existe a possibilidade de o assalto não ser realmente mais frequente quando comparado ao assédio moral.

TABELA 2 – Agressores segundo os trabalhadores das UAPS da SER III que sofreram violência (n=39) em Fortaleza, 2013.

Agressor	n	%
Cliente em atendimento	26	66,6
Colega de trabalho	7	17,9
Morador da área	6	15,3
Total	39	100

De acordo com a tabela 3, para os trabalhadores, na maior parte dos casos, não havia motivo aparente para a violência (38,4%), evidenciando que a vulnerabilidade do trabalhador da saúde não está vinculada, exclusivamente, à assistência precária, mas, principalmente, à presença da violência urbana no ambiente de trabalho e à insegurança. Somadas a isso, temos as próprias vulnerabilidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas em atendimento, que podem contribuir para a prática de ato violento.

Em seguida, foi relatado- como motivo da agressão o descontentamento com o serviço que o trabalhador realizou e com o serviço da própria ESF de modo geral (33,3%). Esse dado demonstra que a agressão proveniente do paciente contra o trabalhador da saúde se deve, muitas vezes, à realidade organizacional da unidade, na qual, geralmente, o paciente não é bem acolhido e informado, demora a ser atendido e não encontra resolução para seus problemas. Todos esses fatores provocam sentimentos de insatisfação e revolta na pessoa em atendimento, que acaba por tomar a atitude de agredir os trabalhadores como forma de exigir seus direitos.

TABELA 3 – Motivo da violência segundo os trabalhadores das UAPS da SER III que sofreram violência (n=39) em Fortaleza, 2013.

Motivo	n	%
Descontentamento com o serviço que o trabalhador realizou	3	7,6
Descontentamento com o serviço da ESF	8	20,5
Descontentamento com ambos	13	33,3
Sem motivo aparente	15	38,4
Total	39	100,0

Observando a tabela 4, foi percebido que a maioria dos trabalhadores não relatou a ocorrência da violência às UAPS e sequer tomou providências legais, informando o fato apenas aos familiares e amigos (69,2%). Dentre os poucos que tomaram medidas legais (12,8%), a maior parte não utilizou as UAPS como intermediárias ou facilitadoras (7,6%). Ressalta-se a necessidade de fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores e gestores, assim como o vínculo entre os gestores e as autoridades legais, a fim de agilizar e facilitar a tomada de providências diante de casos de violência, fazendo com que o trabalhador sinta-se mais seguro e confiante para denunciar um caso de violência cuja vítima seja ele próprio, um colega ou alguém da comunidade assistida.

Na pesquisa de Xavier *et al.* (2008), realizada com trabalhadores de saúde do Rio de Janeiro, a maioria dos participantes relataram que não informaram a ocorrência da violência aos superiores por acreditar que nenhuma providência seria tomada. Dentre os que comunicaram o ocorrido aos chefes, a maior parte disse que o caso ficou sem resolução. Também no presente estudo a maioria dos trabalhadores que sofreram violência afirmaram que não houve solução para a agressão sofrida (82%). A falta de resolução desestimula ainda mais os trabalhadores, que deixam de buscar apoio nas UAPS ao sofrer violência, prejudicando as relações entre eles e os gestores e provocando desentendimentos e divergências dentro de uma equipe que deveria trabalhar unida em prol de si mesma e da comunidade assistida.

TABELA 4 – Atitudes após sofrer violência segundo os trabalhadores das UAPS da SER III que sofreram violência (n=39) em Fortaleza, 2013.

Atitude	n	%
Nenhuma	1	2,5
Só informou aos amigos e familiares	27	69,2
Comunicou à chefia, mas não tomou providências legais	6	15,3
Comunicou a chefia e solicitou prosseguimento de medidas legais	2	5,1
Tomou providências legais sem comunicação direta com a UAPS	3	7,6
Total	39	100,0

Com relação às ações dos gestores diante de casos de violência que ocorreram nas UAPS, a tabela 5 mostra que 35,7% dos trabalhadores relataram que os gestores comunicaram o caso às autoridades policiais e 32,1% afirmaram que os gestores comunicaram o caso às autoridades superiores. Destaca-se que 20,2% dos participantes não souberam informar sobre esse assunto. Em contrapartida, uma parcela significativa (15,4%) dos participantes relatou que os gestores não implementaram nenhuma ação depois de tomar conhecimento da ocorrência, o que justifica a atitude daqueles trabalhadores que sofreram violência, mas não comunicaram o fato às UAPS.

Percebeu-se que gestores das UAPS chegam a tentar tomar providências sobre denúncias de violência, porém não recebem retorno das autoridades legais e superiores. O caso da maioria dos trabalhadores que, no presente estudo, disseram ter sofrido violência não teve solução. Para Xavier (2008), a falta de resolução dos casos de violência no trabalho no setor de saúde se deve à inexistência de um caminho institucionalizado para a solução de conflitos. Na maioria das instituições de saúde, não há espaços para discussão, negociação e organização democrática dos serviços.

TABELA 5 – Distribuição das ações da gestão diante dos casos de violência segundo os trabalhadores das UAPS da SER III que sofreram violência (n=39) em Fortaleza, 2013.

Ações*	n	%
Nenhuma	13	15,4
Comunicou o caso às autoridades superiores	27	32,1
Comunicou o caso às autoridades policiais	30	35,7
Reuniu o Conselho Local de Saúde para discutir o problema	9	10,7
O gestor fechou a UAPS	1	1,1
Não sabe informar	17	20,2

*São possíveis mais de uma ação concomitantemente.

Na tabela 6, que apresenta os dados referentes às ações dos trabalhadores diante dos casos de violência, incluindo os vivenciados e observados, 39,2% dos participantes não souberam informar sobre o assunto e 34,5% relataram que os trabalhadores discutiram o problema entre si. A maioria dos participantes relatou não estar informada a respeito dessas ações, demonstrando que os gestores não são os únicos responsáveis pela falta de resolução dos casos de violência, uma vez que os próprios trabalhadores não estão estabelecendo uma comunicação eficaz entre si no que diz respeito à exigência de seus direitos diante da violência.

Menos de um quarto dos participantes (21,4%) afirmou que exigiu dos gestores o cumprimento das normas de proteção e segurança do trabalhador, o que demonstra que, além de os gestores não tomarem providências de modo satisfatório diante de um caso de violência, não estão sendo cobrados de forma efetiva pelos próprios trabalhadores. Um número expressivo de trabalhadores não soube informar a respeito das ações dos chefes para lidar com a violência, o que comprova mais uma vez a deficiência do vínculo entre trabalhadores e gestores.

Alguns trabalhadores relataram que houve a suspensão de atividades de atendimento, principalmente da visita domiciliária. Nesse ponto, percebe-se que a violência contra o trabalhador prejudica pessoas que não têm envolvimento com a agressão em si, uma vez que elas podem ficar desassistidas, sem a visita domiciliária, devido ao fato de residirem junto ou próximo ao agressor, ou em território onde ele é influente a ponto de inibir a ação dos trabalhadores de saúde.

TABELA 6 – Distribuição das ações dos trabalhadores diante dos casos de violência segundo os trabalhadores das UAPS da SER III que sofreram violência (n=39) em Fortaleza, 2013.

Ações*	n	%
Exigiu o cumprimento das normas quanto a proteção e segurança do trabalhador por parte da gestão	18	21,4
Suspendeu as atividades de atendimento	6	7,1
Suspendeu a visita domiciliária	6	7,1
Discutiu o problema com os trabalhadores	29	34,5
Ameaça de greve	-	-
Paralisação	-	-
Outros	1	1,1
Não informado	33	39,2

*São possíveis mais de uma ação concomitantemente.

Na tabela 7, percebe-se que 92,86% dos trabalhadores estavam insatisfeitos com o clima de proteção, segurança e apoio institucional no local de trabalho e 95,2% se sentiam inseguros em relação à violência no local de trabalho. Tais dados evidenciam a falta de ações que promovam a proteção e a segurança do trabalhador, além de mostrar a fragilidade do vínculo entre trabalhadores e gestores. Nesse contexto, é mister ressaltar a necessidade de investimentos em insumos e capacitação de recursos humanos para a promoção da saúde do trabalhador no que diz respeito à segurança no trabalho e o estreitamento de vínculo com gestores.

TABELA 7 – Grau de satisfação com o clima de proteção, segurança e apoio institucional no local de trabalho segundo os trabalhadores das UAPS da SER III (n=84). Fortaleza, 2013.

Variáveis	n	%
Grau de satisfação		
Muito satisfatório	-	-
Satisfatório	6	7,1
Insatisfatório	78	92,8
Total	84	100,0
Segurança		
Sim	4	4,7
Não	80	95,2
Total	84	100,0

Conclusão

Grande parte dos participantes do estudo sofreu violência no ambiente de trabalho. Esse evento é um fato real e não apenas uma percepção ou sentimento de insegurança. Constatou-se que a violência no trabalho na APS é realmente preocupante e que exige medidas urgentes, de acordo com o que foi abordado nos discursos dos respondentes.

O tipo de violência mais prevalente foi a agressão verbal, o que gera o questionamento quanto à resolutividade desse evento e suas consequências, uma vez que não deixa marcas físicas, mas pode causar danos psicológicos. Além disso, essa agressão não é perpetrada apenas pelas pessoas em atendimento, mas também pelos próprios colegas e gestores.

Destacou-se a ampla insatisfação dos trabalhadores com a segurança e o apoio institucional no local de trabalho, evidenciando a fragilidade das relações interpessoais nos processos de trabalho. Sugere-se a implementação de ações que visem o estreitamento do vínculo dos trabalhadores entre si e destes com

os gestores, visando à elaboração e implantação de medidas de prevenção e solução para os casos desse tipo de violência.

Nesse sentido, os resultados deste trabalho indicam algumas proposições, tais como: (I) Aproximar a gestão, o serviço de saúde e as instituições de ensino, de modo que ocorra o redirecionamento dos currículos para as demandas vigentes, seja promovida a capacitação contínua dos profissionais para lidarem com a violência, e haja discussões e rodas de conversa sobre o tema no setor de saúde; (II) Aprimorar a proteção dos trabalhadores, articulando a rede intra e intersetorial para promover o suporte profissional; (III) Sensibilizar os gestores para o problema, a fim de que reconheçam suas responsabilidades e compreendam a necessidade de agir com urgência no enfrentamento da violência.

Por fim, ao caracterizar a violência contra trabalhadores da APS e ao identificar as formas de enfrentamento e condução dos casos, esta pesquisa traz elementos como um grande estímulo à reflexão e à ação, sugerindo, ainda, a realização de estudos que contemplem mais aspectos envolvidos na violência no trabalho no setor de saúde, considerando os diversos contextos, locais e peculiaridades.

REFERÊNCIAS

ANCALLI, Félix; COHAILA, Giuliana; MAQUERA-AFARAY, Julio. Agresiones contra el Trabajador de Salud en Tacna, Perú. [Editorial]. **Rev. Peru Med Exp Salud Publica.** v. 29, n. 3, 2012.

ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al* (orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários.** Salvador: EDUFBA, 2010.

CEZAR-VAZ, Marta Regina *et al.* Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores de sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 17, n. 6, 2009.

CONTRERA-MORENO, Luciana; CONTRERA-MORENO, Maria Inês. Violência no trabalho em Enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. Bras Enferm.** v. 57. n. 6, Brasília, 2004.

KAISER, Dagmar Elaine; BIANCHI, Fabiana. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 29, n. 3, Porto Alegre, 2008.

LANCMAN, Selma. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública.** v. 43, n. 4, São Paulo, 2009.

MARTINS, Adriana Fernandes. **Precarização e violência no trabalho: um olhar sobre as relações de trabalho em instituições públicas de saúde do Rio de Janeiro.** 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública) – Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MOURA, Ricardo *et al.* **Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza.** Perfil da SER III. Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, Cristiano Claudino; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de; MORITA, Ione. Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista brasileira de educação médica.** v. 35, n. 3, Rio de Janeiro, 2011.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.** Genebra: OIT/CIE/OMS/ISP, 2002.

PINTO, Erika Simone Galvão.; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc Enferm USP.** v. 44, n. 3, São Paulo, 2010.

SOUZA, Ruth Almeida de. As relações interpessoais entre os profissionais de uma unidade de saúde da família, no distrito sanitário IV, município do Recife. **Centro de pesquisas Aggeu Magalhães**. Departamento de Saúde Coletiva. Curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde. Recife, 2011.

VASCONCELLOS, Ilmeire Ramos Rosembach de *et al.* Violência no cotidiano de trabalho de Enfermagem hospitalar. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. spe2, São Paulo, 2012.

VELLOSO, Isabela Silva Cândia; ARAÚJO, Meiriele Tavares; ALVES, Marília. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na Interface com a Violência. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n. 4, 2011.

XAVIER, Ana Carolina Hungria *et al.* Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Rev. bras. Saúde ocup.** v. 33, n. 117, São Paulo, 2008.

13 OS DETERMINANTES DOS HOMICÍDIOS NO BRASIL

Marcos Tadeu Ellery Frota
José Gomes Bezerra Filho
Carlos Henrique Morais de Alencar
Vivian Aguiar Werneck Evangelista

A violência caracteriza-se como um grave problema social, que tem consequências também na saúde pública, afetando indivíduos em todo o mundo. Em sua origem, manifestações violentas representam um fenômeno sócio-histórico e acompanham toda a experiência da humanidade. Portanto, não seria em si uma questão de saúde pública, mas transforma-se em problema a partir do momento que afeta a saúde individual e coletiva. Exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2005).

Os avanços sociais e econômicos alcançados pelo Brasil na primeira década do novo milênio são bastante expressivos. Diminuiu a pobreza absoluta, o acesso à educação básica se universalizou, o acesso dos jovens mais pobres à universidade foi ampliado, a taxa de analfabetismo decresceu, a expectativa de vida aumentou e até a desigualdade de distribuição da renda nacional está menor. Além disso, a taxa de desemprego caiu significativamente, assim como a de informalidade no mercado de trabalho. Isso não significa ig-

norar os enormes abismos sociais que persistem no país. Os indicadores sociais ainda são vergonhosos se comparados aos dos países da Europa ou mesmo de vizinhos na América do Sul (SAPORI, 2012). “Entretanto, não há como negar que a sociedade brasileira está trilhando um caminho virtuoso no sentido do enfrentamento de suas históricas mazelas sociais, mesmo que a passos módicos (SAPORI, 2012, p. 134)”.

No que diz respeito aos indicadores da violência urbana, não se constata fenômeno similar. As taxas de homicídios não diminuíram ao longo das décadas; cresceram, tendo se estabilizado nos últimos anos. Contudo, na maioria dos estados, não houve estabilização: a trajetória da taxa de homicídios continuou ascendente por todo o período. Na década passada, o Brasil se consolidou como um dos países mais violentos do mundo, e os sentimentos de medo e insegurança disseminados na população afetam diretamente sua qualidade de vida. Os jovens continuam sendo as principais vítimas da violência, especialmente os negros e residentes nas periferias urbanas (MINAYO, 2013).

O combate à pobreza não assegurou a redução da violência nem a da taxa de homicídios no Brasil; portanto, deve-se buscar uma explicação para esse descompasso entre a trajetória recente dos indicadores socioeconômicos e a trajetória dos indicadores da violência urbana. Para o senso comum, há um verdadeiro paradoxo. Uma vez que a sociedade brasileira obteve conquistas sociais, era de se esperar que a criminalidade seguisse o caminho contrário, isto é, o caminho da redução. É preciso compreender, portanto, como uma sociedade que reduz as injustiças socioeconômicas, simultaneamente, enfrenta nítida deterioração da ordem pública.

Este estudo teve como objetivo analisar os principais determinantes do coeficiente de mortalidade por homicídios no Brasil no ano de 2012. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo ecológico transversal, e analítico. Estudo que considerou como unidades de análise os estados e o distrito federal. A consideração dos estados deve-se ao fato de que todas as variáveis obtidas para os grupos de fatores criminógenos e de segurança pública estarem disponíveis em nível estadual e não municipal. Com isso, há perda no modelo econométrico-estatístico, porém abre-se o leque de variáveis observadas.

Foi considerada variável dependente a taxa de homicídios.

As variáveis independentes consideradas foram divididas em três grupos. Esta divisão foi adotada por concentrar, em blocos distintos, fatores não diretamente associados. Os indicadores do grupo 1 foram utilizados, pois são os que mais aparecem nos estudos sobre homicídios. Os indicadores dos grupos 2 e 3 são variáveis pouco usadas nos estudos brasileiros e justamente o foco do objetivo da pesquisa.

Indicadores socioeconômicos: percentual de pessoas com renda domiciliar inferior à extrema pobreza, percentual de pessoas com renda domiciliar inferior à linha da pobreza, proporção de pobres, coeficiente de desigualdade social (Gini), taxa de fecundidade, percentual da população em domicílios com água encanada, razão entre a população de 11 a 14 anos que estava frequentando a escola e a população total, razão entre a população de 18 a 20 anos que já concluiu o ensino médio e a população total, IDH renda, IDH educação.

Indicadores do sistema de segurança pública: taxa de punibilidade, taxa de efetivo policial das polícias militar e civil, despesa *per capita* em segurança pública e percentual das despesas em segurança pública no total de despesas realizadas.

Indicadores criminógenos: ocorrências por tráfico de drogas, ocorrências por posse e uso de entorpecentes, ocorrências por porte ilegal de arma de fogo.

Determinantes socioeconômicos

GRÁFICO 1. Proporção de domicílios com renda *per capita* inferior à linha da extrema pobreza. Brasil, 2012.

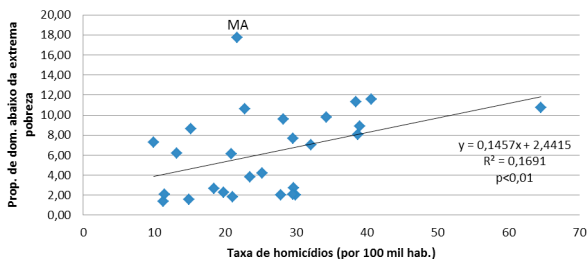


GRÁFICO 2. Correlação entre taxa de homicídios e domicílios com renda *per capita* inferior à linha da pobreza nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

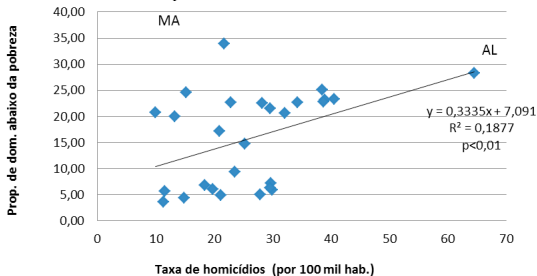


GRÁFICO 3. Correlação entre taxa de homicídios e percentual de pobres na população dos estados brasileiros. Brasil, 2012.

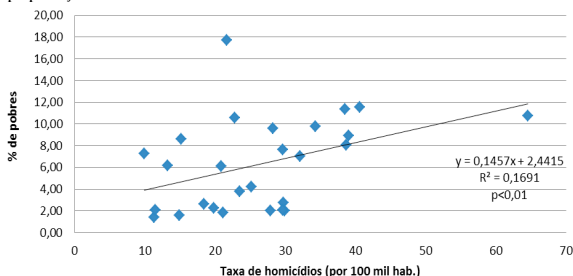


GRÁFICO 4. Correlação entre taxa de homicídios e coeficiente de Gini na população dos estados brasileiros. Brasil, 2012.

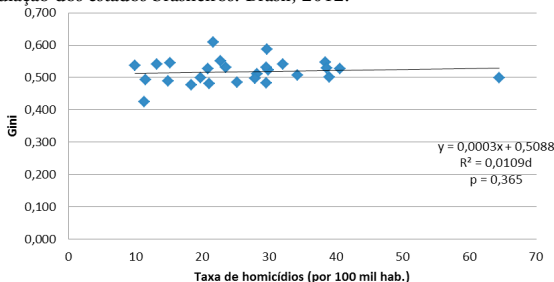


GRÁFICO 5. Correlação entre taxa de homicídios e taxa de fecundidade na população dos estados brasileiros. Brasil, 2012.

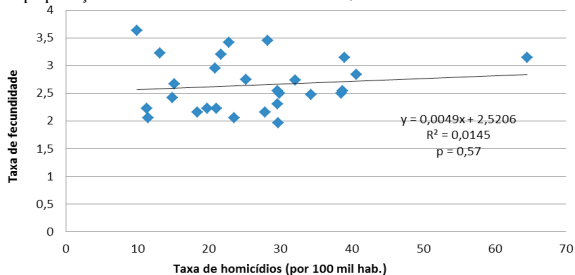


GRÁFICO 6. Correlação entre taxa de homicídios e percentual da população em domicílios com água encanada nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

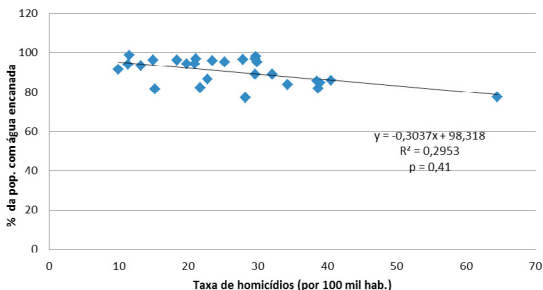


GRÁFICO 7. Correlação entre taxa de homicídios e razão da escolaridade em nível fundamental nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

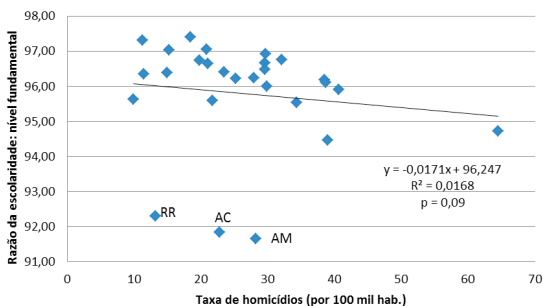


GRÁFICO 8. Correlação entre taxa de homicídios e razão da escolaridade em nível médio nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

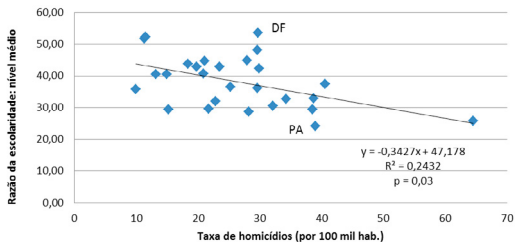


GRÁFICO 10. Correlação entre taxa de homicídios e IDH educação. Brasil, 2012.

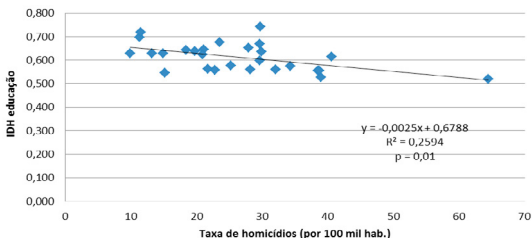
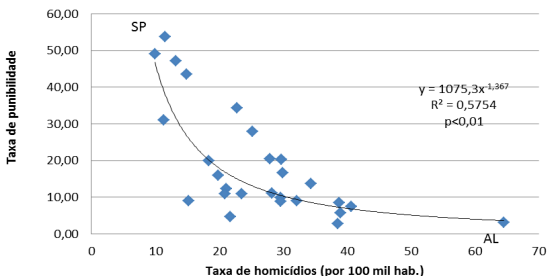


GRÁFICO 11. Correlação entre taxa de homicídios e taxa de punibilidade. Brasil, 2012.



Determinantes de segurança pública

Gráfico 12. Correlação entre taxa de homicídios e taxa de efetivo da polícia militar nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

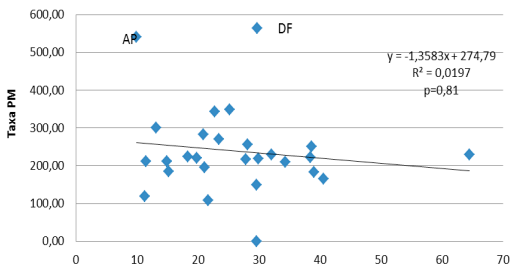


GRÁFICO 13. Correlação entre taxa de homicídios e taxa de efetivo da polícia civil nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

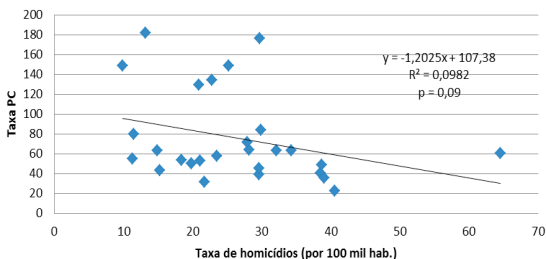


GRÁFICO 14. Correlação entre taxa de homicídios e despesa *per capita* em segurança pública nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

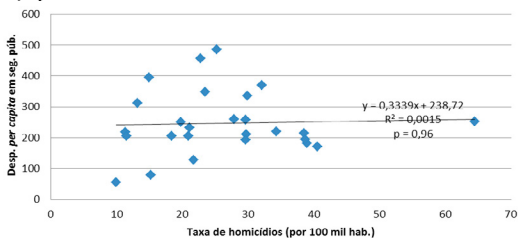
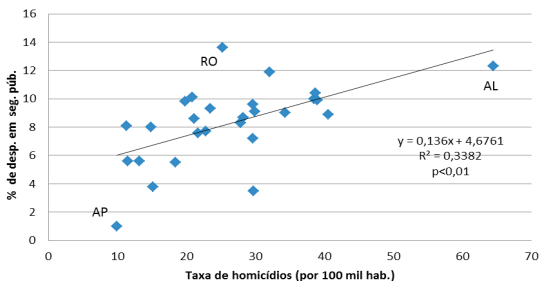


GRÁFICO 15. Correlação entre taxa de homicídios e percentual da participação das despesas em segurança pública no total das despesas dos estados brasileiros. Brasil, 2012.



Determinantes criminógenos

Gráfico 16. Correlação entre taxa de homicídios e taxa de ocorrências por tráfico de drogas nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

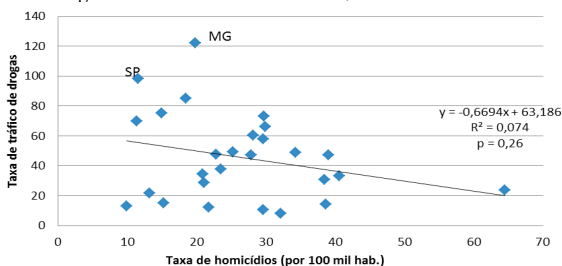


Gráfico 17. Correlação entre taxa de homicídios e taxa de ocorrências por posse e uso de entorpecentes nos estados brasileiros. Brasil, 2012.

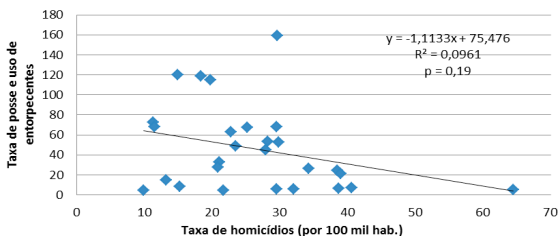
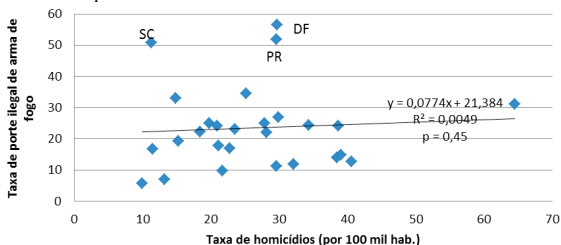


Gráfico 18. Correlação entre taxa de homicídios e taxa de ocorrências posse e uso de entorpecentes nos estados brasileiros. Brasil, 2012



Inicialmente faz-se necessário ressaltar a forte associação entre a punibilidade e a taxa de homicídios, dado que esta variável foi a que apresentou o maior coeficiente de determinação. O maior problema na questão de controle de criminalidade no Brasil são os crimes não elucidados.

A grande maioria dos estudos brasileiros se concentra na associação entre variáveis socioeconômicas e homicídios. Os resultados da pesquisa se coadunam com os resultados obtidos em estudos internacionais, como o de Levitt (2004), que observou que os principais responsáveis pela queda na criminalidade nos Estados Unidos nos anos 1990 foram o aumento no número de policiais e a elevação do número de pessoas presas. A punição, não somente dos crimes de homicídios, mas também dos outros atos delituosos, promoveu redução nas taxas de homicídios.

Nos casos brasileiros de sucesso no combate ao crime, como nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, foi crucial o envolvimento do aparato policial e das instituições judiciais. Assim como no nosso estudo, Nadanovsky (2009) encontrou uma forte relação ao comparar a taxa de homicídio com a taxa de punibilidade.

A associação com o percentual de gasto em segurança pública foi estatisticamente relevante: quanto mais homicídios maior o gasto percentual do estado na área. O investimento em segurança pública geralmente segue o aumento do número dos homicídios como parte de uma resposta governamental aos apelos da população e da mídia. Daí explica-se a relação positiva entre investimento *per capita* e percentual do investimento em segurança e as taxas de homicídios.

As associações com as taxas de policiamento militar e civil não foram estatisticamente significativas. Entendida como policiamento ostensivo, sem caráter investigativo, a polícia militar não é capaz de resolver o problema. Já o investimento na polícia civil, também denominada polícia judiciária, auxilia no controle criminal, já que faz parte do esforço punitivo, como foi observado por Peixoto, Andrade e Moro (2007).

É importante salientar que tais policiais são contratados sem a devida preparação e não dispõem de uma estrutura de trabalho adequada (salários e condições). Nada adianta o crescimento do efetivo sem a estruturação do sistema de justiça criminal nos estados.

As moderadas correlações positivas encontradas no nosso estudo ao calcular a taxa de homicídios com o percentual da população com renda domiciliar *per capita* inferior à linha da extrema pobreza, com o da população com renda domiciliar *per capita* inferior à linha da pobreza e com o de pobres foram todas estatisticamente significantes. As associações com o IDH renda, com a taxa de jovens de 18 a 20 anos que já concluíram o ensino médio, com o IDH educação e o percentual da população em domicílio com água encanada foram em sentido inverso e, por isso, estatisticamente significantes. Não necessariamente a pobreza leva à criminalidade, porém os locais que concentram a pobreza são os locais onde agem as facções criminosas.

A escolaridade constitui um dos principais fatores que protegem o indivíduo de ingressar no mundo do crime. Com maiores níveis educacionais surgem oportunidades que o afastam do caminho do ganho por meios ilícitos.

A relação entre a desigualdade, a pobreza, o desenvolvimento socioeconômico e a violência pode ser considerada, nas diferentes linhas explicativas, a- que mais gera polêmica e suscita debates no meio acadêmico brasileiro. Apesar de serem muitos os estudos que tentam analisar a relação entre a pobreza, a desigualdade e violência, os resultados são inconsistentes e, muitas vezes, discordantes. Encontramos resultados não consistentes entre si nas pesquisas sobre a associação de indicadores socioeconômicos e violência.

De certa forma, este estudo difere de trabalhos anteriores realizados em capitais e estados do Brasil, tanto por aspectos de sua metodologia quanto pelo resultado. Contradiz os achados da maior parte das pesquisas que associam indicadores socioeconômicos a homicídios por apontar outra explicação: a importância da punibilidade em relação ao número de homicídios, fugindo do reducionismo da discussão acerca dos determinantes sociais. Quem comete qualquer ato criminoso não costuma ser preso; quando em raras ocasiões isso acontece, logo é solto. Essa sensação real de ausência de justiça e de policiamento banaliza a vida, fazendo com que muitos busquem no crime as soluções dos seus problemas.

Não foram encontradas associações do tráfico de drogas e do porte ilegal de arma de fogo com homicídios, porém foram encontradas entre essas variáveis e as socioeconômicas. No entanto, Santos e Kassouf (2007) examinaram a relação existente entre o mercado de drogas e a criminalidade. De acordo com os autores, o mercado de drogas, a desigualdade de renda e a taxa de urbanização são fatores de criminalidade. O narcotráfico estaria presente justamente

nas áreas onde a pobreza, produtora e distribuidora das drogas, estivesse próxima à riqueza, consumidora.

Gaviria (2000), por sua vez, conclui que o crime organizado, em particular o tráfico de drogas, foi o responsável pela rápida evolução da violência na Colômbia, pois contribuiu para o aumento do aprendizado criminal entre os jovens. Os narcotraficantes, segundo ele, estimulam a mudança comportamental nas comunidades sob seu domínio. Em última instância, o crime violento, sobretudo o homicídio, termina por se associar fortemente ao narcotráfico e ao campo social, fomentando valores perversos, que vêm a ser admitidos pela comunidade como moralmente aceitáveis, o que tende a perpetuar a violência. Os valores sociais, portanto, são corrompidos pela presença contínua da violência e pela “recompensa”, em termos de conquistas, dos grandes traficantes.

Percebemos, contudo, que o principal determinante para os homicídios é a impunidade que assola o país. A ausência de resposta por parte do setor público perpetua a situação, na qual o que vale é a lei do mais forte. Pequenas dívidas e disputas pelo controle de pontos de tráfico de drogas são resolvidas com assassinatos.

Em conclusão, os fatores socioeconômicos certamente contribuem para conter homicídios, mas necessitam de um sistema policial e judiciário bem mais efetivo para surtirem efeito. A pobreza em si não se constitui como elemento fundamental da criminalidade, que apenas ocorre onde o Estado não se faz presente. A desigualdade, por seu turno, não se mostrou como um fator importante para a taxa de homicídios.

REFERÊNCIAS

GAVIRIA, Alejandro. Increasing returns and the evolution of violent crime: the case of Colombia. **Journal of Development Economics**, v. 61, n. 1, p. 1-25, 2000.

LEVITT, Steven D. Understanding why crime fell in the 1990s: four factors that explain the decline and six that do not. **Journal of Economic Perspectives**, p. 163-190, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-41.

MINAYO, Maria Cecília de S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 1, p. 135-140, 2013.

NADANOVSKY, Paulo. O aumento no encarceramento e a redução nos homicídios em São Paulo, Brasil, entre 1996 e 2005. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1859-1864, 2009.

PEIXOTO, Betânia Totino; ANDRADE, Mônica V.; MORO, Sueli. Violência urbana: uma análise comparativa da vitimização em São Paulo, Rio de Janeiro, Recife e Vitória. **Texto para Discussão**, v. 323, 2007.

SANTOS, Marcelo Justus dos; KASSOUF, Ana Lucia. Uma investigação econômica da influência do mercado de drogas ilícitas sobre a criminalidade brasileira. **Revista Economia**, 2007.

SAPORI, Luís Flávio. Avanço no socioeconômico, retrocesso na segurança pública: paradoxo brasileiro? **Desigualdade & Diversidade**, n. 11, p. 133-158, ago/dez, 2012.

14 MORTALIDADE POR ACIDENTES ENVOLVENDO TRANSPORTES TERRESTRES EM FORTALEZA: CARACTERÍSTICAS E TENDÊNCIAS, 1980-2007

Francismeire Brasileiro Magalhães
Rosa Livia Freitas de Almeida
Marinila Calderaro Munguba Macedo
José Gomes Bezerra Filho
Adriano Ferreira Martins
Kellyanne Abreu Silva

Os acidentes envolvendo transportes terrestres como problema de saúde pública

No cenário dos agravos à saúde as causas externas têm lugar de destaque em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) morrem a cada dia cerca de 16 mil pessoas vítimas de causas externas, representando 12% da carga de morbidade mundial. Esta causa é considerada a terceira causa mais importante de mortalidade geral e a primeira causa nas quatro primeiras décadas de vida (OEI, 2009).

Estão relacionados com esse tipo de óbito as lesões no trânsito, os suicídios, os homicídios, as queimaduras, os traumatismos de guerra, os envenenamentos e as quedas. Em particular, os acidentes de trânsito são a décima causa de

morte em todo o mundo, no cômputo para todas as idades e ambos os sexos. No entanto, na faixa etária de 15 a 29 anos, os acidentes de trânsito ocupam o primeiro lugar entre as causas de óbito e o terceiro lugar na faixa etária de 30 a 44 anos (OMS, 2009).

No Brasil, de acordo com os dados do DATASUS, em 2007 foram registrados 38.419 óbitos por acidente de trânsito –uma taxa de 20,3 óbitos para cada 100.000 habitantes. Em Fortaleza, a taxa de mortalidade em acidentes de trânsito nesse mesmo ano foi de 15,8 óbitos para cada 100.000 habitantes. Considerando-se os dados de 2007 da International Road Traffic and Accident Database (IPEA, 2007), os índices de vítimas por 100.000 habitantes das principais economias europeias estão abaixo dos índices brasileiros. Alemanha (6,0/100 mil hab.), França (7,5/100 mil hab.) Itália (8,7/100 mil hab.), Suécia (5,2/100 mil hab.) e Reino Unido (5,0/100 mil hab.) demonstram como o Brasil (e Fortaleza) ainda está longe de ter números aceitáveis.

A observação das variáveis do processo de saúde e doença é de extrema utilidade para o levantamento de hipóteses, especialmente no caso de agravos influenciados por fatores contextuais (BRASIL, 2000). Assim, verificar a distribuição do fenômeno ao longo dos anos é um dos passos para compreendê-lo. Organizados em séries temporais, os dados possibilitam uma visualização histórica. Por essa razão, o objetivo deste trabalho é descrever a mortalidade por acidentes de trânsito no período de 1980 a 2007 e identificar a tendência com base em variáveis como sexo e faixa etária.

Discutindo a mortalidade por acidentes de trânsito em fortaleza comparada com dados nacionais e internacionais

A proporção de não preenchimento das variáveis – idade, sexo, escolaridade e situação civil – nas declarações de óbitos por acidentes de transporte terrestre em Fortaleza, entre 1980 e 2007, está agrupada em três períodos. Com exceção da idade, todas as outras variáveis apresentam uma elevação no percentual de não preenchimento no último período, de 2000 a 2007, e a escolaridade foi a variável que apresentou a maior proporção de não preenchimento, com média de 32,6%.

Melione e Mello Jorge (2008a; 2008b) destacam a importância de haver sistemas de informação confiáveis, para a adequada avaliação dos registros de causas externas, e a necessidade de melhorar a qualidade dos dados, sobretudo das vítimas, em consonância com o presente estudo, que constatou um nível elevado de sub-registro nas informações sobre escolaridade. Esse fato sugere que a implantação do maior detalhamento para a variável escolaridade em 1996, dificultou ainda mais a captação da informação.

TABELA 1 - Mortalidade por Causas Externas, quantidade proporção e taxa

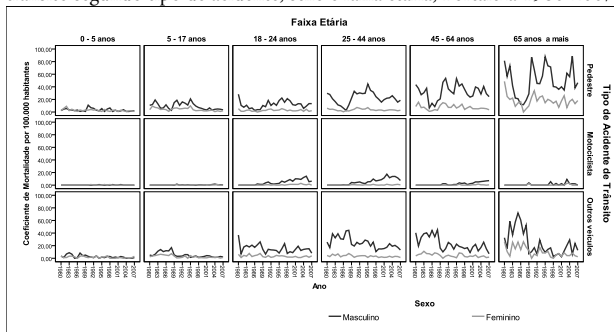
Causas Externas	1980			1990			2000			2007			1980 - 2007		
	n	%	taxa	n	%	taxa	n	%	taxa	n	%	taxa	n	%	
Acidentes de Transporte	342	36,5	26,2	381	39,5	22,1	334	24,6	15,6	389	20,9	15,8	10.547	30,3	
Homicídios	263	28,1	20,1	288	29,8	16,7	525	38,7	24,5	895	48,1	36,4	12.150	34,9	
Suicídios	56	6,0	4,3	52	5,4	3,0	73	5,4	3,4	148	8,0	6,0	2.218	6,4	
Eventos Indeterminados	33	3,5	2,5	68	7,0	3,9	6	0,4	0,3	108	5,8	4,4	1.921	5,5	
Outras Causas Externas	242	25,9	18,5	176	18,2	10,2	418	30,8	19,5	321	17,2	13,1	7.716	22,2	
Total	936	100,0	71,6	965	100,0	56,0	1.356	100,0	63,3	1.861	100,0	75,7	34.801	100,0	

Em 2007, a taxa de mortalidade por causas externas, calculada por 100 mil habitantes, foi de 75,7 óbitos e representou 15,38% das mortes de moradores de Fortaleza ocorridas nesse ano (Tabela 1). Em 1980, 1990 e 2000, os percentuais foram, respectivamente, 9,31%, 11,32% e 12,89%. Os homicídios equivaleram a 48,1% dos óbitos por causas externas; os acidentes de trânsito causaram 20,9%; e as lesões autoprovocadas voluntariamente, 8%. No início da década de 1980, os acidentes de trânsito ocupavam a primeira posição entre as causas externas com uma taxa de 26,2 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto os homicídios tinham uma taxa de 20,1 óbitos por 100 mil habitantes, situação que se inverteu desde o final da década de 1990.

Entre 1980 e 2007, no município de Fortaleza, ocorreram 10.547 óbitos em decorrência de traumas em acidentes de trânsito em vias públicas, o que corresponde a 3,5% dos óbitos ocorridos no período e a 30,3% das mortes por causas externas (34.801). Considerando o período estudado (1980-2007), o número de óbitos em decorrência de acidentes de trânsito passou de 342, em 1980, para 389, em 2007, o que representa um aumento de 14,3% no total de óbitos. O incremento populacional no mesmo período foi de 88% e o da frota de veículos foi de 417,6%.

O número de homicídios tem crescido no Brasil, ultrapassando o de acidentes de trânsito (SOUZA; VEIGA, 2004). Talvez a fiscalização das leis de trânsito por meio dos sensores de velocidade, a implantação da lei seca, os equipamentos de segurança dos veículos possam explicar a desproporcionalidade entre acidentes de trânsito e homicídios.

FIGURA 1 - Distribuição do coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito segundo tipo de acidente, sexo e faixa etária, Fortaleza 1980-2007.



Fonte: Elaboração própria.

A mortalidade por acidentes de transporte terrestre atingiu homens e mulheres diferentemente. Os gráficos das séries temporais dos coeficientes de óbitos evidenciam as desigualdades entre os sexos, as idades e os tipos de acidente (pedestre, motociclista e ocupante de outro veículo) (Figura 1).

De maneira geral, observa-se que as taxas do sexo feminino são mais baixas que as do sexo masculino, exceto na faixa etária de até 4 anos, na qual elas estão no mesmo patamar. No período estudado, a variabilidade da taxa do sexo masculino é muito superior à variabilidade da taxa do sexo feminino em todas as faixas etárias, embora se observe uma maior variabilidade ao longo do período na faixa etária acima de 65 anos, tanto na categoria “pedestre” como na categoria “ocupante de outro veículo” (Figura 1).

A análise gráfica categoria “motociclista do sexo masculino” indica que a taxa é crescente, apresentando picos de crescimento entre os indivíduos de 18 a 24 anos e de 25 a 44

anos. A análise da tendência mostra uma inclinação ascendente na faixa etária de 45 a 64 anos desde 1998.

É possível perceber também pela série gráfica que, na categoria “pedestre do sexo masculino”, há uma tendência de crescimento desde 1996, exceto nas faixas etárias de até 4 anos e de 5 a 17 anos.

Como já constatado em outros estudos realizados no Brasil e no mundo, os homens são as principais vítimas de acidentes de trânsito (BRASIL, 2007; MELIONE, 2004; PEDEN, 2004). Este fato tem sido atribuído às diferenças de gênero. Em geral, os homens se expõem mais ao risco, consomem mais bebidas alcoólicas e cometem mais excessos de velocidade (MOURA *et al.*, 2009).

Os achados do presente estudo evidenciaram as afirmações da OMS, segundo a qual os usuários vulneráveis no trânsito são os mais afetados nos países de baixa e média renda, o que se evidencia pelo crescente número de mortes por atropelamento e acidentes envolvendo motocicletas (SILVA *et al.*, 2008).

Em relação à categoria “pedestre do sexo masculino”, os coeficientes de inclinação evidenciam que a tendência é crescente a partir da faixa etária de 18 a 24 anos e há uma progressividade linear: quanto maior a idade, maior a inclinação, destacando-se a faixa etária de 65 anos ou mais, que detém o maior coeficiente de inclinação (0,376).

Quanto ao coeficiente de inclinação da categoria “motociclista”, fica evidente a tendência de aumento da taxa de mortalidade em todas as faixas etárias, com exceção dos indivíduos do sexo feminino de até 4 anos e de 65 anos ou

mais. É preciso ressaltar o alarmante crescimento da taxa de mortalidade dos indivíduos do sexo masculino de 18 a 24 anos (0,435) e de 25 a 44 anos (0,557).

Também é notório, durante todo o período, o atropelamento como a principal causa de morte entre os acidentes de trânsito, com os maiores coeficientes em todos os períodos estudados.

Souza *et al.* (2007), em estudo realizado no Brasil, constatou crescimento da mortalidade por acidentes envolvendo motocicletas e atropelamentos no período de 1980 a 2003. Ainda segundo o mesmo estudo, a mortalidade por atropelamento declinou a partir de 1998, enquanto os óbitos por acidentes de motocicleta apresentaram crescimento a partir de 1995, de modo semelhante aos achados do presente estudo.

Os pedestres, assim como os motociclistas e os ciclistas, são considerados os usuários mais vulneráveis no trânsito. A OMS destaca, como já referido neste estudo, que estes são os mais acometidos em acidentes de transporte em países desenvolvidos. Esse dado é reforçado quando se analisa a mortalidade proporcional em outros estudos pelo mundo. Na República Dominicana, os atropelamentos são responsáveis por 5% das mortes em acidentes de transporte, um valor considerado baixo. Na Índia, o percentual chega a 42%; no Peru, a 78% (PUCHER *et al.*, 2007; OMS, 2009).

Os acidentes envolvendo motocicletas têm gerado preocupação por causa de seu crescimento no Brasil. O aumento proporcional da frota de motocicletas em todo o país e a utilização delas para atividades relacionadas ao trabalho,

por ser um veículo menor e e se deslocar mais rapidamente, têm sido apontados como fatores primordiais para justificar o número de acidentes (IPEA, 2003; SILVA *et al.*, 2008).

Também podem ser validados achados de outros estudos que colocam a população jovem e do sexo masculino como a vítima em potencial dos acidentes de trânsito (ANDRADE; MELLO JORGE, 2000a; SOUZA *et al.*, 2007; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2009; AL MARZOOQI; BADI; EL JACK, 2010).

O aumento da expectativa de vida da população nos últimos anos, que faz as pessoas permanecer ativas por mais tempo, pode ser destacado como um fator importante para explicar a elevada mortalidade de indivíduos acima de 65 anos. Assim como foi evidenciado em outros estudos, as principais causas da mortalidade nessa faixa etária são os atropelamentos e os acidentes envolvendo outros veículos. Minayo (2009) considera a queda de veículos coletivos como uma importante causa de óbito nesse grupo.

Apesar do aumento nos coeficientes por tipo de acidente em algumas faixas etárias, o coeficiente médio tem diminuído, talvez em decorrência da implantação de algumas políticas públicas, como o Código Brasileiro de Trânsito, em 1998, a política de redução da morbimortalidade por acidentes e violência, em 2001, e a política nacional de urgência, em 2003. Mesmo com todos os esforços na implantação de políticas para tentar controlar os acidentes de trânsito, as taxas de mortalidade no país ainda estão altas se comparadas com as dos países de alta renda e com a meta da OMS para a mortalidade por acidentes de trânsito.

Sabe-se que os pedestres são bastante vulneráveis a traumas múltiplos, a lesões graves e à morte. Isso se deve por estarem sem proteção e, portanto, expostos ao impacto direto dos veículos (SOARES, 2003; SOARES; SOARES, 2008). A dimensão desse impacto sobre a vítima fica mais clara quando se sabe que um atropelamento significa um choque de cerca de 800 kg de aço em velocidade contra, aproximadamente, 79 kg de carne e ossos (ANDRADE; MELLO JORGE, 2000b).

O problema dos acidentes de trânsito no Brasil necessita de maiores discussões e estratégias intersetoriais, sobretudo as que envolvam os setores ambientais voltados para a melhoria da mobilidade no espaço urbano. A percepção dos acidentes de trânsito como ocorrências com causas “acidentais” deve ser rompida, e estratégias de segurança para a população devem ser implantadas e fortalecidas nos espaços educacionais de todos os níveis.

Considerações finais

A aplicação de políticas existentes é essencial para colocar em discussão a coexistência pacífica de pessoas e veículos no sistema viário de modo a reduzir a violência no trânsito. Um dos grandes desafios da sociedade e do governo é, sem dúvida, a prevenção dos acidentes de trânsito.

Destacam-se nos achados do presente estudo o predomínio de óbitos por acidentes de trânsito entre adultos jovens do sexo masculino e o crescimento das taxas de mortalidade entre idosos, fatores que devem fomentar estratégias específicas para a prevenção nesses grupos mais vulneráveis.

O crescimento da mortalidade por acidentes de motocicleta no período do estudo é um importante achado a se considerar, haja vista ter sido encontrado em maior proporção na faixa etária economicamente ativa, o que pode significar maior utilização do veículo para atividades de trabalho, bem como sua ampla disseminação, justificada pelo baixo custo. Este importante resultado suscita a necessidade de ações voltadas para esse grupo específico, que podem ser realizadas pelo setor de saúde, em ações de promoção de saúde e prevenção de acidentes, pelo poder público de forma intersetorial, bem como pelos próprios fabricantes, que deveriam alertar para os riscos. A educação para o trânsito é essencial para melhorar os indicadores.

A mortalidade elevada entre pedestres ressalta a necessidade de discutir a fragilidade desse grupo no trânsito, levantando a questão da (in)segurança viária, que deve ser considerada e analisada. A mudança passa pela efetivação de políticas públicas que garantam a preparação das vias e das pessoas para o trânsito.

A publicação destes achados é importante para gestores, profissionais da saúde e da medicina de trânsito, uma vez que revela padrões de mortalidade e tendências partindo da identificação dos grupos mais vulneráveis em uma importante capital brasileira. A utilização de uma série temporal longa também concede maior validade aos achados, que podem servir de base para a implementação de estratégias voltadas para os grupos vulneráveis.

REFERÊNCIAS

AL MARZOOQI, Ali Hassan; BADI, Mohamed.; EL JACK, Ai zeldin. Road traffic accidents in Dubai, 2002-2008. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 22, n. 3 [supl.], p. 31S, 2010.

ANDRADE, Selma Maffei de; MELLO JORGE, Maria Helena P de. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2000a.

_____.; _____. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 80 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, p. 427-430, 2000.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro *et al.* Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.2, p. 275-82, 2009.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras**: relatório executivo, 2003.

IRTAD. **International Road Traffic and Accident Database**. OECD/ITF, 2007. Disponível em: <<http://www.internationaltransportforum.org/irtad/>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

MELIONE, Luís Paulo Rodrigues; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 379-392, 2008a.

_____.; _____. Morbidade hospitalar por causas externas no município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 3, p. 205-216, 2008b.

MELIONE, Luís Paulo Rodrigues. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 461-472, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Rev. Bras. de Estudos de População**, v. 26, p. 135-140, 2009.

MOURA, Erly Catarina *et al.* Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 5, 2009.

OEI. Organização Dos Estados Ibero-Americanos Para A Educação (OEI). **Mapa da Violência nos Municípios Brasileiros**. 2009.

OMS. Organização Mundial De Saúde. **Global status report on road safety time for action**. Geneva: OMS, 2009.

PEDEN, Margie *et al.* **World report on road traffic injury prevention**. Geneva: OMS, 2004.

PUCHER, John *et al.* Urban transport trends and policies in China and Índia: impacts of rapid economic growth. **Transport Reviews**, v. 27, n. 4, p. 379-410, 2007.

SOARES, Dorotéia Fátima Pelissari de Paula. **Acidentes de trânsito em Maringá-PR: análise do perfil epidemiológico e dos fatores de risco de internação e de óbito**. 2003. 219 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNICAMP. São Paulo, 2003.

_____.; SOARES, Darli Antonio. Características das vítimas pedestres traumatizadas em acidente de trânsito em Maringá-PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, n. 1, v. 1, p. 61-65, 2008.

SILVA, Daniela Wosiack da *et al.* Perfil do trabalho e acidentes de trânsito entre motociclistas de entregas em dois municípios de médio porte do Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2643-2652, 2008.

SOUZA, Edinilsa Ramos; VEIGA, João Paulo Costa da. **Ranking de mortes por homicídios, suicídios e acidentes de trânsito em municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes**. Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz, 2004.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho *et al.* Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 33-44, 2007.

15 REABILITAÇÃO DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Fabiane Elpídio de Sá
Kátia Virgínia Viana Cardoso

Os acidentes e a violência têm causado um relevante impacto na saúde da população de vários países. A comparação com as taxas de outros países mostra que as brasileiras são muito altas – terceiro lugar em homicídios e quinto lugar em acidentes de trânsito (Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências, 2006).

Os acidentes e a violência são a terceira causa de morte no Brasil, (a primeira na faixa etária de 5 a 49 anos). No que se refere aos homicídios, verificam-se importantes diferenças entre as regiões brasileiras: a Região Nordeste apresentou as maiores taxas de homicídios por arma de fogo; entre as capitais, sete apresentaram taxas maiores que 90/100 mil habitantes.

O Sistema de Informações de Mortalidade (BRASIL, 2012) informa que o número de acidentes fatais com motocicleta, entre mulheres, aumentou 875%, de 1996 a 2010, no Ceará, passando de oito para 78 casos. A quantidade de vítimas do sexo feminino vem crescendo sensivelmente. No entanto, o número de homens envolvidos em acidentes de trânsito ainda é bem superior ao de mulheres.

De acordo com o Departamento Estadual de Trânsito do Ceará (Detran-CE), no ano passado, morreram 1.770 homens e 9.328 ficaram feridos em acidentes. Entre as mulheres, 291 morreram e 2.394 ficaram feridas. Em 2010, esse número era maior: 2.565 mulheres se feriram em acidentes de moto.

Em relação ao número de homicídios, o Ceará está na 14ª colocação em número de óbitos para cada 100 mil habitantes. O estado chegou a ocupar o 17º lugar no ano 2000. Levando-se em conta apenas o Nordeste, o Ceará está na 6ª posição na taxa de mortes violentas. Entre as capitais, Fortaleza ocupa a 12ª colocação em mortes violentas. Foram registrados 45,9 assassinatos para cada 100 mil habitantes na maior cidade do Ceará.

Segundo Waiselfisz (2012), foram registrados 49.932 mortes violentas no Brasil em 2010. O número caiu em relação a 2009, quando foram contabilizadas 51.434 mortes. Porém, ainda é bem superior ao da primeira pesquisa, realizada em 1980 que registrou 13.910 casos.

Dada essa magnitude, cada vez mais os serviços de saúde precisam alocar profissionais e equipamentos para o atendimento a essas vítimas, que, muitas vezes, exigem o cuidado de uma série de especialistas: neurocirurgiões, ortopedistas, cirurgiões de abdome e tórax, fisioterapeutas e outros (Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências, 2006).

A demanda crescente de serviços para atendimento das lesões e dos traumas provocados por violência e acidentes requer novas habilidades, equipamentos e organização do sistema de saúde. Esses desafios exigem amplas reflexões,

decisões e ações. O Ministério da Saúde, buscando oferecer diretrizes para a atuação dos estados e municípios, elaborou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), que atua como instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adotando como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde e acrescentando a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao SUS, entre outros).

De acordo com Deslandes (2007), as principais diretrizes dessa política são a promoção e a adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, a ampliação e a consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; a estruturação e a consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A complexidade das questões sociais exige vários olhares e abordagens, além da aglutinação de saberes e práticas, para a construção integrada de soluções. A ação intersetorial surge como uma possibilidade de resolução de problemas sociais, por buscar aperfeiçoar recursos e soluções de maneira integrada (MALTA *et al.*, 2007)

Em relação aos serviços de saúde essenciais para o atendimento a vítimas de violência e acidentes, destacam-se

as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, incluindo a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Além disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio (BRASIL, 2001).

A falta de investimento na atenção básica (AB) e na prevenção por meio da educação continuada e transformadora da população ocasiona a falta de resolubilidade desses fenômenos. Vale salientar que os casos graves de acidentes e violência deixam sequelas muitas vezes irreparáveis. Isso é ainda mais significativo devido à dificuldade de acesso da população aos serviços de recuperação funcional e reabilitação, principalmente pela sua escassez. Ainda em relação às sequelas decorrentes das lesões causadas por acidentes e violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem também demandar internação, às vezes longa, gerando gastos elevados. Melo (2008) destaca dois pontos preocupantes: o primeiro refere-se à participação mínima do atendimento e de prestação de cuidados preventivos realizados pela atenção básica, cujos desdobramentos são evidentes, destacando a ausência ou insuficiência de investimento na esfera da AB, especialmente nas regiões metropolitanas, no qual resulta no inchamento das demandas de emergências hospitalares; o segundo é a debilidade da promoção de saúde, verificada em todos os municípios.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social: na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas ao cuidado pessoal, à mobilidade, às ocupações e à profissão (BRASIL, 2001).

O processo de reabilitação envolve diversos setores assistenciais e cenários sociais tanto no âmbito público como no privado. A oferta de sistemas de referência, contra referência e assistência secundária e terciária para habilitação e reintegração social dos indivíduos vitimados com ações planejadas a partir do perfil populacional e sua correlação com o aparecimento das lesões e traumas requer ainda sistematização e organização dos serviços de saúde que atendem nos níveis secundário e terciário.

A rede de reabilitação é pequena para garantir uma cobertura adequada às pessoas com sequelas. A contratação de profissionais se faz necessária e urgente, já que vem aumentando a fila de espera para tratamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. A insuficiência de pessoal e de recursos materiais para responder à demanda tem levado, inclusive, muitos serviços a abreviarem indevidamente o tempo de atendimento aos pacientes.

Os serviços deverão apresentar certas características, tais como a capacidade de integrar serviços, infraestrutura, equipamentos, insumos e estratégias de intervenção pauta-

das no perfil populacional, o uso de ferramentas para a classificação de função e incapacidade, bem como o registro dos agravos clínicos e a educação contínua e continuada com envolvimento e acolhimento da comunidade (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Deslandes *et al.* (2007) apontam o setor de reabilitação como o mais precário dentre as frentes de atendimento às vítimas de acidentes e violência. Os gestores indicam claramente a desvalorização do setor na agenda dos municípios. O primeiro diagnóstico que fazem é o da insuficiência de leitos para atendimentos, além da existência de poucos serviços nas cidades para uma demanda reprimida e crescente, e da inexistência de protocolos de assistência voltados ao perfil epidemiológico. Assim, os profissionais se veem diante da terrível escolha entre realizar atendimento mais prolongado, conforme cada demanda, ou diminuir o tempo de acompanhamento para aumentar a cobertura.

Segundo Deslandes *et al.* (2003), a atenção dispensada à reabilitação não cumpre satisfatoriamente as diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências nos principais aspectos relativos ao atendimento em reabilitação: integração do paciente e sua família no atendimento; oferta de atendimento multiprofissional, buscando evitar sequelas e incapacidades e proporcionar condições para a reinserção do paciente na família, no trabalho e na sociedade de forma geral; oferta de recursos de reabilitação; orientação e apoio que favoreçam o paciente e sua família; sensibilização e informação aos gestores e profissionais de saúde sobre os papéis na orientação dos portadores de sequelas e seus familiares.

O atendimento de reabilitação é um grande desafio para o SUS; o escopo da atuação é reduzido e os poucos serviços priorizam as deficiências físicas; há pouco investimento, os gestores estão pouco sensibilizados com a questão.

A origem da reabilitação física foi a necessidade de recuperar os soldados nas grandes guerras mundiais. A fisioterapia surgiu, fundamentalmente, para tratar perdas totais ou parciais de membros, atrofias e paralisias das vítimas da violência dos grandes confrontos bélicos (REBELATTO; BOTOMÉ, 2008).

Naquelas circunstâncias, o objeto de trabalho dos profissionais da saúde, bem como sua única preocupação, era a “doença”, ou seja, as lesões físicas e suas sequelas. O trabalho esgotava-se na perspectiva de recuperar as condições de saúde, ou seja, reabilitar o organismo, torná-lo capaz de fazer o que fazia antes ou, pelo menos, parte do que fazia. A palavra “terapia”, que compõe o próprio nome da profissão, já exclui algumas modalidades de atuação profissional, como a prevenção de problemas nas condições de saúde, a manutenção de boas condições de saúde e a promoção de melhores condições de saúde. Estas também são formas de atuação possíveis e importantes no campo da assistência em saúde de pacientes vítimas de acidentes e violências.

Rezende (2007) considera que a fisioterapia acompanhou, por meio de sua regulamentação, as mudanças nos conceitos e paradigmas de saúde que impulsionaram a criação do SUS. A autora relata que, com a resolução COFFITO nº 80, de 1987, houve uma mudança no objeto de estudo e trabalho, que ultrapassou os “distúrbios do movimento” e passou a focar o “movimento humano” em si,

em todas as suas formas de expressão e “potencialidades”. Segundo Rezende (2007) ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta abriu a possibilidade de adotar uma perspectiva relacional, pensando o sujeito não apenas em suas características biológicas, mas também na sua dimensão biopsicossocial.

Partindo do objeto de atuação – o movimento humano –, a fisioterapia segue a tendência dos estudos recentes sobre o campo de atuação profissional e sua interseção com a política de saúde no Brasil (RODRIGUES, 2008).

A constituição de políticas públicas vem configurando diretrizes que apontam para a necessidade de organização dos serviços de saúde em consonância com o perfil epidemiológico da população brasileira; no caso em questão, a organização dos serviços de reabilitação para vítimas de acidentes e violência (LIMA *et al.*, 2012).

Conforme Lima *et al.* (2011), se o problema dos elevados índices de acidentes e violência corresponde a um dos principais indicadores de mortalidade e morbidade na região, ao que parece os serviços não percebem essa realidade e não desenvolvem as ações que se fazem necessárias para haver uma cobertura adequada de procedimentos de reabilitação.

Os fatores que interferem no prognóstico do indivíduo com trauma são a idade, o número, o tipo e a gravidade das lesões, a precocidade no atendimento, a conduta pré-hospitalar e os transportes adequados, os recursos do hospital que presta o atendimento e a presença de comorbidades. As principais repercussões clínicas encontradas em vítimas de acidentes e violências são: traumatismo cranioencefálico,

tetraplegia e paraplegia, que podem levar o indivíduo a um período de imobilização e hospitalização prolongado, desencadeando uma série de complicações clínicas e psicossociais. As principais vítimas são homens em pleno exercício de suas funções laborais, que arcam com efeitos deletérios nas funções psíquicas, que repercutirão em seus relacionamentos intrapessoal, familiar e social, comprometendo também sonhos e projetos de vida e de realização pessoal.

Segundo a OMS, a reabilitação de pessoas é um processo global e dinâmico que visa àquilo que lhes é permitido alcançar e à manutenção de sua capacidade física, sensorial, intelectual, psicológica e social em níveis funcionais, fornecendo as ferramentas que necessitam para atingir a independência e autodeterminação. Está associada a um conceito mais amplo de saúde, que incorpora o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito. Para uma plena realização, as ações de reabilitação devem abranger campos complementares, como a saúde, a educação, a formação, o emprego, a segurança social, o controle ambiental, o lazer, entre outros (PORTUGAL, 2012).

A reabilitação difere das demais áreas e requer, quase sempre, um cuidado intenso e continuado por longo período de tempo, o qual deve envolver o trabalho de uma equipe multiprofissional. Os pacientes, que geralmente apresentam sequelas físicas graves, quando não podem ser atendidos em casa, necessitam transporte especializado para chegar ao atendimento. Corresponsáveis pela reabilitação do indivíduo, as famílias devem ser orientadas. O objetivo do tratamento é reinserir o paciente na família, no trabalho e na sociedade.

Segundo Lima *et al.* (2012), estudos que avaliam a assistência em reabilitação física são escassos no Brasil. Esses autores investigaram sete municípios de Pernambuco e 21 serviços de reabilitação. De acordo com eles, poucos atendimentos são conduzidos em grupo, a prevenção de sequelas e a estimulação neuropsicomotora são atividades oferecidas pela maioria dos serviços, alguns serviços não fazem ações de orientação à família, e apenas um município (capital) tem serviços com avaliação funcional e diagnóstico de eletromiografia e potenciais evocados. Os atendimentos domiciliares e o acompanhamento pós-alta são práticas inexistentes na maioria desses municípios. Preparar para a alta, dar suporte para o convívio familiar e informar sobre os direitos das pessoas deficientes são práticas realizadas em poucos serviços. Oitenta por cento efetuam ações de avaliação, prescrição, treino e acompanhamento para órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; porém, somente um único município faz dispensação. Nos sete municípios estudados, os profissionais com maior representatividade nos serviços foram os fisioterapeutas (34,8%), psicólogos (13,5%) e fonoaudiólogos (12,8%). Farmacêuticos e nutricionistas têm pequena participação nas equipes. Destaca-se ainda a inexistência de assistente social em alguns serviços.

Segundo o Ministério da Saúde de Portugal, a criação dos serviços de reabilitação deverá depender das características da população à qual eles se destinam e dos objetivos da estrutura em que estarão inseridos, podendo, no entanto, organizar-se segundo níveis de intervenção: serviços predominantemente dirigidos ao apoio em regime ambulatorio e domiciliário; serviços hospitalares; centros mono ou pluries-

pecializados, dirigidos ao apoio aos deficientes graves (PORTUGAL, 2012).

No Brasil, a porta de entrada do sistema de saúde deve ser, preferencialmente, a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, Unidades de Saúde da Família, etc.). Depois desse primeiro atendimento, o cidadão deve ser encaminhado para serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas). As ações de saúde e reabilitação devem ser organizadas por meio da implantação de núcleos de atenção integral na saúde de família. Cada equipe deverá dar suporte técnico (supervisão e capacitação) às equipes responsáveis por ações básicas de saúde (PSF e ACS) e por intervenções em pacientes (BRASIL, 2012). Segundo o Ministério da Saúde, um núcleo de atenção integral na saúde de família, na modalidade reabilitação, deve ser composto por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social e ter como objetivos: realizar ações para o desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitem a independência e a participação social das pessoas com deficiência no cotidiano; construir ações intersetoriais, objetivando a prevenção de deficiências e agravos, a melhoria da acessibilidade, a equiparação de oportunidades, a inclusão familiar, escolar e no mercado de trabalho e o incremento das possibilidades de independência e exercício da cidadania (SIMONI, 2012).

Nesse núcleo, o fisioterapeuta deve realizar a avaliação física e funcional para determinar o diagnóstico cinesiológico funcional, que permitirá ao profissional desenvolver protocolos de assistência pautados na melhora da função motora e na inserção do indivíduo nas suas atividades e na

participação social. Tais construtos são definidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2001), que faz parte da “família” de classificações desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). São apresentados o histórico e o processo de revisão da classificação anterior – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) –, que deram origem à atual classificação – CIF. O modelo da CIF substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social. A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental em que as pessoas vivem (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A necessidade de conhecer o que acontece com os pacientes após o diagnóstico, com o decorrer do tempo, principalmente em relação às doenças crônicas e aos acidentes, torna-se cada vez mais importante para a área da saúde. Conhecer as causas de morte e as doenças mais frequentes, em época que a expectativa de vida aumenta e a tecnologia ajuda a medicina a prolongar a vida humana, pode não ser suficiente para o planejamento de ações de saúde.

O reconhecimento do papel central do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, por agir como barreira ou facilitador no desempenho de suas atividades e na participação social, modificou o foco do problema, passando da natureza biológica individual da redução ou perda de função e/ou estrutura do corpo para a interação entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental em que as pessoas estão

inseridas. Dessa forma, o modelo da CIF deverá ser investigado nas suas dimensões sociais, políticas e culturais, o que constitui um desafio para os sistemas. No entanto, ficará mais adequado à medida que for utilizado por um número maior de profissionais, em locais diversos e com pessoas e realidades diferentes.

A CIF possibilita ao profissional conhecer e analisar os aspectos funcionais residuais e as incapacidades para otimizar as condutas que envolvam a prevenção, o diagnóstico cinético-funcional, a recuperação e reabilitação, além de fornecer subsídios para o prognóstico e a alta fisioterapêutica.

A incorporação do uso da CIF nas práticas de atenção à saúde das pessoas vítimas de acidentes e violência com deficiência deverá ser ainda amplamente explorada em relação à sua aceitabilidade e validade em diferentes áreas; ao seu impacto nos cuidados de saúde; ao seu potencial em medir o estado funcional dos pacientes; e ao seu uso pelos sistemas de informação para elaboração de estatísticas de saúde. Outro campo diz respeito às legislações pertinentes e à implementação de políticas públicas para as pessoas com deficiência e suas causas (FARIAS; BUCHALLA, 2003).

Essa ferramenta abre caminho para a atuação interdisciplinar por orientar ações programáticas e integradoras partindo do conhecimento do perfil funcional dos indivíduos e considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença nas dimensões biológica, cultural e social do paciente (SILVA; SENA, 2008).

A reabilitação social das vítimas de acidentes e violência depende da sua saúde funcional e das suas possibilidades de reinserção na escola, no trabalho, na família, no convívio

social. Hoje, no Brasil, milhares de pessoas com algum tipo de deficiência estão sendo discriminadas nas comunidades em que vivem ou sendo excluídas do mercado de trabalho. O processo de exclusão social de pessoas com deficiência ou alguma necessidade especial é tão antigo quanto a socialização do homem. A estrutura das sociedades, desde os seus primórdios, sempre inabilitou os portadores de deficiência, marginalizando-os e privando-os de liberdade. Essas pessoas, sem respeito, sem atendimento, sem direitos, sempre foram alvo de atitudes preconceituosas e ações impiedosas (MACIEL, 2000).

Nos últimos anos, ações isoladas têm promovido a implementado e a inclusão de pessoas com algum tipo de deficiência ou necessidade especial, visando resgatar o respeito humano e a dignidade, no sentido de possibilitar o pleno desenvolvimento e o acesso a todos os recursos da sociedade por parte desse segmento. A Organização Não Governamental dos Ribeirinhos Vítimas de Acidente de Moto (ORVAM) é um desses exemplos. Essa ONG enfoca o autoconhecimento, o resgate da identidade e o fortalecimento da autoestima das vítimas por meio de atividades expressivas e de arte terapia (ALBUQUERQUE, 2012).

As organizações civis devem mobilizar-se para promover a reinserção social desses sujeitos, porém a implementação de políticas públicas que garantam sua inserção laboral e educacional se faz necessária e é um direito.

O artigo 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, determina que toda empresa com 100 ou mais empregados deve preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência habilitadas (BRASIL, 1991). Habilidade é o grau de competência de

um sujeito concreto frente a um determinado objetivo, neste caso a execução de uma atividade laboral. Cabe ao governo garantir o acesso desses indivíduos à assistência em reabilitação física para que possam desenvolver suas habilidades e se reintegrar ao seu contexto social.

Uma das múltiplas estratégias de combate à exclusão social é o esporte. Segundo informações contidas no guia sobre os Jogos Parapan-Americanos de Guadalajara distribuído à imprensa pelo Comitê Paraolímpico Brasileiro, dos 222 atletas brasileiros que participaram dos jogos, pelo menos 15% foram vítimas de trânsito (GUADALAJARA, 2011). Segundo Azevedo e Gomes Filho (2011), o esporte, apesar da competitividade, é uma prática de “soma positiva”, em que todos têm oportunidades de vencer; como praticantes, todos, de algum modo, saem ganhando.

O impacto da violência e dos acidentes e suas repercussões na saúde funcional das pessoas devem ser examinados à luz da preocupação de obter, entre as diversas áreas do saber, a integralidade da assistência com a cooperação significativa para a prevenção e diminuição dos impactos negativos na sociedade. A transformação da coletividade em protagonista das ações poderá contribuir para a diminuição dos custos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Tássila. **Desenvolvendo potencialidades através da Arte**. Disponível em: <<http://arteterapiaamazonia.blogspot.com.br/2011/03/deusas-da-floresta-grupo-de-arteterapia.html>>. Acesso em: 28 de março de 2012.

AZEVEDO, Marco Antonio Oliveira de; GOMES FILHO, Arnóbio. Competitividade e Inclusão Social por Meio do Esporte. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 3, p. 589-603, jul./set., 2011.

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

_____. Lei Nº 8.213, de 24 de Julho de 1991. **Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Versão original publicada no DOU de 25/07/1991.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/sas/sapd/area.cfm?id_area=915>. Acesso em: 29 de março de 2012.

DESLANDES, Suely Ferreira et al., **Famílias**: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: Claves/ENSP/Fiocruz, Unicef; 2003.

_____. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, p. 1279-1290, 2007.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**, v. 10, n. 1, p. 29-31, 2003.

_____. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, jun., 2005.

GRUPO TÉCNICO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. **Rev. Saú-de Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, jun., 2006.

GUADALAJARA, 2011. **Guia de imprensa realizado pelo Comitê Paralímpico Brasileiro**. Disponível em: <http://www.vias-seguras.com/documentacao/arquivos/guadalajara_2011> Acesso em: 28 de março de 2012.

LIMA, Maria Luiza Lopes Timóteo de *et al* . Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan., 2012.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. Portadores de Deficiência: a questão da inclusão social. **São Paulo Perspec.**, v. 14, n. 2, São Paulo, abr./jun., 2000.

MELO, Elza. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul., 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, dez. 2009.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Direção de Serviços de Planejamento Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. 2068 p. Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>>. Acesso em: 29 de março de 2012.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. Manole, 2ª edição, São Paulo, 2008.

REZENDE, Monica de. **Avaliação da Inserção do Fisioterapeuta na Saúde da Família de Macaé/RJ: a Contribuição deste Profissional para a Acessibilidade da População Idosa às Ações de Saúde da Equipe**. Um Estudo de Caso. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

RODRIGUES, Raquel Miguel. A Fisioterapia no Contexto da Política de Saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Perspectivas on line**, v.2, n.8, p. 104-109, 2008.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. Comprehensive health care: indications from the training of nurses. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n.1, p. 48-56, 2008.

SIMONI, Carmem de. **Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família**. Disponível em: < http://189.28.128.100/nutricao/docs/evento/reuniao_nacional/2005/apresentacao_naisf.pdf>. Acesso em: 29 de março de 2012.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?id-txt=21377>. Acesso em: 22 de março de 2012.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil**. São Paulo, 1ª edição, 2011.

16 ESTUDOS ECOLÓGICOS: USOS E LIMITAÇÕES

José Gomes Bezerra Filho
Michelle Alves Vasconcelos Ponte
Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira
Isabelle da Silva Gama Araújo
Regina Fátima Gonçalves Feitosa
Márcia Maria Tavares Machado

Este trabalho tem por objetivo esclarecer o que vem a ser o delineamento epidemiológico do tipo ecológico, também conhecido como estudo de agregados, além de descrever suas principais aplicações. Esse tipo de estudo procura avaliar como o contexto social e o ambiental podem afetar a saúde de grupos populacionais. Procura-se evidenciar a sua capacidade em gerar e testar hipóteses etiológicas e em avaliar a efetividade de intervenções na população.

São descritos seus antecedentes históricos e suas evoluções em abordagens mais recentes, já que esse tipo de estudo tem sido utilizado, extensivamente, por epidemiologistas há mais de um século. O texto apresenta, de forma criteriosa, considerações a respeito do método – abordando temas como falácia ecológica, associações com outros modelos, níveis de mensuração, dimensões, vantagens e desvantagens do seu uso – e ressalta a sua aplicabilidade em programas de avaliação epidemiológica. Por fim, são levantadas críticas aos “estudos ecológicos” com o objetivo de fortalecer esse tipo de delineamento por meio do seu aperfeiçoamento.

A classificação ou tipologia dos desenhos de investigação em epidemiologia se dá com base em três eixos fundamentais: o tipo operativo (individuo e agregado), a posição do investigador (observacional e de intervenção) e a referência temporal (transversal e longitudinal). Segundo a combinação desses três eixos, tomando por base uma adaptação das convenções propostas por Kleinbaum, Kupper e Morgenstern (1982), os tipos mais comuns de delineamento são: estudos de coorte, caso-controle, ensaios clínicos, inquéritos transversais, ensaios comunitários, estudos de séries temporais e estudos ecológicos (ROUQUAYROL, 1999).

Os estudos ecológicos procuram avaliar como os contextos social e ambiental podem afetar a saúde de grupos populacionais. Por essa razão, as medidas coletadas no nível individual são incapazes de refletir adequadamente os processos que ocorrem no nível coletivo (MEDRONHO, 2010).

Os principais objetivos dos estudos ecológicos são: gerar hipóteses etiológicas a respeito da ocorrência de determinada doença, testar essas hipóteses e avaliar a efetividade de intervenções na população (MEDRONHO, 2010).

Antecedentes históricos

Na origem dos estudos de tempo-lugar, segundo Trosle (apud ALMEIDA-FILHO, 2000a) está a epidemiologia ecológica. De acordo com a pesquisa do mesmo autor, Max von Pettenkoffer (1818-1901) foi o pioneiro em diversas subáreas da Saúde Coletiva. Crítico ferrenho do monocausalismo microbiano, fundou em 1872 o Instituto de Higiene de Munique e foi precursor dos atuais conceitos de “cidades

saudáveis” e “promoção da saúde”. Outros exemplos clássicos citados por Borja-Aburto (2000) são os estudos de Snow e Farr, de meados do século XIX, sobre a cólera em Londres; apesar da limitação do entendimento biológico dessa enfermidade, os autores apontaram importantes soluções para o combate da epidemia que atingiu a cidade.

Os estudos ecológicos têm sido conduzidos por cientistas por mais de um século, afirma Morgenstern (1998), e têm sido usados extensivamente por epidemiologistas em muitas pesquisas. Inicialmente, os estudos ecológicos foram encarados como uma simples análise descritiva na qual as taxas de uma doença, estratificadas por lugar ou tempo, serviam para, preliminarmente, testar hipóteses, e pouca atenção foi dada ao desenvolvimento de seus métodos. Rothman, Greenland e Lash (1998) dedicaram um capítulo de sua obra *Modern Epidemiology* a esse tipo de delineamento, no qual, por meio de uma revisão metodológica, Morgenstern tenta apresentá-lo com possibilidade de inferência causal (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 1998). Embora os estudos ecológicos sejam de condução fácil e econômica, seus resultados são de difícil interpretação (MORGENSTERN, 1998).

Considerações metodológicas sobre estudos ecológicos

Falácia ecológica

É chamado de “falácia ecológica” o equívoco de aceitar uma associação entre eventos quando, na realidade, ela não existe, pelo menos no nível em que se está querendo inferir. O exemplo clássico de falácia ecológica na literatura epidemiológica se inspira em um estudo de Émile Durkheim

(1858-1917) que mostra, para distintas regiões da Prússia, uma correlação positiva entre a taxa de suicídios e a proporção de protestantes em cada região.

No estudo, a população de cada província foi tratada como um todo, e as ocorrências de suicídios foram divididas entre dois grupos de religiosos: protestantes e católicos. Assim, observou-se que, à medida que aumentava o número de protestantes, quando da distribuição geográfica, aumentava a taxa de mortes por suicídio. Contudo, a dedução de que o protestantismo seria um fator causal do suicídio é um grave equívoco que pode ser facilmente desfeito; para tanto, basta verificar a taxa de mortalidade por suicídio segundo grupos de religiosos nas diferentes localidades, ou seja, estratificando as populações em católicos e protestantes. Tal procedimento aproxima-se do tratamento dado aos modificadores de efeito nos estudos individuados e nem por isso seus resultados tornam-se menos válidos.

O autor não cometeu tal engano, apenas afirmou a existência da correlação no nível agregado, e estava absolutamente certo; além disso, dispunha de informações adicionais, como renda e nível de escolaridade, variáveis que eram possíveis confundidores³ da relação entre a condição religiosa e a prática de suicídio (PEREIRA, 1995).

Esse rótulo de falácia tem provocado um sério problema de atitude entre os epidemiologistas e sido fonte do descrédito desse tipo de estudo. No entanto, o problema surge justamente pela incoerência de tentar fazer a inferência dos

³ Dentro de um processo de reformulação da terminologia epidemiológica, sugerimos a substituição do termo “confundidor” por “esclarecedor” da real relação, uma vez que essas variáveis, quando utilizadas apropriadamente nos modelos estratificados ou multivariados, têm o papel de clarificar e não de confundir.

resultados obtidos em uma análise agregada para o nível individual. No exemplo anterior, uma associação detectada na província não pode ser estendida ao indivíduo, ou seja, ser protestante, nesse contexto, não pode ser considerado um fator determinante da prática do suicídio.

Na tentativa de redesenhar o cenário da epidemiologia para os próximos anos, com base na história de alguns paradigmas, como o miasmático, das doenças infecciosas e das enfermidades crônicas, Susser e Susser (1998) preveem a era da eco epidemiologia, na qual será crucial o delineamento de um novo paradigma capaz de conter vários níveis organizacionais, tanto moleculares, individuais como sociais. A análise multinível é um tipo especial de modelo que combina as análises de dois ou mais níveis.

Uma região ou uma instituição contêm variáveis e processos complexos, o que aproxima o estudo ecológico da realidade social concreta. Se seguirmos as consequências lógicas desse raciocínio, poderemos concluir que, nesse caso, não faz sentido pensar que falácia ecológica é necessariamente falácia, ou seja, um erro a ser evitado ou controlado, senão que se trata justamente da característica que permite ao estudo de agregados uma identidade própria no repertório metodológico da epidemiologia. Por esse motivo, Almeida-Filho (2000) propõe denominá-lo de “efeito agregado”.

Associação com outros modelos de estudo

Fica claro nos delineamentos agregado-transversais que as relações entre fatores de exposição e possíveis desfechos são apenas de associação e não de causalidade, pelo fato de que, nesse modelo, ambos são levantados simultanea-

mente e, portanto, torna-se impossível estabelecer a temporalidade necessária que caracteriza a relação exposição-efeito; no entanto, em termos probabilísticos, poder-se-ia estabelecer a suspeita de que a exposição precederia o desfecho. Os fatores de exposição passam a ser reconhecidos como fatores de risco em potencial, podendo então tornar-se objeto de estudo em delineamento com maior capacidade de conhecimento causal.

Nem toda base da causalidade nos estudos de coorte e caso-controle é o tempo, ou seja, o fato da exposição preceder o desfecho não implica necessariamente que a primeira seja responsável pela segunda. Outros critérios⁴ para que uma exposição seja aceita como fator causal devem ser atendidos.

Outra tipologia para estudos agregados para os quais não existe impedimento metodológico, a partir de uma analogia com os estudos de base individual, são os desenhos do tipo agregado, transversal ou longitudinal, de intervenção, os chamados ensaios comunitários (ALMEIDA-FILHO, 2000).

Nível de mensuração

Subdivisão conforme o tipo do nível de mensuração:

Medidas agregadas: sumarizadores, médias e proporções em cada grupo. São construídas a partir da agregação das mensurações efetuadas no nível individual. Ex.: proporção de fumantes, taxa de mortalidade, renda familiar etc.

⁴ São os chamados critérios de causalidade empregados para esclarecer a associação entre um fator de risco e uma doença. Além da sequência cronológica, devem ser analisados: força da associação, relação dose-resposta, consistência, plausibilidade, analogia e especificidade.

Medidas ambientais: características físicas do lugar onde grupos de indivíduos moram ou trabalham. Neste caso, cada medida ambiental possui uma medida análoga em nível individual, variando entre os membros de cada grupo. Ex.: poluição atmosférica, exposição à luz solar etc.

Medidas globais: são atributos do grupo, da organização ou do lugar para os quais não há análogo em nível individual. Ex.: densidade demográfica, taxa de urbanização, tipo de sistema de saúde etc.

Nível de análise

A unidade de análise é o nível comum no qual os dados de todas as variáveis são reduzidos e analisados. No nível individual, o valor de cada variável é designado para todo sujeito no estudo. No nível completamente ecológico, a unidade de análise é o grupo. Os estudos ecológicos podem utilizar grupos populacionais identificados a partir de diversas localidades geográficas ou outros tipos de agregados (desenhos de múltiplos grupos), através de diferentes períodos de tempo (desenhos de séries temporais) ou combinando-se tempo e lugar (desenhos mistos) (MORGENSTERN, 1998).

Segundo Borja-Aburto (2000), os estudos ecológicos são dos mais sensíveis e mais frequentemente empregados na descrição da situação de saúde ou na investigação de novas exposições em populações humanas, porém, por sua constituição metodológica, tornam-se mais susceptíveis a vieses. Como suas variáveis são medidas agrupadas, não é possível conhecer a distribuição conjunta de cada combinação de variáveis dentro de cada grupo, ou seja, a frequência de casos

expostos e não expostos, assim como a dos não casos; apenas se conhece sua distribuição marginal: o total de casos e não casos e o total de expostos e não expostos, por isso é considerado um desenho incompleto. Geralmente sua base de informação está apoiada em estatísticas oficiais rotineiras (KLEINBAUM; KUPPER; MORGENSTERN, 1982).

Nível de inferência

O objetivo fundamental do estudo epidemiológico pode ser produzir inferência biológica sobre efeitos dos riscos individuais ou fazer inferência sobre efeitos no grupo. O nível-alvo de inferência causal nem sempre é o nível de análise. O propósito de uma análise ecológica pode ser fazer inferência biológica sobre o efeito de uma exposição específica no risco de adoecer, considerando os três níveis de efeitos: biológico, ecológico e contextual (MORGENSTERN, 1998).

Dimensões de estudo

Os estudos ecológicos podem ser divididos em exploratórios, quando não existe uma exposição específica de interesse, e em analíticos, se a exposição é mensurada e incluída na análise. Ambos podem utilizar múltiplos grupos, séries temporais ou sua combinação. As séries temporais combinadas com estudos de múltiplos grupos, bem como os estudos multiníveis, que trabalham tanto com informações agregadas como em nível individual no mesmo modelo teórico-explicativo, também são exemplos de estudos ecológicos mistos (BORJA-ABURTO, 2000).

Em estudos exploratórios de múltiplos grupos geográficos, compara-se a taxa da doença entre várias regiões durante o mesmo período para pesquisar distribuições espaciais que sugiram uma etiologia ambiental ou relacionada às características da população, tais como genéticas, culturais ou sociais.

Os resultados de comparações geográficas, para adquirirem credibilidade, devem ser consistentemente observados e confirmados por outras investigações, particularmente naquelas em que a unidade de observação é o indivíduo. As pesquisas ecológicas são, portanto, provocativas de novas investigações. É comum que a relação antes observada em estudo de grupos não seja confirmada, posteriormente, em estudos de indivíduos (PEREIRA, 1995).

Em estudos espaciais, a simples comparação de taxas entre regiões é geralmente complicada por dois problemas estatísticos: primeiro, regiões com pequeno número de casos observados mostram grande variabilidade na estimativa de taxas; segundo, regiões vizinhas tendem a apresentar taxas mais similares que regiões distantes (autocorrelação espacial), porque fatores de risco não mensurados tendem a formar *clusters* no espaço. Para tratar esses dois problemas, têm sido desenvolvidos métodos estatísticos pelo chamado modelo espacial autorregressivo e o uso de técnicas empíricas de Bayes para estimar taxas para cada região. O grau de autocorrelação espacial pode ser mensurado para refletir efeitos ambientais nas taxas de doenças. A aproximação empírica de Bayes pode também ser aplicada a dados de estudos de múltiplos grupos analíticos, incluindo covariáveis no modelo (MORGENSTERN, 1998).

A comparação de duas séries de dados, de um fator de risco e de um agravo à saúde, dispostos em sequência cronológica, permite suspeitar da presença ou não de associação. A comparação de múltiplas séries temporais, de várias localidades, confere maior credibilidade aos resultados. Semelhantes às geográficas, as séries históricas são úteis para levantar hipóteses, investigar etiologia e avaliar intervenções, tais como uma lei ou um programa de melhoria das condições de saúde (PEREIRA, 1995).

A seguir, é mencionado um exemplo dessa modalidade de delineamento (os autores utilizam a análise exploratória de agregados para o estudo da distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e dos principais determinantes no período de 2000 a 2002 no Ceará):

A distribuição geográfica dos agravos à saúde e sua relação com potenciais fatores de risco vêm abrindo um vasto campo para a investigação epidemiológica. O presente estudo visa a identificar padrões de distribuição espacial dos componentes neonatal (TMIN) e pós-neonatal (TMIP) da taxa de mortalidade infantil (TMI) dos municípios do Ceará [...] e discute os principais fatores sócio-econômicos [*sic*], demográficos e de atenção à saúde que contribuíram para dependência espacial destes componentes. [...] Conclui-se que as condições de assistência à gravidez, ao parto e

ao recém-nascido, somadas a uma melhor distribuição de renda, são decisivas para a sobrevivência no primeiro mês de vida, enquanto que a má alimentação, imunização, saneamento, educação e situação econômica são possíveis determinantes da mortalidade pós-neonatal (BEZERRA FILHO *et al.*, 2007).

Entretanto, nos estudos de múltiplos grupos analíticos, procura-se uma associação ecológica entre o nível médio de exposição ou prevalência e a taxa de doença entre vários grupos. Esse é o mais comum desenho ecológico; tipicamente a unidade de análise é a região geopolítica, podendo a inferência causal também ser extraída a partir de estudos analíticos de tendência temporal. Em ambas as técnicas, será necessário levar em conta o período entre a exposição e a manifestação do desfecho, estando a última sujeita, ainda, à mudança nos critérios de classificação de doenças ao longo do tempo.

Vale ressaltar que a correlação e a razão de prevalência são as medidas de associações mais frequentemente utilizadas em estudos ecológicos, porém, tal como nos estudos individuados, é necessária uma análise aprofundada de cada situação para aplicar o modelo matemático mais adequado. Dadas a extensão e a profundidade desse assunto e levando-se em conta os objetivos deste ensaio, é sugerida a consulta à literatura especializada, conforme o roteiro encontrado em López-Valcárcel (1991), resumido a seguir:

- Simplificação estrutural: reduz as variáveis originais a um número menor de variáveis sintéticas, criadas pela análise e denominadas eixos, fatores ou componentes. Ex.: Análise de Componentes Principais, Análise Fatorial de Correlações e Análise Fatorial de Correspondências.
- Classificação ou agrupamento: agrupa indivíduos homogêneos quanto a determinadas variáveis e heterogêneos com respeito a outros grupos ou forma grupos de variáveis similares quanto ao seu comportamento em um coletivo de objetos. Ex.: Análise de *Cluster* e Análise de Seguintos.
- Análise de interdependência: busca a interdependência entre variáveis, sem que *a priori* se suponha relação de causalidade unidirecional entre elas. Ex.: Análise de Correlação Canônica.
- Análise de dependência: explica as relações de dependência entre variáveis. Ex.: Análise de Regressão.

Ressalta-se, também nessa modalidade de delineamento, a necessidade de controle dos potenciais confundidores; em outros termos, deve existir a preocupação em saber operacionalizar com as variáveis potenciais confundidoras da relação entre desfecho e exposição principal nos estudos analíticos, seja qual for a modelagem empregada.

Os estudos ecológicos têm sido bastante utilizados como instrumento de análise epidemiológica, quer em estudos de agregados de doença espaço-temporal, quer em estudos envolvendo aspectos socioeconômicos e de saúde ou,

ainda, em estudos de tendência secular de indicadores de saúde. Destaca-se entre esses o trabalho de Judge, Mulligan e Benzeval (1998), que realiza uma revisão de doze pesquisas sobre modelagem de autores como Wilkinson, Saunders e Rodgers, utilizando algum indicador epidemiológico como variável dependente e um índice de distribuição de renda como variável principal independente, e aponta quais estudos levantaram hipóteses, quantos países foram arrolados para cada estudo na amostra, as covariáveis exploradas e as principais fontes de informações.

Entre os indicadores epidemiológicos utilizados em tais estudos, são encontradas em maior frequência a mortalidade infantil e a esperança de vida; como medida de distribuição de renda, o índice de Gini. Em contraste com muitos desses estudos, Judge, Mulligan e Benzeval (1998) encontra pouco suporte para a afirmação de que a desigualdade de renda estaria associada às variações no nível médio de saúde dos países ricos industrializados.

Por outro lado, Szwarcwald *et al.* (1999) publicou um estudo sobre a desigualdade de renda e a situação da saúde no Rio de Janeiro, no qual, por meio de técnicas de geoprocessamento e de regressão múltipla, apresenta resultados que evidenciam correlações significativas dos indicadores de desigualdade de renda com os indicadores de saúde.

A questão é polêmica e merece atenção, embora não esteja no propósito deste trabalho. Uma explicação para esses resultados pode ser o fato de que em países ricos o atendimento das necessidades básicas mantém nível satisfatório de qualidade e de acesso à saúde, o que faz com que as desigual-

dades nesse setor não sejam mais detectadas simplesmente por meio de diferenças econômicas. Isolado, esse indicador deixa de ser um bom preditor de nível de saúde, que passa a demandar explicações que envolvam o conjunto de fatores biológicos, sociais, culturais, climáticos etc. contidos no conceito de modo de vida⁵.

Com o intuito de determinar as inter-relações entre potenciais preditores da mortalidade infantil no Ceará, Souza *et al.* (1999) publicaram um estudo utilizando dados de 140 municípios, para os quais foram classificadas onze variáveis, divididas nos seguintes grupos: determinantes proximais (ganho adequado de peso e amamentação exclusiva), variáveis de serviços de saúde (pré-natal em dia, participação no crescimento monitorado, imunização em dia e descentralização dos serviços de saúde) e fatores socioeconômicos (taxa de alfabetização das mulheres, renda familiar, abastecimento adequado de água, saneamento adequado, PIB municipal *per capita*).

Foram estudadas, por análise de regressão linear, diferentes combinações de variáveis em cada grupo. Nessa análise, somente um dos determinantes proximais (amamentação exclusiva) e uma das variáveis de serviços de saúde (pré-natal em dia), assim como a taxa de alfabetização e a renda familiar, entre as variáveis socioeconômicas, apresentaram-se significativamente associadas à taxa de mortalidade infantil (SOUZA *et al.*, 1999).

5 A epidemiologia do modo de vida é uma linha teórica da epidemiologia contemporânea latino-americana que se articula à estrutura social marxista com enfoque nas práticas sociais cotidianas (ALMEIDA-FILHO, 2000b).

Quer no modelo com determinantes socioeconômicos, quer no modelo com todas as variáveis concomitantes, paradoxalmente é mostrada uma associação direta entre a renda familiar e a mortalidade infantil, na presença da taxa de alfabetização feminina, sugerindo que, nesses municípios, melhorias na renda dissociadas de melhorias na educação das mulheres podem não resultar em diminuição da mortalidade infantil. A falta de associação entre saneamento e mortalidade infantil pode ser atribuída à baixa qualidade desse indicador entre os municípios estudados (SOUZA *et al.*, 1999).

A inclusão dos ensaios ecológicos em programas de avaliação

Os ensaios ecológicos são também utilizados tanto nas avaliações de resultados⁶ quanto nas avaliações de impacto⁷ de programas de melhoramento das condições de saúde.

Atualmente, três tipos de desenhos de pesquisa costumam ser usados em avaliações: desenhos experimentais aleatórios, desenhos quase experimentais e desenhos não experimentais (SESSIONS, 2000).

Os desenhos experimentais aleatórios possuem grupos experimentais e controle para os quais os elementos participantes são randomizados, podem ainda realizar levantamentos prévios à intervenção (dados de base), o que permite

6 A avaliação de resultado determina a efetividade de um programa, demonstrando até que ponto conseguiu atingir os objetivos declarados e produzir os resultados desejados. Responde às seguintes perguntas: "O programa ou intervenção funciona?" e "É capaz de fazer diferença?" (SESSIONS, 2000).

7 A avaliação de impacto focaliza os efeitos finais generalizados de um programa sobre uma população-alvo mais ampla, além dos participantes diretos imediatos do programa (SESSIONS, 2000).

avaliar a magnitude da mudança quando comparado com levantamentos posteriores. Os desenhos quase experimentais caracterizam-se por possuírem grupos experimentais e controle não randomizados, enquanto os não experimentais não apresentam controle.

A classificação dos modelos de avaliação de resultados de programas de saúde pública está baseada em dois eixos fundamentais: o primeiro é relativo ao que se quer medir através de indicadores de provisão, utilização, cobertura e impacto; e o segundo eixo refere-se ao tipo de inferência: adequação, plausibilidade ou probabilidade (HABICHT, 1999). A avaliação de adequação não requer nenhum controle, uma vez que os resultados são comparados com metas; portanto, tais avaliações são, normalmente, muito menos dispendiosas que os outros dois tipos. A avaliação de adequação pode ser transversal ao término do programa, mas também pode ser longitudinal, realizada partindo de repetidas medidas para identificação de tendências. Uma vantagem adicional da avaliação de adequação é que, frequentemente, podem ser usados dados secundários que reduzem os custos de avaliação.

A avaliação de adequação limita-se a descrever se as mudanças esperadas ocorreram ou não. Quando a avaliação está baseada em medidas de provisão ou utilização, deve-se atribuir com prudência o sucesso observado ao programa que está sendo avaliado. A presença de outros fatores ou programas na área estudada pode ser responsável pelas mudanças observadas no desfecho de interesse. Mudanças socioeconômicas ou até tendências seculares somadas à inexistência de grupos de controle podem confundir a interpretação dos resultados.

Alguns detentores de decisão requerem um maior grau de confiabilidade no sentido de que as mudanças observadas estejam de fato relacionadas ao programa. A avaliação de plausibilidade é considerada superior à avaliação de adequação por tentar separar o efeito de fatores externos – chamados de confundidores – que poderiam ter causado o desfecho observado. Uma declaração é plausível se é aparentemente verdadeira ou razoável. A avaliação de plausibilidade ajusta as influências dos fatores confundidores elegendo grupos de controle antes ou durante a análise dos dados. Existem várias alternativas para a escolha dos grupos de controle, mas a escolha final é geralmente determinada por critérios de oportunidade.

Os grupos de controle podem ser históricos, quando se tomam por base informações da mesma instituição ou população-alvo numa série cronológica e o controle pode ser exercido pela comparação de indicadores antes e depois da intervenção, com o ajuste para os fatores externos. Os grupos de controle também podem ser internos, quando compostos de instituições, áreas geográficas ou indivíduos que deveriam receber a intervenção, mas não receberam, ou porque se recusaram ou por algum motivo que os tornaram inelegíveis. A avaliação interna do impacto, no uso do método de caso-controle, compara expostos e não expostos ao programa entre indivíduos com e sem o desfecho.

A receptividade de um programa é variável. Os indicadores podem ser comparados em três ou mais níveis com diferentes intensidades de exposição à intervenção. A dose-resposta, relação entre a intensidade da intervenção e a *performance*, concede uma forte plausibilidade aos achados,

o que demanda comparações de dados levantados de forma transversal ao final do ciclo do programa.

Com grupos de controle externos em uma ou mais instituições ou áreas geográficas sem o programa, a comparação pode ser transversal (intervenção *versus* controle ao final do programa) ou longitudinal controlada (comparando intervenção e controle no início e ao fim de cada ciclo).

Deve ser observado ainda se o desfecho cai rapidamente em áreas onde há intervenção; se o desfecho não é reduzido em áreas onde não existe o programa; se as mudanças em outros determinantes conhecidos do desfecho não podem explicar o declínio observado (medidas de confundimento); se existe uma associação inversa entre a intensidade da intervenção nas áreas programáticas e o desfecho (congruência de dose-resposta); se os grupos beneficiados pelo programa possuem menor proporção de desfecho que os não beneficiados (congruência de variáveis mediadoras); se o desfecho entre os não atingidos pelo programa é similar aos de áreas de controle (congruência da falta de impacto na ausência da intervenção); e se a cobertura do programa é compatível com o grau de redução do desfecho (congruência de magnitude do efeito em variáveis mediadoras).

A avaliação de probabilidade tenta assegurar, com um nível de confiança satisfatório, que intervenção e controle se diferenciam, exercendo o ajuste dos confundidores e a redução dos vieses. Essas avaliações requerem randomização de tratamento e controle para comparação dos grupos, o que é considerado o padrão de ouro de eficácia da pesquisa acadêmica.

Embora a randomização não garanta que todo confundimento seja eliminado, assegura que a probabilidade

de confundir seja mensurável como parte do erro associado com nível de significância usado ($p < x\%$), em que p é escolhido com base em considerações discutidas na magnitude da amostra. O fator confundidor nem sempre será conhecido por esse procedimento. Isso significa que as afirmações estatísticas obtidas da avaliação de probabilidade relacionam-se diretamente à causalidade da intervenção, não sendo simplesmente uma declaração de que grupos comparados são diferentes, como é o caso dos outros desenhos.

Numerosos problemas metodológicos podem surgir no uso de um desenho experimental aleatório. Participantes que desistem tanto do grupo experimental como do grupo de controle podem ter um efeito de tendenciosidade sobre os resultados do estudo de avaliação. Por exemplo, pode ocorrer um atrito diferenciado no grupo experimental se a intervenção que está sendo avaliada exigir muito esforço por parte dos participantes. Em consequência, os efeitos do programa poderiam ser superestimados, porque só as pessoas altamente motivadas continuariam no grupo. Outro problema metodológico potencial do desenho experimental aleatório é o efeito de Hawthorne, que ocorre quando os objetos da experiência mudam seu comportamento de tal maneira que acreditam ser o que deles se espera. Isso pode afetar a validade e os resultados gerais de uma avaliação. Outra ameaça para a validade de uma avaliação é a contaminação. Isso ocorre quando o grupo de controle é exposto a algum aspecto da intervenção pela difusão de informações oriundas do grupo experimental e pode resultar na subestimação dos efeitos reais do programa (SESSIONS, 2000).

O uso de desenhos experimentais com frequência dá origem a questões éticas controversas. O argumento ético

mais comum contra o uso de aleatorização é o de que, ao designar alguns objetos do estudo para o grupo de controle, a intervenção ou o serviço do programa estarão sendo negados a pessoas que poderiam ser beneficiadas.

Uma verificação da “hipótese de equidade inversa”, um corolário da “lei do cuidado inverso” – quem mais recebe é quem menos necessita –, proposta por Juliano Tudor-Hart há quase 30 anos (VICTORA, 2000), fez uso de três estudos epidemiológicos de tendências a partir de indicadores de cobertura, morbidade e mortalidade. Inicialmente, foram analisadas as desigualdades através de indicadores de mortalidade infantil entre países nas Américas. Posteriormente, foram apresentados indicadores de impacto de um amplo programa de saúde pública para melhorar a saúde das crianças no Ceará. Finalmente, são apresentados os achados de duas coortes de nascidos vivos na cidade de Pelotas, no Sul, implementados por mais de uma década.

A hipótese sugere que programas de saúde pública que visam melhorar a saúde das crianças estejam mais disponíveis e sendo mais utilizados por famílias que menos precisam deles. A hipótese também prediz que novas intervenções tenderão a aumentar as desigualdades, uma vez que eles beneficiarão inicialmente esses que já estão em melhores condições. Só quando o rico alcança determinado nível de melhoria, e é improvável que as intervenções de saúde pública façam mais progresso, é que o pobre começa a reduzir a diferença. Assim, só com o passar do tempo vão se aproximando. O fator “tempo” é então essencial na interpretação do impacto de equidade de novas tecnologias (VICTORA, 2000). Foi realizado um levantamento em 30 áreas em Salvador para

descrever condições ambientais anteriores à implementação de serviços de saúde pública, como também identificar e formar grupos de áreas com infraestruturas e condições sanitárias semelhantes. Essas áreas receberão serviço de saúde pública básico pelo Programa Ambiental de Serviço de Saúde Pública Bahia Azul, um projeto multinacional que busca corrigir deficiências no sistema de provisão de água, elevar o nível de cobertura por disposição de esgoto adequado e sistema coleta, transporte e disposição de resíduos sólidos.

Embora a contribuição das condições sanitárias para a saúde pública seja amplamente reconhecida, permanece o debate sobre o quanto a implementação de benefícios como provisão de água, disposição de esgoto e coleta de lixo pode trazer melhoras à saúde (MILROY et al, 2001).

Muito dessa incerteza deve-se ao fato de haver controvérsias na seleção dos indicadores apropriados e de metodologias válidas para avaliar impactos das intervenções sanitárias. Além disso, as comparações devem ser feitas com grupos suficientemente grandes para que alcance poder estatístico adequado e levar em consideração a autocorrelação de seus descritores, uma vez que, em áreas que faltam um serviço em particular, normalmente faltam outros.

Para avaliar o efeito desses serviços de saúde pública, foram utilizados indicadores de programas de saúde da criança (desnutrição, diarreia, infecções parasitárias) e outros indicadores de saúde cujas observações foram repetidas após a implementação dos serviços sanitários. Como esperado, foram observadas taxas mais altas de infecção parasitária em áreas com pior condição sanitária.

A análise de componentes principais (ACP) provê meio objetivo para a construção de índices que podem ser usados como marcadores de condições de higiene e classificação de acordo com o tipo de *habitat*.

A ACP é uma técnica geral que pode ser usada para a avaliação ou a classificação de áreas urbanas de acordo com quase qualquer critério (econômico, ecológico, social etc.), para identificar ou priorizar áreas ou avaliar quantitativamente o impacto de intervenções. Porém, o sucesso na aplicação da técnica depende da criação de um apropriado arcabouço conceitual que organize a informação a ser analisada e da definição de indicadores cuja variabilidade seja suficiente para a distinção de grupos de áreas (MILROY *et al.*, 2001).

Considerações finais

A despeito de suas limitações metodológicas anteriormente descritas, existem muitas razões para o propalado uso dos estudos ecológicos em epidemiologia, entre as quais citamos: baixo custo e conveniência, quando existe limitação quanto à mensuração em nível individual, limitação quanto ao delineamento para estudos individuados e interesse em efeitos ecológicos.

A partir de estudos ecológicos é possível gerar hipóteses etiológicas a respeito da ocorrência de uma determinada doença, testar hipóteses etiológicas e avaliar a efetividade de intervenções na população.

Os tipos mais comuns de estudos agregados são os estudos ecológicos observacionais, cujas unidades de variação são o espaço (série geográfica), o tempo (série histórica) ou a

combinação de ambas, e os estudos ecológicos intervencionistas ou ensaios comunitários.

A comparação de indicadores de saúde entre diferentes populações, ou em uma mesma população ao longo do tempo, é interessante para verificar o impacto de programas de saúde. No entanto, como existem muitas dissimilaridades entre regiões beneficiadas e não beneficiadas, a avaliação de resultados exige certo nível de complexidade. Ao final da avaliação, deverá ser possível atribuir a determinada intervenção, com base em objetivos declarados, a diferença entre beneficiados e não beneficiados. A avaliação do programa é uma importante aplicação dos estudos ecológicos, caminho ainda pouco explorado, mas de grande potencial de contribuição à epidemiologia, visto que as estatísticas de saúde tornaram-se mais precisas e mais apropriadas para esse objetivo.

A interpretação dos resultados deve levar em conta os seguintes aspectos: a qualidade e a cobertura do dado populacional, os critérios diagnósticos, a presença de confundidores e, por último, as associações espúrias ocasionadas pela busca “cega” de relações através de múltiplos cruzamentos de variáveis sem uma hipótese guiadora dos trabalhos. Para reduzir o risco dos achados devidos ao acaso, deve-se suspeitar de suas presenças antes da análise dos dados.

É possível que uma relação antes observada em estudo de grupos não seja confirmada, posteriormente, em estudos de indivíduos, não obrigatoriamente por erros de análise, “falácia ecológica” ou outro tipo de viés, mas devido aos distintos níveis de inferência. Os estudos ecológicos procuram avaliar como os contextos sociais e ambientais podem afetar a saúde de grupos populacionais. Nesse caso, as medidas co-

letadas no nível individual são incapazes de refletir adequadamente os processos que ocorrem no nível coletivo.

Quando ocorrem, portanto, divergências entre estudos de base ecológica e estudos de base individual, elas possivelmente são decorrentes do “efeito agregado”.

O objetivo fundamental do estudo epidemiológico pode ser produzir inferência biológica sobre efeitos dos riscos individuais ou fazer inferência sobre efeitos no grupo. O nível-alvo de inferência causal nem sempre é o nível de análise. O propósito de uma análise ecológica pode ser fazer inferência biológica sobre o efeito de uma exposição específica no risco de adoecer, considerando os três níveis de efeitos: biológico, ecológico e contextual.

O ponto central dos estudos agregados, aqui descritos, é o estudo dos determinantes das taxas de ocorrência de doenças e óbitos em agregados espaciais, o que conceitualmente não implica uma transposição imediata para o nível do indivíduo. Assim, por exemplo, os determinantes da queda das taxas de mortalidade infantil não poderiam ser traduzidos em determinantes do óbito infantil.

As críticas levantadas aos “estudos ecológicos” buscam fortalecer esse tipo de delineamento por meio do seu aperfeiçoamento metodológico. Nesse sentido, apontam como problemas a serem considerados:

- 1) A agregação dos dados, que gera problemas estatísticos por causa da diminuição de variância, provocando efeitos sobre as inferências estatísticas. Alguns autores defendem o uso da área mais homogênea possível, devendo-se ter em conta a possibilidade de efeitos nocivos dessa prática ao

gerar fenômenos autocorrelacionados. Em estudos espaciais, a simples comparação de taxas entre regiões é complicada, uma vez que regiões com pequeno número de casos observados mostram grande variabilidade nas estimativas de taxas, assim como regiões vizinhas tendem a apresentar taxas mais similares que regiões distantes (autocorrelação espacial). Para lidar com esses dois problemas, têm sido desenvolvidos métodos estatísticos pelo chamado modelo espacial autorregressivo e usadas técnicas empíricas de Bayes para estimar taxas para cada região. O grau de autocorrelação espacial ou *cluster* pode ser mensurado para refletir efeitos ambientais nas taxas de doenças.

2) O uso de diferentes níveis de agregação (bairro, setor censitário, município, microrregião ou estado), o qual provoca resultados diferentes nos testes estatísticos, cujas implicações nem sempre são possíveis de definir. A análise multinível que trabalha tanto com informações agregadas em diferentes níveis como em nível individual no mesmo modelo teórico-explicativo é um tipo especial de tratamento estatístico que poderá dar resposta a tal situação.

3) A dificuldade de identificar e controlar possíveis variáveis intervenientes (*confounding*), e, por consequência, de fazer a comparação com outros modelos de análise epidemiológica, a qual pode ser reduzida com o emprego adequado do modelo de análise multivariada.

4) No caso de análise de séries temporais, pode haver um apreciável período de latência entre a primeira exposição ao fator de risco e a detecção da doença, existindo a necessidade de definir o intervalo de tempo entre a causa e o efeito considerados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Revisitando la Metodología Epidemiológica. In: _____. **La Ciencia Tímida**. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A, 2000. p. 197-218.

BEZERRA FILHO, José Gomes *et al.* Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 1173-1185, 2007.

BORJA-ABURTO, Víctor. Estudios Ecológicos. **Salud Pública Méx.**, v. 42, n. 6, p. 533-538, 2000.

HABICHT, J. *et al.* Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Epidemiological Association**, v.28, p. 10-18, 1999.

JUDGE Ken; MULLIGAN, Jo-Ann; BENZEVAL, Michaela. Income inequality and population health. **Social Science & Medicine**, v. 46, p. 567-579, 1998.

KLEINBAUM, David G. **Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz. **Análisis multivariante: aplicación al ámbito sanitario**. Barcelona: SG editores., 1991.

MEDRONHO, Roberto A. Estudos Ecológicos. In: _____. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 191-198.

MILROY, Craig A. *et al.* Evaluating sanitary quality and classifying urban sectors according to environmental conditions. **Environment & Urbanization**, v. 13, p. 235-255, 2001.

MORGENSTERN, Hal. Ecologic Studies. In: _____. **Modern Epidemiology**. Philadelphia: Lippincott: Raven Publishers, 1998. p. 459-480.

PEREIRA, M. Interpretação da Relação Causal. In: e.PEREIRA M. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Brasília: Guanabara Koogan, 1995. p. 398-417.

_____. Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos. In: _____. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 289-306.

ROTHMAN, Kenneth J.; GREENLAND, Sander; LASH, Timothy L. **Modern Epidemiology**. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 149-170.

SESSIONS, Glenn. Avaliação em HIV/AIDS: Uma perspectiva internacional. Seminário Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **ABIA**, Rio de Janeiro, 2000.

SOUZA, Ana Cristina Terra de *et al.* Variations in infant mortality rates among municipalities in the state of Ceará, Northeast Brazil: an ecological analysis. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, p. 267-275, 1999.

SUSSER, Mervyn; SUSSER, Ezra. A evolução da epidemiologia. In: _____. **Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRSACO, 1998.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al.* Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 15-28, 1999.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **The Lancet**, n. 356, p. 1093-1098, 2000.

17 A ESCOLHA DO TEMA E A FORMULAÇÃO DO PROBLEMA EM PESQUISA CIENTÍFICA APLICADA À SAÚDE

**José Gomes Bezerra Filho
Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira
Isabelle da Silva Gama Araújo**

O conhecimento permeia toda a vida humana. Diante da realidade, a capacidade de construir interpretações significativas sobre as coisas marca nossa existência em uma contínua inquietação. Para Köche (2002), o conhecimento científico, que é o produto final da investigação científica, surge da necessidade do homem em não assumir uma posição passiva de testemunha de fenômenos para, otimizando sua racionalidade, desvelar o mundo, compreendê-lo de forma sistemática, metódica e crítica.

Neste artigo, discorreremos sobre dois pontos estruturais do planejamento de uma pesquisa: o tema e o problema. Contudo, essa não é a ordem natural de cada etapa. Muitas vezes, as indagações surgem antes de qualquer preocupação com a área temática; outras, já surgem como consequência da vivência em determinada área.

Portanto, antes de tomarmos uma decisão a respeito da escolha de um tema, e, principalmente, antes de focalizarmos um problema de pesquisa, é necessário voltarmos nossa

atenção para uma série de considerações, que serão encaminhadas a seguir e poderão, no mínimo, provocar algumas reflexões a respeito dessas importantes etapas do processo de construção do planejamento de pesquisa. Este texto é dirigido especialmente aos neófitos em investigação científica. Apesar de estarmos voltados para a área de saúde coletiva, acreditamos também levantar questionamentos de interesse geral entre os atuantes em pesquisa ou nela interessados.

Não existe um caminho único a orientar todos os projetos de pesquisa. Será necessário despendermos algum tempo estudando a situação, revisando a literatura sobre o tema e discutindo cada etapa do planejamento da pesquisa. O esforço extra será recompensado não só pela qualidade do produto final, mas também porque teremos ampliado nossa capacidade de lidar eficazmente com novos problemas (KÖCHE, 2002).

Seleção do tema

Quando um indivíduo, um grupo ou uma instituição com atuação na área científica decidem realizar uma pesquisa, já possuem propósitos devidamente estabelecidos ou, pelo menos, dispõem de uma lista de possíveis temas que poderão ser objeto de suas investigações. Para chegarmos a esse estágio, algumas etapas de maturação são indispensáveis. As primeiras indagações que o investigador faz a si são, normalmente, as seguintes: “Qual assunto vou pesquisar? Por que pesquisá-lo? Qual a relevância do tema proposto? Como abordá-lo? Existe identidade do tema com o meu “eu” investigador? Quais serão os benefícios gerados pela pesquisa? Quais as etapas que devo seguir para a sua realização?”.

A escolha de um tema pode ser a primeira etapa da pesquisa científica; é, certamente, uma das mais importantes, pois dela dependerá todo o desenvolvimento do processo e o sucesso das etapas seguintes (AMARAL, 1998). O período que o pesquisador dedicará ao estudo de determinado assunto poderá ser breve, longo ou até levar sua vida inteira. Portanto, a escolha do assunto deve ser feita com o máximo de conscientização do significado desta etapa. A precipitação é antagônica a uma boa escolha. Frequentemente, a escolha diz respeito à própria história de vida do pesquisador, das observações dos fenômenos do seu cotidiano, mas também pode ser feita em virtude de outras coisas, como sugestões de pesquisadores mais experientes (com base no interesse institucional sobre determinado eixo temático), concursos, ou mesmo em virtude do interesse despertado durante a participação em algum evento científico, uma conversa informal, a leitura de uma matéria jornalística etc.

Menos comum é a escolha acontecer de forma acidental, como uma centelha de clarividência. Não esperemos que “uma maçã caia sobre a nossa cabeça” para termos uma boa ideia. A saída é enfrentarmos cientificamente o “problema de pesquisa” e deixarmos os talentos individuais fluírem. Em resumo, o pesquisador, desde a escolha do tema, está sujeito a influências culturais, históricas e socioeconômicas do seu meio, as quais devem ser permeadas por conhecimento teórico, com vistas à segurança nos processos de escolha e execução de suas atividades científicas.

Uma tendência recente e de grande relevância é a pesquisa desenvolvida junto aos serviços, com inúmeras vantagens para ambos os lados. Deve-se estar atento para o fato

de o processo de construção do conhecimento científico oportunizar o estabelecimento de rotinas mais atualizadas quanto ao planejamento e à execução das tarefas nos serviços e contribuir para um melhor aproveitamento das informações e das experiências e para sua incorporação às etapas do trabalho.

A escolha do tema consiste, basicamente, em selecionar um assunto que tenha algum grau de incompreensão, ou algum problema que mereça ser investigado, para o qual o pesquisador se sinta na condição de dar sua contribuição, no sentido de avançar no processo de conhecimento e/ou de resolução. Devemos estar atentos à formação científica do pesquisador, à sua disponibilidade de tempo e recursos, ao seu interesse e ao dos financiadores pelo tema investigado.

É fundamental que o tema desperte no pesquisador interesse e vontade de conhecer aquilo que até então está desconhecido ou não suficientemente esclarecido, de tal modo que haja envolvimento e cumplicidade entre o pesquisador e o objeto a ser estudado. Inegavelmente, nem sempre isso acontece. Um assunto visto a princípio como palpitante depois pode já não nos interessar, e isso é impossível de prever e controlar, faz parte do próprio processo de escolha e convivência cotidiana na condição de investigador. Às vezes, a incompatibilidade entre pesquisa e pesquisador se dá pela abordagem adotada, pelo referencial teórico ou por outro fator pouco aparente. É preciso esclarecê-la com o intuito de superá-la; se não for possível, devemos seguir por outro caminho, com a certeza de haver acumulado experiência.

Nem sempre os critérios de avaliação da pertinência estarão suficientemente esclarecidos desde o início da pesquisa. Muitas vezes, a relação custo-benefício parecerá alta, mas não deverá ser motivo suficiente para a desistência. A melhor estratégia é realizarmos um criterioso planejamento, consultando pessoas com experiência no trabalho de investigação, compartilharmos certezas e dúvidas, até nos sentirmos suficientemente seguros para darmos início ao processo de execução da pesquisa.

Um fato bastante curioso, relacionado à escolha de um tema, são as replicações de determinados títulos. Isso ocorre pela facilidade do empreendimento ou por simples modismo. Em certos casos, porém, podem ser vantajosas para o processo de estabelecimento (acomodação) do conhecimento científico. Em geral, as repetições indicam trabalhos “sem atrativos”, que acrescentam muito pouco ao conhecimento até então produzido, por abordar o que o senso comum chama de “sexo dos anjos”. Contudo, devemos ficar atentos para não confundirmos tais replicações com a divulgação sequencial de resultados sobre certo tema. Normalmente, tais linhas de pesquisa requerem um compromisso contínuo a longo prazo, para o qual grandes aportes de investimento humano, econômico e político-ideológico são catalisados.

Diversas vezes, a escolha do tema é determinada não somente por sua relevância, mas também pelas oportunidades que se apresentam: oferta de financiamento por instituições de fomento ou condições materiais e humanas. Cabe ao pesquisador, baseando-se em critérios éticos, avaliar a possibilidade de aproveitá-las e adaptá-las a seus objetivos.

A construção coletiva da temática

Os grupos de pesquisa sobressaem por seu crescimento em ritmo semelhante ao do desenvolvimento e dos avanços do campo científico, configurando-se, cada vez mais, como significativo instrumento neste processo. No ano de 2004, as atividades de pesquisa em saúde representavam um terço de toda atividade de pesquisa do Brasil (KÖCHE, 2002). Alguns grupos estão cadastrados em órgãos de fomento e têm como objetivo, mediante suas linhas de pesquisa, responder a uma agenda de prioridades construída com o intuito de aproximar o campo científico às necessidades das políticas públicas do país. Em 2008, havia 22.797 grupos de pesquisa cadastrados no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Ao comparar este dado ao do ano de 2006, quando existiam 21.024 grupos cadastrados, observamos o acréscimo de 1.773 grupos neste diretório em apenas dois anos (AMARAL, 1998).

Quanto mais as pesquisas forem ampliadas, mais conhecimentos poderão ser produzidos. No entanto, nas atividades em grupo, é preciso observar algumas regras básicas para que sejam obtidos resultados compensatórios. Discutir exaustivamente e formular um plano de trabalho a ser seguido é essencial durante o trabalho em grupo, no qual as atribuições são pactuadas entre os participantes, de forma hierárquica, mas sem perder o sentido de construção coletiva do projeto. O plano deve ser apresentado a todos os membros do grupo e aprovado por eles. Recomendamos aprofundar as discussões o suficiente para qualificar o projeto e seus componentes, procurando, quando possível, obter

consenso, anotando os principais pontos de convergência e divergência, que poderão ser úteis posteriormente na operacionalização do projeto.

É preciso ser solidário aos sinais de liderança, abdicando de interesses e vaidades individuais, para o bom encaminhamento do trabalho conjunto. Lembramos: o processo de construção coletiva, quando bem encaminhado, poderá gerar resultados de mais alta significância, difíceis de serem alcançados individualmente.

Delimitação do tema

É necessário examinar a amplitude e relevância do tema proposto. Algumas vezes, pela própria inexperiência, tendemos a ser ambiciosos no tratamento da temática abordada. Há quem prefira ser específico em determinado tema; há quem prefira ampliar a extensão do tema na tentativa de chegar a uma compreensão mais alargada do fenômeno sob investigação. De qualquer forma, o tema será valorizado quando estiver bem definido em relação ao campo social, histórico e geográfico, ao domínio e à delimitação teórica.

A importância do tema não poderá decorrer unicamente da sua titulação. Torna-se fundamental a compreensão ampla do seu contexto. Para tal, o mais adequado é usar uma linguagem clara e concisa.

Cuidados especiais devem ser tomados ao escolhermos um assunto “pioneiro” ou mesmo “atual”, pois é necessário verificar a exequibilidade e a factibilidade de sua operacionalização. É essencial podermos contar com as devidas informações para a execução do projeto e observar o tempo previsto para a sua realização.

Booth, Colomb e Williams (2000) indicam uma série de perguntas que o pesquisador deve fazer com o intuito de focalizar o tema com maior clareza. É um bom exercício tentar encontrar respostas às questões durante a delimitação do tema a ser trabalhado: “Quais são as partes de seu tópico e a que conjunto maior ele pertence? Qual é a história desse tópico e em que história maior ele se inclui? Que tipos de categorias você encontra no tópico, e a que categorias maiores ele pertence? Até que ponto o tópico é bom? Com que finalidade você pode usá-lo?”.

Aspectos éticos envolvidos na escolha do tema

Nesta primeira fase de escolha do assunto, devemos ponderar cuidadosamente os aspectos éticos da pesquisa, especialmente quando envolvem seres humanos. Devemos considerar os princípios universais e a própria legislação nacional, a qual, para a área de saúde, está regulamentada na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Com fundamento nos principais documentos nacionais e internacionais que emanaram diretrizes sobre pesquisas nesta área, ela incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres inerentes à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Portanto, recomendamos a leitura dessa resolução, inclusive como forma de preparação do projeto para posterior aprovação pelo comitê de ética da instância à qual este estiver submetido (BARRETO, 2006).

Formulação do problema

Selecionado e delimitado o tema, a etapa seguinte é a formulação do problema, ou seja, a definição do objetivo central da indagação. Avançamos nesse processo indo além do levantamento de informações. Ampliamos o entendimento sobre algo e o (re)transmitimos deixando claras sua importância e sua utilidade. Isso se consegue transformando o tema escolhido em problema a ser abordado e partindo do questionamento das possíveis dificuldades relacionadas (KÖCHE, 2002).

É fundamental que os problemas sejam enunciados claramente, para serem identificados com facilidade, e tenham extensão e objetivos definidos, que viabilizem a investigação.

Um problema será relevante em termos científicos à medida que conduz à obtenção de novos conhecimentos. Para se assegurar disso, o pesquisador necessita fazer um levantamento bibliográfico da área, entrando em contato com as pesquisas já realizadas, verificando quais os problemas que não foram pesquisados, quais os que não o foram adequadamente e quais os que vêm recebendo respostas contraditórias. Este levantamento bibliográfico é muitas vezes demorado e pode constituir mesmo uma pesquisa de cunho exploratório, cujo produto final será a recolocação do problema sob um novo prisma. (BEAUD, 1996, p. 30).

Problema prático e problema de pesquisa

Na literatura é comum encontrarmos distinção entre problema prático e problema de pesquisa. Embora a diferença seja sutil, de maneira geral os problemas práticos são

de ordem do cotidiano, enquanto os problemas de pesquisa podem surgir de um problema prático. Entretanto sua solução não necessariamente será a solução do problema de pesquisa. A solução, por sua vez, estará mais relacionada ao entendimento do porquê de sua existência. Advertimos: nem sempre os problemas são fáceis de serem enunciados; muito pelo contrário, seu processo de construção é laborioso e seu desdobramento em conjecturas ou afirmações verificáveis, que chamamos de hipóteses, obedece a rigorosas etapas de estudo e reflexão. É bem verdade que a história da ciência está repleta de exemplos nos quais a simples observação dos fatos cotidianos, adicionados à perspicácia do observador, levaram à formulação e elucidação de importantes problemas. Contudo, esse fato não é a regra, é a exceção.

A seguir, veremos um exemplo adaptado de Riegelman e Hirsch (1992), o qual nos permitirá acompanhar a evolução da construção de um problema de pesquisa, desde sua apresentação inicial até sua reformulação em uma investigação preliminar.

Um grupo de especialistas em tuberculose (TB) decidiram comparar a taxa de mortalidade de TB dos Estados Unidos com a da Índia. Sabiam que a TB era uma enfermidade bastante comum nos Estados Unidos antes de 1950, porém sua incidência havia sido reduzida de forma substancial. Também sabiam que a enfermidade só poderia ser controlada, mas não eliminada, na maioria das pessoas infectadas.

Mediante uma técnica de amostragem aleatória, observaram que a taxa de mortalidade por TB em 1985 era de 200 por 100 mil pessoas na Índia e de 20 por 100 mil pes-

soas nos Estados Unidos. Também observaram que a taxa de mortalidade por TB dos indivíduos entre 65 e 80 anos era de 200 por 100 mil pessoas na Índia e nos Estados Unidos.

Como os investigadores sabiam que a Índia tinha uma população muito mais jovem que a dos Estados Unidos e que a idade influi no risco de TB, resolveram padronizar as taxas. Depois de realizarem o ajuste segundo a idade, observaram que em 1985 haveria ocorrido 10 mortes por 100 mil pessoas nos Estados Unidos se a população deste país tivesse a mesma estrutura etária da Índia. Considerando a hipótese de que na Índia, com seus enormes problemas de saúde, é mais difícil diagnosticar a TB como causa de óbito do que nos Estados Unidos, este fato contribuiria mais ainda para o aumento da diferença identificada.

Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade por TB de pessoas de 65 a 80 anos era muito mais elevada que a média do país; a TB se revelava, então, um grave problema de saúde pública, fazendo que as taxas norte-americanas se equiparassem às da Índia, talvez porque os idosos tivessem uma disposição para contrair a doença. Contudo, a alternativa a ser levada em conta era a de que tais taxas podiam estar refletindo um efeito de coorte, uma vez que tal efeito é uma suscetibilidade temporal e única de um grupo a uma experiência passada especial.

Além de saber que antes de 1950 a TB era uma enfermidade muito mais comum nos EUA, os pesquisadores estavam cientes de que os indivíduos infectados anteriormente tinham controlado a doença, mas sem se curar totalmente. Como indivíduos em tal situação têm mais chances de desenvolver, posteriormente, uma enfermidade ativa, sobretu-

do quando envelhecem, provavelmente a elevada taxa entre os norte-americanos de idade avançada se relacionava com uma época em que a TB era muito frequente. Se o efeito de coorte explicasse a taxa bastante elevada dos EUA, então seria improvável que ela continuasse aumentando à medida que os demais grupos populacionais envelhecessem. As taxas desses grupos etários declinariam à medida que as coortes menos suscetíveis, aquelas compostas pelas pessoas não expostas anteriormente à TB, chegassem à terceira idade. Estudos posteriores poderiam comprovar tais conjecturas.

A utilização de critérios na seleção do problema

Novos critérios de seleção do problema de pesquisa podem derivar de antigos, originalmente utilizados na seleção de danos mais importantes, por meio da técnica CENDES/OPS, um dos instrumentos mais utilizados para estabelecer a ordem das prioridades em saúde. A referida técnica opera com um eixo programático de danos e demandas, considerando uma identidade de respostas às mesmas ações de saúde. Se a magnitude é expressa pela escolha de determinado indicador de risco, a transcendência corresponde ao impacto do dano expresso em perdas futuras, enquanto a vulnerabilidade é caracterizada pelo valor possível de reversão do dano quando comparado a situações em melhor estágio. A magnitude de um problema poderia ser avaliada por variáveis que expressassem sua ocorrência. Nesse caso, a transcendência corresponderia às consequências (repercussões) futuras, enquanto a vulnerabilidade poderia ser caracterizada pelo significado da reversão ou da compreensão do problema associado (DEMO, 2009).

Uma forma de avaliar a importância de um problema é tentar prever as consequências da permanência das condições que lhe dão sustentação. Além disso, ao levantarmos um problema, devemos levar em conta sua viabilidade técnica, sua importância para a comunidade, sua aplicabilidade e sua capacidade de trazer inovações para a área. Em saúde, a vigilância assume um papel decisivo na detecção de problemas. Contudo, nem todo problema de saúde é um problema de pesquisa.

Muitas vezes, ocorre uma grande confusão na escolha do problema. Em geral, os pesquisadores iniciantes escolhem um problema real porque vislumbram uma solução para ele, não atentando para o fato de que nenhuma pesquisa resolverá, de imediato, um problema de ordem prática, mas sim criará condições para sua resolução. “Portanto redija seu artigo não para resolver problemas, mas para compreender algo que o pesquisador acha que ele e seus leitores deveriam saber ou entender melhor.” (KÖCHE, 2002).

Um problema de pesquisa pode ser puro ou aplicado: ou se relaciona com algo que desejamos saber ou com algo que pretendemos fazer. De acordo com Booth, Colomb e Williams (2000), um problema puro de pesquisa se distingue de um problema de pesquisa aplicado pelas consequências que estão definidas na declaração de seu fundamento lógico. Na pesquisa pura, as condições são conceituais, e o fundamento lógico define o que você quer saber. Na pesquisa aplicada, as consequências são palpáveis, e o fundamento lógico define o que você quer fazer.

A relevância de um problema tanto pode estar vinculada aos benefícios de uma posterior solução como pode estar associada aos valores e necessidades de quem absorve seus efeitos e aos seus sujeitos. Por isso, é preciso que uma avaliação do tema seja feita com base em alguns critérios de relevância, para o pesquisador e para os outros, já que o objetivo do trabalho é compartilhar os resultados. Booth, Colomb, Williams (2000) expõem quatro etapas:

- Encontrar um interesse em uma ampla área temática;
- Restringir o interesse a um tópico plausível;
- Questionar esse tópico sob diversos pontos de vista;
- Definir um fundamento lógico para o projeto.

Asti Vera (1976) apresenta as recomendações de J. C. Almack para a busca de problemas “dignos” de pesquisa:

- Analisar o que cada um sabe;
- Buscar lacunas ou regiões obscuras no conhecimento;
- Atender às incongruências e contradições (assuntos polêmicos e conclusões não demonstradas);
- Seguir os exemplos e as sugestões de leituras, de conferências ou da simples reflexão.

Há quem considere que formular adequadamente um problema de pesquisa requer um talento especial. Todavia, seguir algumas orientações facilitam a tarefa. Gil (1991) reúne uma série de passos para a formulação de um problema, mas cabe aos pesquisadores moldá-los conforme suas necessidades. Vejamos então:

- O problema deve ser formulado como uma pergunta. Este procedimento facilita a identificação do que efetivamente se deseja pesquisar.
- O problema deve ser delimitado a uma dimensão viável. Frequentemente, o problema é formulado de uma maneira tão ampla que se torna impraticável chegar a uma solução satisfatória. Nem todos os aspectos do problema podem ser pesquisados simultaneamente. Torna-se necessário, portanto, reduzir a tarefa a um aspecto que possa ser tratado em um único estudo, ou dividido em subquestões que possam ser tratadas em estudos separados.
- O problema deve ter clareza. Os termos utilizados devem ser claros, deixando explícito o significado com que estão sendo utilizados.
- O problema deve ser preciso. Embora com significado esclarecido, nem sempre os termos apresentados na formulação do problema deixam claros os limites de sua aplicabilidade.
- O problema deve apresentar referências empíricas. A observância deste critério nem sempre é fácil nas ciências sociais. É comum esperar dessas ciências respostas para problemas que envolvem juízos de valor.

Há de se levar em conta, também, que o problema do empirismo nas ciências sociais é bastante discutível. Alguns autores dessa área seguem a orientação subjetivista, segundo a qual é pura atividade da consciência, negando-lhe a necessidade da confrontação com o dado.

Se um tema pode ser definido como o contexto ou o recorte amplo do objeto estabelecido, a questão de investigação, por sua vez, é a pergunta formulada de modo mais claro e preciso, indicando um problema específico do tema. Nesse sentido, uma questão, conforme Almeida Filho (2000), pode ser classificada em categorias tais como:

– Definidora ou substantiva: Existe X? Ocorre X? O que é X? Qual a natureza de X? De que modo se define X? Quais as modalidades de X?

– Descritiva ou estrutural: Como se pode descrever X? O que compõe X? Quais os elementos de X? Como se organiza X? Qual a estrutura de X?

– Processual ou histórica: Como evolui X? Que transformações sofre X? Como se processa X? Qual é a história de X? Como emerge X?

– Teleológica ou finalística: Qual a finalidade de investigar X? Qual o *télos* de X? Qual a função de X? Qual a razão de ser de X?

– Explicativa: Qual é a causa de X? Que determinantes produzem X? Que premissas produzem X?

– Compreensiva: Como compreender, entender e interpretar X?

“O problema” no contexto da saúde coletiva

Na saúde coletiva os problemas são evidenciados nas seguintes situações (BOOTH; COLOMB; WILLIAMS, 2000) quando se observa uma variação significativa na incidência de determinada doença ou agravo; quando não se dispõe de conhecimentos suficientes sobre os fatores associados

a uma doença; quando a doença causa profundo impacto em um ou mais segmentos da sociedade; quando se procura uma teoria capaz de fornecer uma nova visão de determinados fenômenos.

Em epidemiologia, especificamente, a origem do problema está relacionada à ocorrência dos agravos à saúde junto à investigação de seus determinantes. O problema reside justamente na definição do que seja saúde. Nesta perspectiva, saúde não é mais sinônimo de ausência de doença. As possibilidades de eventos associados à não saúde passam do contexto da doença para um conjunto de relações do ser com seu contexto físico e psicossocial, criando uma diversidade de situações que requerem estudo pormenorizado. Portanto, nesse aspecto, o levantamento dos problemas relativos à saúde envolve, inicialmente, o entendimento do seu atual significado como campo de atividade e a sua compreensão como nova proposta paradigmática. Faz-se necessária a investigação não somente da composição e do funcionamento das estruturas sociais, mas, sobretudo, da sua contextualização histórica.

A pesquisa no campo da saúde coletiva vem se concentrando em temas cujos problemas emergem no contexto social, na área da saúde pública e em determinantes, porém acompanhados por uma pluralidade que extrapola o setor de saúde. Em estudo realizado por Barreto (2006), do total de 211.727 artigos indexados na base MEDLINE/ PubMed e relacionados à epidemiologia, entre 1985-2004, 1.952 (0,9%) tinham relação com o Brasil. Considerando o período estudado, o número de artigos cresceu 12 vezes (91 para 1.096) e aumentou mais de duas vezes (0,54% para 1,1%) comparativamente ao total de trabalhos indexados.

O entendimento biológico do que seja fazer ciência em saúde coletiva não atende às exigências da teoria da complexidade, a qual demanda dos pesquisadores a capacidade de articulação em um nível de compreensão mais abrangente e sem a perda de organicidade. Samaja (2000), ao focar o conceito de “reprodução social” no contexto da saúde, afirma que tal definição amplia enormemente o campo tradicional, porque, além de localizar os problemas da reprodução biológica e os problemas da reprodução psicológica, também inclui os relacionados à reprodução econômica, ecológica e política.

Samaja (2000), para tratar genericamente da definição dos “problemas de saúde”, busca uma forma de ordenar, em uma hierarquia descritiva de complexidade, o objeto “saúde/doença/cuidado” em relação aos conceitos de “condições de vida” e de “reprodução social”⁸. O autor propõe que o diagrama dos processos de “saúde/doença/cuidado” seja composto de três linhas sinuosas, próximas e divergentes entre si: os problemas reais (problemas de ordem constitutiva); os problemas percebidos e representados (problemas de ordem descritiva); e os problemas como objetos de ação como parte dos projetos, vistos através das eleições voluntárias para lidar com as interrupções dos cursos esperados e resolvê-las.

Do problema à hipótese epidemiológica

Segundo manuais, o papel da epidemiologia é estabelecer o diagnóstico da situação de saúde em uma comunidade.

⁸ O conceito de “reprodução social” envolve quatro dimensões: reprodução biocomunal, reprodução comunal-cultural, reprodução societal e reprodução ecológico-política (SAMAJA, 2000).

de ou região, analisar o efeito de certas medidas terapêuticas, de novas drogas e de novos procedimentos, estudar as causas das enfermidades, completar o quadro clínico – história natural e social das enfermidades –, bem como avaliar os serviços de saúde.

A descrição dos fenômenos pela epidemiologia sugere explicações possíveis dos fatores ou variáveis envolvidas no processo causal. Surgem assim as hipóteses como explicações possíveis, completas ou parciais, mas sujeitas a confirmação, de um fenômeno de saúde ou enfermidade. As hipóteses advêm de observações clínicas ou laboratoriais, de mudanças na frequência de uma enfermidade, de casos isolados, de analogias com enfermidades conhecidas e, inclusive, de informações paradoxais, em desacordo com fatos conhecidos.

Lembremos, porém: a lógica na qual se consubstancia a formulação do problema e da hipótese está muito próxima à própria lógica da teoria da causalidade. O método científico também precisa ser revisado para que venha a convergir com a reconstituição do novo objeto da epidemiologia. Do nosso ponto de vista, uma discussão desses aspectos é importante no sentido de reconstruir a própria lógica do que seja fazer ciência, que se mostra ainda extremamente conservadora, principalmente nos meios acadêmicos. O momento é propício porquanto se busca uma nova identidade, um novo paradigma para a saúde coletiva. A nosso ver, a teoria da complexidade deverá contemplar uma nova lógica científica, que privilegie, além do arsenal teórico-metodológico atual, a reflexão e o pensamento crítico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

AMARAL, J. Planejamento da pesquisa científica. In: **Método epidemiológico aplicado à pediatria**. Fortaleza: 1998. p.38.

ASTI VERA, Armando. **Metodologia da pesquisa científica**. Porto Alegre: Globo, 1976.

BARRETO, Maurício L. Crescimento e Tendência da Produção Científica em Epidemiologia no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n.spe, p. 79-85, 2006.

BEAUD, Michel. Um bom assunto? In: _____ (Org.). **Arte da tese**: como preparar e redigir uma tese de mestrado, uma monografia ou qualquer outro trabalho universitário. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil 1996. p. 30-33.

BOOTH, Wayne.; COLOMB, Gregory; WILLIAMS, Joseph M. Fazendo perguntas, encontrando respostas. In: _____ (Org.). **A arte da pesquisa**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BRASIL. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: CNS, 1996.

CNPq. **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**. Disponível em: < www.dgp.cnpq.br/censos/serves_historicas/index_grupos.htm. > Acesso em 25 de mar. 2010.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, Antônio Carlos. A formulação do Problema. In: _____ (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991. p. 207.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de Metodologia Científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

RIEGELMAN, Ricard K; HIRSCH, Robert P. Ejercicios para detectar errores: la tasación de una tasa. In: H.R.e.RIEGELMAN R. In: _____ (Org.). **Cómo estudiar un estudio y probar una prueba:** lectura crítica de la literatura médica. Washington, DC: OPS, 1992. p. 166-172.

SAMAJA, Juan. A ordem descritiva da reprodução social. In: _____ (Org.). **A reprodução social e a saúde:** elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. p. 71-84.

Autores:

Adriana Melo de Farias

Psicóloga, Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora - Orientadora dos cursos de especialização no Núcleo de tecnologias em Saúde da Família (NUTEDS) /Faculdade de Medicina/ UFC. Contato: <http://lattes.cnpq.br/4776594056067918>.

Adriano Ferreira Martins

Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública pela UFC. Apoiador Institucional do Ministério da Educação para as ações da Tutoria e Supervisão do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Estado do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/6234046251059906>.

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Médico pediatra, Doutor em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (USP). Professor Titular da Universidade Federal do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/9449592310914729>.

Ana Carine Arruda Rolim

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Bolsista da CAPES. Membro e pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Acidentes e Violências (NEPAV). Email: anacarine.rolim@hotmail.com.

Ana Eurídice Rodrigues

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Contato: <http://lattes.cnpq.br/6544436037592057>.

Ana Karla Batista Bezerra Zanella

Assistente Social, Mestre em Políticas Públicas e Sociedade. Assistente Social da Universidade Federal do Ceará e da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Contato: <http://lattes.cnpq.br/6284434810299255>.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e Assessora Técnica da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/CGTES/Núcleo de Valorização, Negociação e Educação na Saúde/NUVEN/ SESA. Mestre em Saúde Coletiva pela UFC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Violência e Acidentes Ação pela Paz da UFC. Contato: <http://lattes.cnpq.br/1735614331626677>.

Ângela Alencar Araripe Pinheiro

Psicóloga, Doutora em Sociologia pela UFC. Professora Associado da Universidade Federal do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/7179410729216916>.

Benedita Joseane Costa Batista

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Contato: <http://lattes.cnpq.br/6913940292740727>.

Carlos Henrique Morais de Alencar

Doutor em Saúde Coletiva em Associação Ampla de IES -UECE/UFC/UNIFOR, Professor Adjunto I e Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará. E-mail: carllos.alencar@gmail.com.

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFC, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Contato: <http://lattes.cnpq.br/9270913804724785>.

Cristiane Silvestre Paula

Psicóloga, Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento na Universidade Presbiteriana Mackenzie; Pesquisadora do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo e membro de duas redes internacionais de epidemiologia - International Clinical Epidemiology Network (INCLEN TRUST) e International Autism Epidemiology Network (IAEN). Contato: <http://lattes.cnpq.br/8241114701792148>.

Eliany Nazaré Oliveira

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela UFBA, Corpo Docente do Mestrado Acadêmico Em Saúde da Famí-

lia - UFC - Sobral, CE. Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF e Mestrado Profissional em Ensino da Saúde. Contato: <http://lattes.cnpq.br/9795597292263465>.

Emanuel Moura Gomes

Enfermeiro, Especialista em Gestão em Saúde, Especialista em Enfermagem e atenção psicossocial. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Email: emanuelmoura_@hotmail.com.

Eriza de Oliveira Parente

Fisioterapeuta, Professora da Estácio de Sá/Ceará. Mestre em Saúde coletiva pela Universidade de Fortaleza, Doutoranda em Saúde Coletiva UFC AA UECE/UNIFOR. E-mail: erizaop@yahoo.com.br.

Fabiane do Amaral Gubert

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/FIOCRUZ, professora Adjunto II, tutora virtual e pesquisadora da UFC. Contato: <http://lattes.cnpq.br/5035858383519296>.

Fabiane Elpídio de Sá

Fisioterapeuta. Mestrado profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente. Professor assistente - curso de fisioterapia da Universidade Federal do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/8186545910302684>.

Francismeire Brasileiro Magalhães

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutoranda em Saúde Coletiva. Email: meirebrasileiro@hotmail.com.

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Membro e pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Acidentes e Violências (NEPAV). Email: gracyremigio@gmail.com.

Helanio Arruda Carmo

Acadêmico de Enfermagem das Faculdades INTA. Contato: <http://lattes.cnpq.br/0805420711550453>.

Isabel Altenfelder Bordin

Médica psiquiátrica, Doutora em Psiquiatria pela UNIFESP. Psiquiatra da Infância e Adolescência, Pesquisadora e Orientadora no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria e Chefe do Setor de Psiquiatria Social da UNIFESP. Contato: <http://lattes.cnpq.br/8243102075060800>.

Isabelle da Silva Gama

Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFC. E-mail: isabellesgama@gmail.com.

João Joaquim Freitas do Amaral

Médico pediatra, Doutor em Epidemiologia pela UFPEL. Professor adjunto de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/3402455291013140>.

José Edir Paixão de Sousa

Educador Físico e Advogado, Mestre em Saúde Pública pela UFC, Professor do Colégio Militar do Corpo de Bombeiros e Instrutor da Academia Estadual de Segurança Pública. Contato: <http://lattes.cnpq.br/4783420437778695>.

José Gomes Bezerra Filho

Estatístico, Doutor em Saúde Coletiva pela UFBA, Professor Adjunto 4 e Membro dos Colegiados do Mestrado em Saúde Pública e do Doutorado em Saúde Coletiva em Associação UFC/UECE/UNIFOR. E-mail: gomes@ufc.br.

Kátia Costa Savioli

Terapeuta Ocupacional, Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Email: katiacsavioli@gmail.com.

Kátia Virgínia Viana Cardoso

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Médicas. Professora adjunto I do curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da UFC. Contato: <http://lattes.cnpq.br/0729760727807853>.

Kellyanne Abreu Silva

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela UFC. Enfermeira Assistencial do Hospital Regional Norte (HRN) e Docente do Curso de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA). Contato: <http://lattes.cnpq.br/0444273418725029>.

Kelvia Maria Oliveira Borges

Fisioterapeuta, especialista em Neuro-Funcional pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Email: kelvia.borges@hotmail.com.

Késia Marques Moraes

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC, Coordenadora de Enfermagem da UTI Pediátrica do Hospital Regional Norte – HRN. Contato: <http://lattes.cnpq.br/8797330558006076>.

Lívia de Andrade Marques

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências (NEPAV). E-mail: marques.liviaa@gmail.com.

Ludmila Fontenele Cavalcanti

Assistente Social e Advogada. Doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Ações em Políticas Públicas, Indicadores e Identidades (NUPPII). Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Consultora na área de Políticas Públicas, Gênero e Violência. Email: ludmila.ufrj@gmail.com.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Bolsista do CNPq. Coordenadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Acidentes e Violências (NEPAV). Email: janeeyre@unifor.br.

Márcia Maria Tavares Machado

Enfermeira, Pós-doutora pela Harvard School of Public Health. Professora da UFC (ABS4). Pró-reitora de Extensão Universitária da UFC. Contato: <http://lattes.cnpq.br/3530709707821785>.

Marcos Tadeu Ellery Frota

Médico urologista, Mestre em Saúde Pública pela UFC. Médico legista da Perícia Forense do Ceará, médico preceptor da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e supervisor do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos. Contato: <http://lattes.cnpq.br/0694311133407318>.

Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pela UFC. Professor Associado II da Universidade Federal do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/9321075005010548>.

Maria Fátima Maciel Araújo

ARAÚJO, M.F.M. – Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora associada da Universidade Federal do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/5473205908580693>

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela UFC, enfermeira da Secretaria de Saúde do estado do Ceará e Universidade Federal do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/1083570869612060>.

Maria Tereza de Oliveira Almeida

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pela URCA. Professora da disciplina Enfermagem na Organização dos Sistemas de Saúde do Instituto Vale do Coreau - IVC/Itapipoca. Contato: <http://lattes.cnpq.br/8202595235208595>.

Marinila Calderaro Munguba Macedo

Médica, Doutora em Saúde Pública em Associação pela UFC/UECE/UNIFOR e Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará-UFC no Campus Cariri, atual Universidade Federal do Cariri em Barbalha-Ceará. (In Memoriam).

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú nos cursos de graduação em Enfermagem, do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF/UVA e do Mestrado em Saúde da Família da UFC em associação com a UVA e EFSFVS e do Mestrado Profissional Ensino na Saúde (UECE). Contato: <http://lattes.cnpq.br/5537817532828798>.

Michele Carneiro Vasconcelos

Enfermeira, Professora e Preceptora do Instituto Existus de Desenvolvimento Humano e Profissional e Enfermeira assistencialista da Santa Casa de Misericórdia de Contato: <http://lattes.cnpq.br/7623907734103554>.

Michelle Alves Vasconcelos Ponte

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela UFC. Professora do curso enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú e na Faculdade INTA. Contato: <http://lattes.cnpq.br/9803708648083578>.

Naianny Rodrigues de Almeida

Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Mestranda em Saúde Pública pela UFC. Contato: <http://lattes.cnpq.br/8821692326573606>.

Regina Fátima Gonçalves Feitosa

Enfermeira, Doutorado em Farmacologia e Docente Colaboradora do Departamento de Saúde Comunitária da UFC. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Violência Ação pela Paz. E-mail: rgfeitosa5@hotmail.com.

Renata Carneiro Ferreira

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora titular do Programa de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Enfermeira de Sistema de Tempo Integral em escolas de ensino infantil e fundamental em Fortaleza. Membro efetivo e pesquisadora do Grupo de Pesquisa (CNPq) Violência e Repercussões na Saúde Individual e Coletiva. Email: renatacarneiro17@gmail.com.

Roberlandia Evangelista Lopes

Enfermeira, Mestre em Saúde da Família pela UFC. Professora do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA). Contato: <http://lattes.cnpq.br/7290690294477062>.

Rosa Livia Freitas de Almeida

Engenheira Elétrica, Doutora em Saúde Coletiva pela UFC. Contato: <http://lattes.cnpq.br/4590451122580622>.

Sara Cordeiro Eloia

Enfermeira, Especialista em Educação na Saúde para o SUS e em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Vale do Acaraú (UVA). Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Contato: <http://lattes.cnpq.br/9079949715037280>.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira e Advogada, Pós-doutora em Saúde Coletiva pela USP, Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Pesquisadora do CNPq-1D. E-mail: tmm-moreira@gmail.com.

Vivian Aguiar Werneck Evangelista

Fisioterapeuta, Especialista em fisioterapia cardíaco-pulmonar. Fisioterapeuta da Associação Brasileira de Medicina de Reabilitação e da Clínica São Bento. Contato: <http://lattes.cnpq.br/8115336008301397>.

Yls Rabelo Câmara

Licenciada em Letras, Mestre em Filologia Inglesa. Professora da Faculdade de Letras da Universidade Federal do Ceará, modalidade EAD, como tutora à distância de inglês, português e espanhol. Contato: <http://lattes.cnpq.br/6496730755775148>.

Yzy Maria Rabelo Câmara

Psicóloga e Assistente Social, Mestre em Saúde Pública pela UFC. Professora do curso de psicologia do Centro Universitário Estácio do Ceará. Contato: <http://lattes.cnpq.br/6012091350688410>.