

Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil)

Domestic violence against children and prospects for intervention of the Family Health Program: the experience of the Family Doctor Program/Niterói (RJ, Brazil)

Pedro Carlos Xavier da Rocha ¹
Claudia Leite Moraes ¹

Abstract *This study seeks to estimate the prevalence of psychological and physical violence practiced against children in the family environment among clients of the Family Medical Program in Niterói (RJ). It also discloses some potential opportunities for action in the prevention, early detection and monitoring of families experiencing violence. This population-based survey was conducted with face-to-face interviews with parents or legal sponsors of 278 children registered in 27 teams of the Family Health Program. The population studied was randomly selected among children up to ten years of age. The Brazilian version of Parent-Child Conflict Tactics Scales – CTSPC was employed to assess the occurrence of this type of violence. Psychological aggression occurred in 96.7% (CI 95%: 94.7-98.8) of the households, and corporal punishment occurred in 93.8% (CI 95%: 92.0-96.7). Minor physical violence was reported by 51.4% (CI 95%: 45.5-57.3) of the respondents, and severe physical maltreatment by 19.8% (CI 95%: 15.1-24.5) of them. Although the mother was the foremost perpetrator of all kinds of maltreatment, most of the children were abused by both parents. In view of these results, domestic violence against children should be seen as a main concern for the Family Health Program.*

Key words *Domestic violence, Violence against children, Population Survey, Family health program*

Resumo *O objetivo do estudo é estimar a prevalência e caracterizar a Violência Familiar contra Crianças (VFC) adscritas ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ, discutindo possibilidades de atuação das equipes visando à prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de violência. Trata-se de um inquérito de base populacional, com amostra de 278 crianças, selecionadas através de amostragem sistemática, dentre aquelas adscritas a 27 equipes de Saúde da Família. A prevalência de VFC foi estimada utilizando-se a versão nacional da Conflict Tactics Scale Parent-Child (CTSPC). A agressão psicológica ocorreu em 96,7% (IC 95%: 94,7-98,8) dos domicílios. O castigo corporal foi referido por 93,8% (IC 95%: 92,0-96,7) dos respondentes. A violência física menor e a grave foram praticadas por 51,4% (IC 95%: 45,5-57,3) e 19,8% (IC 95%: 15,1-24,5) das famílias, respectivamente. A mãe foi a principal autora de todos os tipos de maus-tratos, embora a maioria das crianças sofra agressões psicológicas e punições corporais por parte de ambos os pais. Diante das altas prevalências e do envolvimento de toda a família nas situações de violência, preconiza-se que o problema seja considerado prioridade na Estratégia Saúde da Família.*

Palavras-chave *Violência familiar, Violência contra a criança, Inquérito populacional, Estratégia saúde da família*

¹ Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá. Rua do Riachuelo 27/6º andar, Centro. 20230-010 Rio de Janeiro RJ. pedroxcrocha@gmail.com

Introdução

A violência familiar contra a criança é um problema de saúde pública em todo o mundo. Trata-se de questão secular e transcendente. É historicamente identificado, envolve diferentes povos em diversas culturas, e tem caráter permanente do ponto de vista epidemiológico¹. Apresenta diferentes naturezas, dentre as quais se destacam a violência psicológica, a física, a sexual e a negligência/abandono^{2,3}. Por seu caráter indefeso, maior fragilidade física e dependência, as crianças são as vítimas preferenciais de violência interpessoal familiar. Trata-se de uma realidade dolorosa, nutrida por concepções culturais de uma sociedade adultocêntrica, onde formas agressivas de se relacionar, corrigir erros, estabelecer normas de disciplina e educar são frequentemente usados por pais e responsáveis^{1,2,4-6}.

Reconhecida por sua complexidade, a violência familiar contra a criança abriga em sua gênese aspectos diversos, que englobam desde características e histórias de vida individuais de pais e filhos, formas de disciplina utilizadas na família, papel da criança na constituição familiar, redes sociais estabelecidas na comunidade e na sociedade, e até questões ligadas à distribuição de renda e às oportunidades de inclusão social⁷⁻⁹.

No Brasil, apenas a partir da década de 80 o setor saúde incluiu o tema em sua agenda de maneira mais consistente¹⁰⁻¹². Para além da notificação e contabilização de casos, discute-se o papel dos serviços na detecção precoce, caracterização e proposição de estratégias ao seu enfrentamento. Ainda assim permanecem muitas lacunas quanto à melhor maneira de atuação do setor em cada uma destas etapas. As dificuldades vão desde a identificação dos casos, até as formas de abordagem, registro e notificação^{5,13-15}. Mais recentemente, as ações proativas de promoção dos “bons-tratos” vêm sendo lentamente incorporadas às propostas de atuação. Porém, estas iniciativas ainda deixam muito a desejar, já que são bastante fragmentadas e restritas a certos subgrupos populacionais e áreas geográficas^{16,17}.

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994 abriu novas possibilidades de atuação do Setor Saúde frente ao problema. Desde a sua implantação o mesmo tem buscado aproximar as equipes e os serviços de saúde às reais necessidades de indivíduos e famílias. Ao buscar compreender os determinantes de saúde da população, o PSF amplia o olhar sobre o território para além de suas características geográficas e ambientais contem-

plando aspectos das construções sociais ali vigentes. Assim, a família, como o primeiro sistema no qual o ser humano em desenvolvimento interage, se torna o principal foco de atenção. A adscrição da clientela em um território definido, o incentivo à integralidade das ações, o planejamento local baseado nas necessidades de saúde da população, a atuação intersetorial, a abordagem familiar, a humanização do atendimento – premissas metodológicas da estratégia em Saúde da Família – potencialmente se constituem ferramentas promissoras de enfrentamento a questões complexas da saúde coletiva¹⁸. A violência seria uma delas.

Visando oferecer mais subsídios às possíveis ações do PSF no âmbito dos pólos urbanos brasileiros, este estudo objetivou estimar a prevalência de violência física e psicológica praticada contra a criança no ambiente doméstico, por pais ou responsáveis parentais, em áreas cadastradas pelo Programa Médico de Família de Niterói/RJ (PMF/Niterói). Como objetivo secundário, avaliou-se o perfil de ocorrência dos diferentes tipos de violência para conhecer seus principais perpetradores, e a distribuição dos eventos por subgrupos populacionais, caracterizados conforme suas particularidades sócio-demográficas, condições de saúde, hábitos de vida e utilização dos serviços oferecidos pelo PMF/Niterói. A partir do diagnóstico de situação, o estudo pretende sugerir possíveis ações a serem desenvolvidas no âmbito dos PSF para que possam contribuir positivamente no enfrentamento das situações de violência familiar.

Procedimentos e métodos

Desenho e cenário do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado em áreas adscritas ao PMF/Niterói. Situado na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, Niterói conta com 108 equipes de Saúde da Família distribuídas em 34 módulos, provendo uma cobertura aproximada de 32% da população total do município. Inspirado no modelo cubano, as equipes são formadas por um médico e um técnico de enfermagem, que têm supervisão técnico-metodológica permanente por equipe multidisciplinar. Cada equipe de Saúde da Família é responsável pelo cadastramento de cerca de 350 famílias com média de 1300 usuários por setor¹⁹. O estudo compreendeu a população cadastrada pelas equipes de 27

setores (cerca de ¼ do total), distribuídos em 08 módulos de Saúde da Família.

Tamanho e seleção da amostra

A população-fonte do estudo compreendeu o conjunto de crianças menores de 10 anos, cadastradas pelo PMF/Niterói, totalizando 3684 crianças elegíveis. O tamanho amostral estimado foi de 280 crianças, considerando-se uma prevalência do evento de 40%^{1,2}, um erro de 5% e perdas de 10%²⁰. As crianças foram selecionadas através de amostragem sistemática a partir da listagem de crianças elegíveis. Desta forma, houve um “salto” de 13 crianças entre a seleção de uma criança da listagem e a subsequente. Como a lista foi ordenada considerando a unidade de PSF, a equipe e a família, nesta ordem, não houve possibilidade de seleção de crianças pertencentes a uma mesma família, já que não existiam famílias com um número tão grande de filhos que permitisse que duas crianças fossem sorteadas no mesmo domicílio. Em situações de mudança de endereço ou de total impedimento do encontro dos entrevistadores com as famílias, após três tentativas de agendamento e/ou duas buscas ativas em domicílio infrutíferas (cerca de 10% dos casos), a criança sorteada foi substituída por outra imediatamente subsequente dentre as elegíveis.

Trabalho de campo

Através de entrevistas face a face, as informações de interesse foram colhidas pelo pesquisador principal e por três alunas da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, previamente treinadas. As entrevistas tiveram a mãe como alvo prioritário. Nas situações em que a mãe não residia com a criança, os questionários foram aplicados ao pai e/ou pessoa responsável pela guarda da mesma. As informações sobre o companheiro/companheira foram fornecidas pelos respondentes.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e novembro de 2007, nas unidades de saúde e/ou no domicílio, de acordo com a conveniência dos responsáveis, contanto que resguardadas as condições que propiciassem um ambiente de confiança entrevistado-entrevistador.

Instrumentos de coleta de dados

As informações de interesse foram obtidas utilizando-se questionário estruturado e multidimensional, que abordava questões relativas às

características da família no que concerne aos aspectos sócio-demográficos, às condições de saúde, utilização dos serviços oferecidos pelo PMF/Niterói, hábitos de vida e a ocorrência de violência familiar. As informações demográficas e as relativas ao perfil de saúde e de utilização de serviços foram colhidas a partir de questões elaboradas especificamente para a pesquisa. Foi adotado o Critério de Classificação Econômica Brasil²¹ para a estratificação das famílias em classes econômicas. Para investigar a suspeição de uso nocivo de álcool pela mãe da criança utilizou-se o instrumento TWEAK (Tolerance; Worry; Eye-opener; Annoyed; Cut-down), formalmente adaptado para uso no Brasil^{22,23}. A versão nacional do instrumento CAGE (Cut-down; Annoyed; Guilty & Eye-opener)^{22,24,25} foi usada para a suspeição de uso nocivo do álcool pelo companheiro. Em ambas as situações, os indivíduos que tivessem dois ou mais pontos nos respectivos escores foram considerados positivos. O consumo de drogas ilícitas foi avaliado através do instrumento *Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ)*^{26,27}. Definiu-se como situação positiva, a utilização de ao menos uma substância ilícita dentre as listadas (tranquilizantes não prescritos; cola de sapateiro; lança-perfume; maconha; cocaína ou ‘outras’).

Para detectar as situações de violência contra a criança foi utilizado o módulo básico da versão nacional do Instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales*²⁸⁻³⁰. Esta parte do instrumento é composta por 22 itens assim distribuídos: disciplina não-violenta (explicação; castigo; suspensão de um privilégio; ou atividade substituta), agressão psicológica (humilhar; xingar; gritar; ameaçar bater; e ameaçar expulsar de casa), e violência física. Este se subdivide em três categorias, cada qual englobando atos de distintas gravidades – punição corporal (dar palmada; bater no “bumbum” com objetos; bater nas mãos, pernas ou braços; beliscar; sacudir; dar tapa na face, cabeça ou orelhas); maus-tratos físicos (bater em outras partes do corpo com objetos; dar soco ou pontapé; jogar no chão) e maus-tratos físicos graves (agarrar pelo pescoço; espancar; queimar; ameaçar com faca ou arma).

Análise de dados

Utilizou-se o programa EPI-INFO versão 3.4 para a construção do banco de dados e a digitação dos questionários. A limpeza e o processamento foram realizados no programa Microsoft Excel 2007, e a análise estatística no programa

computacional “R”³¹. Foram considerados casos positivos dos diferentes tipos de violência familiar aqueles em que a entrevistada referia a prática de pelo menos um ato das respectivas subescalas, por um dos responsáveis pela criança, nos doze meses que antecederam a entrevista.

Para avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos, utilizou-se o teste qui quadrado. Assumiu-se uma distribuição binomial para a estimação dos intervalos de confiança. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando o p-valor foi igual ou inferior a 0,05, e limítrofes quando no intervalo de 0,05 a 0,1.

Aspectos éticos

Este estudo observou as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios da Declaração de Helsinki, sendo submetido ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, obtendo aprovação para sua execução pelo SISNEP. As entrevistas foram colhidas mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido³².

Resultados

A amostra do estudo compreendeu 278 crianças e suas famílias. As informações foram colhidas com 231 mães, 12 pais e 35 outros responsáveis com funções parentais. A aceitabilidade do estudo foi excelente, já que houve apenas duas recusas. A média de idade das crianças foi 5,8 anos (dp: 2,83 anos), e a das mães, 32,9 anos (dp: 10,1 anos).

Como observado na Tabela 1, a amostra foi composta por crianças de ambos os sexos; com predomínio de crianças com idade entre 6 e 10 anos e primogênicas. Com relação às características das mães, observa-se baixo percentual de adolescentes (3,2%; IC 95%: 1,2-5,4) e predomínio da faixa etária de 20-29 anos (40,5%; IC 95%: 34,7-46,3). Grande parte das mães se autocalificou como parda (43,3%; IC 95%: 37,5-49,2), referiu estar casada e/ou em união estável (72,9; IC 95%: 67,7-78,1), ter completado de 1 a 4 anos de estudo (38,89%; IC 95%: 33,1-44,7), estar fora do mercado de trabalho (59,2%; IC 95%: 53,4 – 65,0), ser natural do próprio município (65,7%; IC 95%: 60,1-71,3) e ter religião (75,1%; IC 95%: 70,0-80,2). O perfil dos companheiros foi bem semelhante ao das mães. A suspeita de uso inadequado de álcool foi estimada em 36,3% (IC 95%: 36,3-36,7)

entre as mulheres e em 32,0% (IC 95%: 26,5-37,5) entre seus companheiros. O uso de outras drogas foi referido por 2,9% (IC 95%: 0,9-4,9) das mulheres e por 12,0% (IC 95%: 7,4-16,6) de seus companheiros (segundo informação materna). A maior parte dos domicílios apresentava densidade de morador/cômodo acima de 1,0 (49,3%; IC 95%: 43,4-55,2). Em termos de classificação econômica, observou-se que a maior parte das famílias pertenciam às classes C (47,5%; IC 95%: 41,5-53,5) e D (48,3%; IC 95%: 42,2-54,3).

O perfil de utilização dos serviços de Saúde da Família é apresentado na Tabela 2, onde se evidencia percentual satisfatório de adesão às ações desenvolvidas pelo PMF/Niterói, em especial às consultas clínicas 88,8% (IC 95%: 85,1-92,5), vacinação 89,5% (IC 95%: 85,9 -93,1) e coleta de exames 83,7 (IC 95%: 79,4-88,1). As variáveis relacionadas à criança mostraram que esta habitualmente freqüenta o módulo de saúde da família, e que 74% delas estiveram lá por mais de uma vez no último ano. Os serviços hospitalares foram procurados nas situações de pequenas urgências da criança em 66,9% (IC 95%: 61,5 -72,4) dos casos. Ainda assim 62,9% (IC 57,3-68,6) das famílias disseram procurar também o PMF/Niterói nestas situações.

Conforme apresentado na Tabela 3, as formas de disciplina não-violenta na resolução de conflitos foram reportadas pela maioria dos entrevistados 99,6% (IC 95%: 98,9-100,0). Apesar deste achado, as prevalências de maus-tratos contra criança em seus diferentes matizes também foram bastante elevadas. Atos considerados como agressão psicológica ocorreram em 96,7% (IC 95%: 94,7-98,8) dos lares. Das crianças estudadas 93,9% (IC 95%: 91,1-96,7) receberam punições corporais; 51,4% (IC 95%: 45,5-57,3) foram vítimas de maus-tratos físicos e 19,8% (IC 95%: 15,1-24,5) sofreram maus-tratos físicos graves. A mãe se destacou como principal autora em todas as formas de violência. Na agressão psicológica e na punição corporal geralmente o fez em concordância com o seu parceiro. À medida que os atos praticados contra a criança tornaram-se mais graves, o grau de concomitância entre perpetradores se reduziu e a mãe se manteve como a principal autora dos maus-tratos (Tabela 4).

A Tabela 5 expõe as prevalências de maus-tratos físicos menores e graves nos diferentes subgrupos da população estudada. De forma geral, a violência se mostrou homoganeamente distribuída nos vários subgrupos estudados, já que a maior parte das diferenças encontradas não foi estatisticamente significativa. Entretanto, per-

cebeu-se que as duas formas de maus-tratos físicos foram mais freqüentes entre crianças de 6 a 9 anos e entre os filhos/filhas de mães que exercem alguma atividade remunerada fora de casa, quando analisadas individualmente. Ao se considerar apenas os casos mais graves, percebem-se algumas discrepâncias neste perfil. Além das situações serem mais comuns entre crianças com idade entre 6 e 9 anos e entre filhos/filhas de mulheres que trabalham fora de casa, o problema também é mais freqüente entre meninos e entre crianças cujas mães se auto-referem como de cor não branca, ainda que as diferenças nos subgrupos com relação ao gênero e cor tenham sido de menor significância estatística.

Ao se considerar positiva a situação em que uma ou outra forma de violência física estava presente (maus-tratos físicos totais), percebe-se que as situações também são mais freqüentes entre as famílias compostas por mães não adolescentes e entre aquelas cujo pai apresenta alguma crença religiosa, ainda que as diferenças tenham apresentado níveis de significância estatística limítrofes.

Discussão

Ao se analisar o perfil sócio-demográfico da amostra, percebe-se sua semelhança com o do conjunto de famílias cadastradas no PMF/Niterói, configurando um perfil predominante de clientela de classes C e D em termos econômicos. Tal perfil sugere que os resultados aqui apresentados não se restringem às famílias estudadas, podendo ser extrapolados para aquelas atendidas pelo Programa como um todo e, quiçá, para outras populações desfavorecidas, adscritas às equipes de Saúde da Família situadas em grandes centros urbanos brasileiros.

O grande percentual de utilização dos serviços prestados pelo PMF/Niterói apresentado na Tabela 2 indica que as ações desenvolvidas pelo modelo têm boa adesão da clientela, com exceção dos grupos educativos, cuja participação comunitária ainda é baixa. Esta forte vinculação também é percebida pela grande utilização dos serviços do PSF pela criança índice no ano anterior à entrevista, já que a maior parte das mesmas foi mais de uma vez à unidade nos doze meses que antecederam à entrevista. Como discutido mais adiante, a grande adesão ao Programa deve ser vista como um ponto facilitador à inclusão de ações direcionadas à discussão do tema com as famílias na rotina das equipes de saúde da família.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico das crianças e suas famílias, PMF Niterói, 2007.

Características	n	% (IC% 95)
Criança		
Sexo	278	
Masculino		55,1 (49,2; 60,9)
Feminino		45,0 (39,1; 50,8)
Idade	278	
< = 1 ano		5,4 (2,7; 8,1)
2 a 5 anos		38,85 (33,1; 44,6)
6 a 9 anos		55,76 (49,9; 61,6)
Ordem de nascimento	278	
Primogênito		47,48 (41,6; 53,4)
Segundo		23,38 (18,4; 28,4)
Terceiro ou mais		29,14 (23,8; 34,5)
Mãe		
Idade	274	
< 20 anos		3,28 (1,2; 5,4)
20 a 29 anos		40,51 (34,7; 46,3)
30 a 39 anos		33,21 (27,6; 38,8)
> 40 anos		22,99 (18,0; 28,0)
Cor	277	
Branca		23,83 (18,8; 28,8)
Negra		31,05 (25,6; 36,5)
Parda		43,32 (37,5; 49,2)
Amarela/indígena		1,81 (0,2; 3,4)
Situação conjugal	277	
Casada		72,92 (67,7; 78,2)
Solteira		14,08 (10,0; 18,2)
Separada/desquitada		13 (9,0; 17,0)
Escolaridade materna	264	
Analfabeta		1,48 (0,0; 2,9)
De primeira a quarta série		38,89 (33,1; 44,7)
De quinta a oitava série		31,85 (26,3; 37,4)
2º grau completo ou incompleto		27,04 (21,7; 32,3)
3º grau completo ou incompleto		0,74 (-0,3; 1,8)
Trabalha fora	277	
Não		59,21 (53,4; 65,0)
Sim		40,79 (35,0; 46,6)
Naturalidade	277	
Niterói		65,7 (60,1; 71,3)
Outros		34,3 (28,7; 39,9)
Tem religião	277	
Sim		75,09 (70,0; 80,2)
Não		24,91 (19,8; 30,0)
Uso inadequado de álcool	276	36,33 (36,3; 36,4)
Consumo de drogas ilícitas	271	2,95 (0,9; 5,0)
Família		
Densidade moradores/cômodo	278	
Menos de 1 morador/cômodo		44,96 (39,1; 50,8)
De 1 a 2 moradores /cômodo		49,28 (43,4; 55,2)
Mais de 2 moradores/cômodo		5,76 (3,0; 8,5)
Classe econômica	263	
A		-
B		2,66 (0,7; 4,6)
C		47,53 (41,5; 53,6)
D		48,29 (42,3; 54,3)
E		1,52 (0,0; 3,0)

Tabela 2. Utilização dos serviços de saúde nos 12 meses anteriores, PMF Niterói, 2007.

Característica	n	Prevalência % (IC 95%)
Ações de saúde		
Vacinação para crianças	276	89,5 (85,9; 93,1)
Consultas clínicas gerais	277	88,8 (85,1; 92,5)
Coleta de exames	277	83,7 (79,4; 88,1)
Consulta de pediatria	257	69,3 (63,6; 74,9)
Vacinação para adultos/idosos	276	66,7 (61,1; 72,2)
Preventivos ginecológicos	277	59,9 (54,2; 65,7)
Orientação da enfermagem	276	56,9 (51,0; 62,7)
Visita domiciliar	278	51,5 (45,5; 57,4)
Curativos	277	35,0 (29,4; 40,6)
Consultas de emergência	277	25,6 (20,5; 30,8)
Grupos educativos	255	15,6 (11,3; 19,9)
Serviço de saúde procurado em situações de emergência		
Hospital de emergência	278	66,9 (61,4; 72,4)
Médico de família		62,9 (57,3; 68,6)
SPA		14,4 (10,3; 18,5)
Consulta particular		8,6 (5,3; 11,9)
Ida da criança à unidade de saúde no último ano		
Nenhuma vez	278	11,5 (7,8; 15,3)
Uma vez		14,4 (10,3; 18,5)
Algumas vezes		51,4 (45,6; 57,3)
Muitas vezes		22,7 (17,7; 27,6)

Tabela 3. Prevalência de maus-tratos contra crianças, PMF Niterói/RJ, 2007.

Tipo de violência	Mãe (n = 246) % (IC95%)	Companheiro (n = 206) % (IC95%)	Responsável (n = 35) % (IC95%)	Total (n = 278) % (IC95%)
DNV	99,2 (98,0; 100,0)	93,69 (90,4; 97,0)	100 (100,0; 100,0)	99,6 (98,9; 100,0)
AP	95,9 (93,5; 98,4)	76,7 (70,9; 82,5)	94,3 (86,6; 100,0)	96,7 (94,7; 98,8)
PC	92,3 (88,9; 95,6)	66,0 (59,5; 72,5)	91,4 (82,1; 100,0)	93,9 (91,1; 96,7)
MTF	49,2 (42,9; 55,4)	29,6 (23,4; 35,8)	42,8 (26,4; 59,2)	51,4 (45,5; 57,3)
MTFG	18,3 (13,4; 23,1)	8,7 (4,9; 12,6)	8,6 (0,7; 17,8)	19,8 (15,1; 24,5)
MTFT	51,6 (45,4; 57,9)	30,6 (24,3; 36,9)	45,7 (29,2; 62,2)	52,9 (47,0; 58,7)

AP= Agressão psicológica, PC= Punição corporal, MTF= Maus-tratos físicos, MTFG= Maus-tratos físicos graves, MTFT= Maus-tratos físicos totais.

Tabela 4. Distribuição dos casos positivos de maus-tratos à criança segundo o perpetrador, na clientela adscrita ao PMF Niterói /RJ.

Tipo de violência	Somente mãe % (IC95%)	Somente companheiro % (IC95%)	Somente responsável % (IC95%)
AP	33,9 (28,2; 39,5)	1,5 (0,1; 2,9)	5,9 (3,1; 8,8)
PC	40,2 (34,1; 46,0)	1,6 (0,04; 3,0)	6,9 (3,8; 9,9)
MTF	50,3 (42,1; 58,5)	5,6 (1,8; 9,3)	6,3 (2,3; 10,3)
MTFG	63,6 (50,9; 76,3)	12,7 (3,9; 21,5)	3,6 (1,3; 8,6)
MTFT	50,3 (42,2; 58,4)	3,4 (0,5; 6,3)	6,1 (2,2; 10,0)

Tipo de violência	Mãe e companheiro % (IC95%)	Mãe e responsável % (IC95%)	Responsável e companheiro % (IC95%)	Total %
AP	52,4 (46,4; 58,4)	1,5 (0,1; 2,9)	4,8 (2,3; 7,4)	100,0
PC	45,9 (39,8; 51,8)	0,7 (0,3; 1,8)	4,7 (2,0; 7,1)	100,0
MTF	33,6 (25,8; 41,3)	0,7 (0,7; 2,1)	3,5 (0,5; 6,5)	100,0
MTFG	18,2 (8,0; 28,4)	0 (0; 0)	1,9 (1,7; 5,3)	100,0
MTFT	35,4 (27,6; 43,1)	0,7 (0,6; 2,0)	4,1 (0,9; 7,3)	100,0

AP= Agressão psicológica, PC= Punição corporal, MTF= Maus-tratos físicos, MTFG= Maus-tratos físicos graves, MTFT= Maus-tratos físicos totais.

Tabela 5. Prevalência de violência física contra a criança nos diferentes subgrupos, Niterói, 2007.

Características das famílias	N	Mau-trato físico	Mau trato físico grave	Mau-trato físico total
Criança				
Sexo				
Masculino	153	50,3	23,5	51,0
Feminino	125	44,8	15,2	47,2
	<i>p-valor</i>	0,36	0,08	0,53
Idade				
Menor ou = a 1 ano	15	20,0	13,3	33,3
Entre 2 e 5 anos	108	35,2	12,0	36,1
Entre 6 e 10 anos	155	59,3	25,8	60,0
	<i>p-valor</i>	0,00	0,02	0,00
Ordem de nascimento				
Primogênito	132	42,4	15,9	43,9
Segundo filho	65	53,8	26,1	53,8
Terceiro ou mais	81	51,8	21,0	54,3
	<i>p-valor</i>	0,22	0,22	0,24
Pais				
Idade materna				
< 20 anos	9	22,2	11,1	22,2
20 anos ou mais	265	49,4	20,4	50,9
	<i>p-valor</i>	0,11	0,50	0,09
Idade do companheiro				
< 29 anos	65	47,7	16,9	50,8
30 a 39 anos	82	53,6	21,9	54,9
> 40 anos	62	51,6	22,6	51,6
	<i>p-valor</i>	0,77	0,68	0,87
Escolaridade materna				
Até primeiro grau completo	195	49,2	22,0	50,8
Acima do segundo grau	75	45,3	14,7	46,7
	<i>p-valor</i>	0,57	0,17	0,55
Escolaridade do companheiro				
Até primeiro grau completo	146	53,4	23,3	54,1
Acima do segundo grau	48	43,7	12,5	45,8
	<i>p-valor</i>	0,24	0,11	0,32
Cor da mãe				
Branca	66	39,4	12,1	40,9
Outra	211	50,7	22,3	52,1
	<i>p-valor</i>	0,11	0,07	0,11
Cor do companheiro				
Branca	64	45,3	15,6	46,9
Outra	145	54,5	22,7	55,8
	<i>p-valor</i>	0,22	0,24	0,23
Mãe trabalha fora				
Não	164	42,7	14,6	44,5
Sim	113	55,7	27,4	56,6
	<i>p-valor</i>	0,032	0,009	0,047
Local de nascimento da mãe				
Niterói	183	44,2	20,2	46,0
Outros	92	54,3	19,6	55,4
	<i>p-valor</i>	0,114	0,898	0,136
Local de nascimento do companheiro				
Municípios do RJ	160	51,2	21,9	52,5
Outros	43	53,5	16,3	55,8
	<i>p-valor</i>	0,794	0,421	0,699
Mãe tem religião				
Não	69	56,5	21,7	58,0
Sim	208	45,2	19,2	46,6
	<i>p-valor</i>	0,103	0,651	0,103
Companheiro tem religião				
Não	86	59,3	25,6	60,5
Sim	123	46,3	17,1	48,0
	<i>p-valor</i>	0,065	0,134	0,075

As elevadas prevalências de maus-tratos à criança, nos diversos matizes e graus de gravidade dispostos na Tabela 3, indicam que os atos violentos são práticas comuns nas relações entre pais e filhos. Ao tentarem estabelecer limites através de ameaças, tapas e palmadas, os pais acabam por utilizar formas cada vez mais severas de agressão na resolução dos conflitos familiares, resultando num ciclo pernicioso e escalonado de violência intrafamiliar^{33,34}. A criança por seu temperamento, sua vitalidade e sua real necessidade de explorar o mundo se expõe freqüentemente à agressividade dos pais, tornando-se por vezes a “válvula de escape” das tensões familiares.

Extremamente comuns e banalizadas, as agressões psicológicas, bastante freqüentes entre as famílias estudadas, podem levar a conseqüências deletérias à saúde da criança, tais como a baixa auto-estima, o baixo rendimento escolar, os distúrbios de conduta, a agressividade, os distúrbios do sono e as doenças somáticas, por vezes pouco valorizadas, tanto pela sociedade que as produz quanto pelos profissionais de saúde, visto que comumente não demandam notificação ou outras formas de interferência^{1,16,17,35}. Neste mesmo contexto, a utilização da punição corporal como medida disciplinar vem sendo transmitida ao longo de muitas gerações como modelo a ser seguido pelos pais na educação de seus filhos. A permissividade da sociedade com relação à prática de atos desta natureza nas relações entre pais e filhos pode explicar a alta prevalência da situação na amostra estudada.

A banalização da utilização de atos de agressão física na educação infantil, também se manifesta nas altas taxas de violência física reportadas pelos entrevistados. Chama a atenção que praticamente uma entre cada cinco crianças seja vítima de maus-tratos físicos graves, tais como espancamentos, queimaduras e ameaças com faca ou arma. Tal achado é surpreendente e nos coloca em posição semelhante à de alguns países africanos e asiáticos, onde, por questões de baixo desenvolvimento econômico e/ou tradição cultural, a violência contra a criança é prática rotineira nas relações familiares. Alguns resultados de pesquisas recentes corroboram esta afirmação. Estudos internacionais que utilizaram a mesma estratégia de caracterização das situações de violência à criança do presente estudo estimaram que 4,8% nos EUA, 8% na Itália, 22% na Etiópia e 53% das crianças na Coreia são vítimas de formas graves de maltrato físico, confirmando assim o caráter universal do problema¹².

Ao comparar estas prevalências com as reportadas por pesquisas anteriores, que utilizaram

instrumento semelhante para caracterização das situações de violência, realizadas no estado do Rio de Janeiro, nota-se que aqui as estimativas são mais elevadas que as estimadas na capital. Pesquisa realizada no ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto no ano de 2002, por exemplo, estimou que 46% das famílias que traziam suas crianças ao ambulatório geral haviam praticado atos de violência física menor e que 9,9% delas perpetraram ações que caracterizavam situações de violência física grave, no ano anterior à entrevista⁴. Inquérito domiciliar recente realizado com clientela também vinculada a um Programa de Saúde da Família, no bairro da Lapa, RJ, apontou que 38,5% das famílias havia perpetrado atos de maus-tratos físicos menores e 9,0% de maus-tratos físicos graves no ano anterior à entrevista³⁶. Já ao se comparar os resultados do presente estudo com os provenientes de um realizado com crianças de idade entre 6 e 13 anos, matriculadas em escolas públicas de São Gonçalo, município vizinho à Niterói, observa-se que nossas estimativas são inferiores, já que no estudo citado, estima-se que a violência física grave perpetrada pelas mães e pais tenha ocorrido em 25,5% e 58,2% dos lares, respectivamente³⁷.

Mesmo que de forma exploratória, é possível propor algumas justificativas para as diferenças e as semelhanças das prevalências estimadas aqui com relação aos estudos anteriores. É possível que as altas taxas estimadas em Niterói e em São Gonçalo sejam decorrentes do perfil sócio-econômico da população. Como descrito anteriormente, os critérios iniciais de escolha para o cadastramento do PMF/Niterói priorizaram áreas de maior risco social. Esta priorização de áreas sociais mais vulneráveis delineia um perfil de clientela, que sujeita a variados fatores de estresse, se configura solo propício às práticas de violência na esfera familiar. A convivência cotidiana com atos de violência social “graves” acabaria por naturalizar outros, entendidos como de “menor gravidade”. Embora Niterói ocupe lugar de destaque no cenário nacional nas questões do desenvolvimento urbano, sofre como outros centros urbanos o com crescimento desorganizado das populações mais empobrecidas. Por ser o município de maior desenvolvimento da região metropolitana II e por sua proximidade com a capital do estado, acaba por atrair populações vizinhas que migram para seu território em busca de emprego e de sustentabilidade. Isto acarreta em crescimento desordenado e acirra as desigualdades sociais existentes, fatores habitualmente associados à violência familiar.

Por outro lado, é possível que as altas prevalências encontradas não sejam determinadas exclusivamente pelas condições sociais precárias da população adscrita ao PMF/Niterói. Assim como sugerido em estudos anteriores, é possível que as estimativas elevadas reflitam também a maior visibilidade do problema em populações menos favorecidas, que por considerarem os atos “menores” de violência como comuns/normais os revelam com maior facilidade^{38,39}. O fato da pesquisa ter sido conduzida por integrante da equipe de supervisão, com atuação rotineira nas áreas de abrangência das unidades de saúde selecionadas, também pode ter favorecido o relato das situações. Neste caso, o inquérito pode ter sido entendido pelas famílias como uma ação de saúde e vigilância do PMF/Niterói, minimizando seu caráter de investigação em questão tão delicada, e contribuindo como fator revelador das práticas disciplinares utilizadas pelas famílias na educação de seus filhos.

Outro ponto que merece comentário diz respeito ao perfil dos autores da violência contra a criança. Em consonância com a literatura, o presente estudo também identificou a mãe como principal perpetradora de maus-tratos físicos e psicológicos contra a criança no ambiente doméstico. Vários motivos vêm sendo aventados para explicar esta constatação. A maior proximidade física da criança; o maior tempo de permanência junto aos filhos; e a restrição à rotina doméstica, por lhes caber, culturalmente, o manejo das decisões cotidianas e a convivência doméstica, o que pode gerar um maior nível de estresse no trato com os filhos, são alguns dos mais suscitados^{8,15,34}. Vale ressaltar que apesar deste perfil, a maior parte dos atos de violência são praticados por ambos os responsáveis, o que impõe uma abordagem familiar no enfrentamento do problema em contraposição a uma ação unicamente voltada às mães.

Em termos do perfil da violência nos subgrupos estudados, salvo algumas exceções, o padrão não evidenciou grandes diferenças entre os subgrupos. Apenas se destaca a predominância de certas facetas do problema entre os meninos, e em crianças maiores de 6 anos; dados consoantes com a literatura, e com as estatísticas do País⁴⁰. Apesar de não ter havido diferença estatisticamente significativa na prática de violência contra criança entre pais que fazem uso abusivo de álcool e/ou drogas e os demais, as elevadas prevalências de uso destas substâncias na amostra estudada fazem com que o tema mereça atenção especial. Embora não haja um consenso na literatura a

respeito do papel do abuso de álcool e de drogas na gênese da violência contra crianças e adolescentes, diversos autores relacionam seu uso a comportamentos violentos assumidos, à negligência e ao abandono de cuidados com os filhos^{41,42}.

Diante das altas prevalências de diversas facetas da violência familiar é premente vislumbrar possibilidades de contribuição do Programa de Saúde da Família no enfrentamento da questão. Do ponto de vista das ações preventivas, o papel do PSF é incomensurável. As equipes de saúde estão muito próximas das famílias, seu alvo de atuação. Bem capacitadas, poderão identificar aquelas mais vulneráveis às relações violentas em seu cotidiano e criar protocolos de vigilância e de monitoramento para as de maior risco. Porque não? Se grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e acamados são considerados prioritários, há que se prever uma observação especial àqueles cujas vulnerabilidades, ligadas aos determinantes sociais, tais como o desemprego, os conflitos conjugais, os problemas ligados ao abuso de álcool e de drogas estejam presentes.

A grande adesão das famílias, às ações desenvolvidas nas unidades de saúde que participaram deste estudo, deve ser vista como um facilitador de medidas que visem o enfrentamento da violência contra a criança no âmbito do PSF. Por sua vez, a ênfase dada pelo Programa às ações de educação e de saúde também propicia espaços de atuação privilegiados. A inclusão da discussão sobre a necessidade de afeto nas relações entre pais e filhos e de estímulo e atenção para o perfeito desenvolvimento da criança nos grupos de educação em saúde, com a participação dos diferentes membros da família, pode ser um ponto de partida. A vinda da criança ao módulo, acompanhada por seu responsável, deverá constituir-se em espaço factível de educação em saúde, onde o tema possa ser dialogado com as famílias. A riqueza do vínculo família/equipe de saúde não pode ser desperdiçada. Como resalta um estudo anterior, realizado em 2002, também no município de Niterói, o papel do espaço dialógico entre profissionais de saúde e usuários, nas atividades de educação em saúde e nas visitas domiciliares sobre as questões cotidianas das famílias, é uma porta de entrada para a discussão do tema e a mudança de atitude⁴³.

A possibilidade das equipes de PSF exercerem um efeito provocador e, ao mesmo tempo, serem elos nas parcerias intersetoriais também parece promissora. Sem dúvida, a identificação de outros atores sociais no território parece se constituir em ponto crucial na formação de re-

des de proteção à criança. Já na área assistencial, as equipes devem estar aptas a detectar precocemente casos de práticas abusivas, evitando assim seu escalonamento em gravidade e cronicidade. Deverão prestar atendimento integral à família, envolvendo vítimas e abusadores; precisam saber utilizar o instrumento de notificação de violência aos Conselhos Tutelares de forma adequada, e trabalhar junto às famílias no sentido de desmistificar o caráter punitivo e criminalizatório que culturalmente se têm a respeito dos mesmos. O atendimento às vítimas e suas famílias deve ter caráter protetor, lembrando sempre que as famílias que experimentam as situações de violência, contanto que devidamente atendidas, continuam sendo a principal referência afetiva para aquela criança ou adolescente.

Considerações finais

No início do estudo havia uma sensação subjetiva, entre os gestores do PMF/Niterói, de que as equipes estariam melhor identificando os casos de violência familiar. De fato, as notificações ao Conselho Tutelar vinham aumentando progressivamente nos últimos anos⁴⁴. Porém, diante de tão elevada magnitude das diferentes formas de violência estimadas aqui, fica claro que as notificações representam apenas a ponta de um grande *iceberg*. É possível que o baixo grau de identificação de casos e a subnotificação aos Conselhos Tutelares seja decorrente das diferentes concepções e significados que os membros da equipe de Saúde da Família têm sobre a questão da violência familiar. A que e a quem atribuem sua origem, suas manifestações e conseqüências? Desta forma, avaliar a percepção das equipes sobre o

fenômeno também parece fundamental no âmbito do planejamento e da execução de práticas sanitárias que possam ser adotadas para o seu enfrentamento, incluindo desde a sensibilização e capacitação dos profissionais, até a supervisão das ações planejadas. Pesquisas com esta intenção devem ser estimuladas.

Há que se ressaltar que o município de Niterói vem buscando há alguns anos encontrar soluções para as questões da violência estrutural e social, estabelecendo políticas públicas que, de fato, impactem sobre a qualidade de vida da população. Com referência à violência familiar, o município incentivou a formação de redes de proteção à criança e adolescente, buscou o fortalecimento dos Conselhos Tutelares, além de projetos sociais⁴⁴. Mas, diante da multicausalidade da violência familiar contra as crianças e os adolescentes, pesquisadores e gestores são desafiados a construir e a utilizar modelos teóricos cada vez mais inclusivos. As altas estimativas encontradas aqui ratificam a necessidade de uma abordagem familiar, transdisciplinar, intersetorial e em rede para o enfrentamento do problema.

Por fim, cabe ressaltar que, ainda que ajustes se façam necessários, dada a grande extensão territorial de nosso país, que impõe demandas tão distintas, a reorganização do modelo assistencial da atenção básica em saúde, e a ampla cobertura do PSF representam um grande avanço no campo do enfrentamento da violência contra a criança no escopo das ações do campo da saúde coletiva. Seria impossível pensar em mecanismos de promoção de saúde, nos seus conceitos mais ampliados, sem que este nível de atenção à saúde não estivesse participando diretamente de um trabalho inter e multidisciplinar de combate às violências em suas mais variadas manifestações.

Colaboradores

PCX Rocha participou da elaboração do projeto, trabalho de campo, análise de dados e redação do artigo. CL Moraes participou da elaboração do projeto, análise de dados e redação do artigo.

Referências

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Pinheiro PS. *World Report on Violence Against Children* 2006:45-96.
- Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B Textos Básicos de Saúde).
- Moura ATS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1124-1133.
- Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad Saude Publica* 1994; 10(Supl. 1):126-134.
- Avanci J, Assis SG, Oliveira R, Pires T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):383-394.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Belsky J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychol Bull* 1993; 114(3):413-434.
- Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
- Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Supl.):1259-1267.
- Minayo MC, Souza ERS. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 1998; IV(3):513-531.
- Minayo MC. A Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saude Publica* 1994; 10(Supl. 1):7-18.
- Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saude Publica* 2002; 34(6):659-665.
- Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "Prevenção numa hora dessas?" *Cien Saude Colet* 1999; 4(1):481-494.
- Deslandes SF, Gomes R, Veiga MM, Bhering C, Santos JFC. Porque as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saude Publica* 2002; 18(3):707-714.
- Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2926-2936.
- Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):349-361.
- Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- Hubner LCM, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios de e diretrizes do SUS. *Physis* 2007; 17(1):173-191.
- Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. *Epiinfo, Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers*. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control; 1990.
- ABEP. 30 junho 2007. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. [acessado 2003 maio]. Disponível: <http://www.abep.org/codigosguais>
- Moraes, CL, Viellas, EF, Reichenheim, ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol* 2005; 66(2):165-173.
- Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18(5):1156-1161.
- Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *J Med Biol Res* 1983; 16(3):215-218.
- Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131(10):1121-1123.
- Smart RG, Arif A, Hughes PH, Mora MEM, Navaratnam V, Varma VK, Wadud KA. Drug use among non-student youth. *WHO Offset Publ* 1981; 605-658.
- Hasselmann MH, Lopes CS, Reichenheim ME. Confiabilidade das aferições de um estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Rev Saude Publica* 1998; 32(5):437-446.
- Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento "Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC)" utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cad Saude Publica* 2003; 19(6):1701-1712.
- Straus MA, Hamby SH, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl* 1998; 22(4):249-270.
- Reichenheim ME, Moraes CL. Psychometric properties of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales: Parent-child Version (CTSPC) used to identify child abuse. *Cad Saude Publica* 2006; 22(3):503-515.
- R Development Core Team. *R (software)*. "R" Foundation Statutes; 2007.

32. CONEP. *Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
33. Straus MA, Gelles RJ. *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publisher; 1995.
34. Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin R. *Family violence across the lifespan: An introduction*. London: Sage Publications, Inc.; 1997.
35. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Consequences of family violence to the health of children and adolescents: contributions to action proposals. *Cien Saude Colet* 1999; 4(1):109-121.
36. Martins N. *Deteção da violência familiar contra a criança na população adscrita do PSF-LAPA-RJ*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2007.
37. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Oliveira RVC, Furtao LX. *A violência familiar produzindo reversos: problemas de comportamento em crianças escolares* [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves; 2007.
38. Petridou E, Belechri M. Poverty and injury risk among children: always together? *Soz Praventivmed* 2002; 47(2):65-66.
39. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência Doméstica Contra Criança (Parte I). *J Pediatr (Rio J)* 1995; 71(6):313-316.
40. Brasil. Ministério da Justiça. Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA). INFO SIPIA 2003. [acessado 2003 ago 30]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sipia/>
41. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, James SA. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1):45-54.
42. Fagan J. Interactions among drugs, alcohol and violence. *Health Affairs* 1993; 12(4):65-79.
43. Cavalcanti MLT. *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades* [tese]. Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Rio de Janeiro: 2002.
44. Barros NV. *Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social* [tese]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2005.

Artigo apresentado em 03/05/2009

Aprovado em 28/08/2009

Versão final apresentada em 04/09/2009