Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Violência doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo

Janaína Maria Ralo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.
Orientadora: Profª. Dra. Néia Schor

São Paulo
2013

Violência doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo

Janaína Maria Ralo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.
Orientadora: Profª. Dra. Néia Schor

São Paulo
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

AGRADECIMENTOS

Escrever essa seção é reviver todo processo de construção desse trabalho; envolve gratidão e até nostalgia. Correrei, aqui, o risco de ser injusta e esquecer-me de alguém que, de alguma forma, contribuiu para que esse fosse concretizado, mas maior injustiça ainda seria não fazê-lo.

À professora orientadora Dra. Néia Schor pela parceria, enriquecimento desse trabalho através do seu conhecimento e pelos desafios que foi me propondo ao longo da trajetória: foram estimulantes.

Ao professor doutor Carlos Tavares, pela contribuição metodológica, discussões e sugestões para que esse fosse efetivado.

À professora Ana Flávia, pelas discussões e sugestões apresentadas mediante vasta experiência no que diz respeito ao tema.

Ao Bruno Zocca, Lúcia Lemos, Patrícia Carla, Patrícia Lhacer, Ludmila Ramos, Natália Stofel, Rosário Avellaneda, pela "divisão" do conhecimento, pelas discussões, sugestões, desabafos, apoio e pela amizade.

Aos colaboradores do Programa de pós-graduação em Saúde Pública, em especial aos do departamento de Saúde Materno Infantil pela contribuição ao processo. Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e compreensão. Aos docentes pelos conhecimentos transmitidos.

Às instituições de ensino e aos adolescentes que receberam a pesquisa com respeito e carinho. Mais do que contribuir para a pesquisa e à minha formação acadêmica, contribuíram para minha formação profissional e pessoal.

Em especial aos meus pais, meu irmão, ao parceiro e companheiro Rafael Ribeiro e ao amigo Valter Silva, que contribuíram para que o percurso fosse menos árduo: o apoio de vocês foi determinante para que esse fosse concluído.

A todos que, direta ou indiretamente, de perto ou de longe, e em qualquer etapa participaram da trajetória da construção desse trabalho.

E ao final dessa etapa, posso dizer que o percurso em si foi o mais interessante, e fica a convicção de que valeu a pena.

RALO JM. Violência Doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência da violência doméstica, estimar fatores relacionados e descrever a percepção de violência em geral e doméstica de adolescentes escolares. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal realizado com 656 adolescentes com idade entre 11 a 17 anos da rede pública de ensino da região do extremo sul do município de São Paulo no ano de 2012. A análise descritiva foi apresentada por meio de proporções, médias e desvio padrão. Diferenças nas proporções entre os grupos de vitimizados e não vitimizados por violência doméstica foram, primeiramente, comparados em relação a cada fator individualmente por meio de teste de Qui Quadrado de Pearson ou Exato de Fischer. Para análise simultânea dos fatores foi utilizada a regressão de Poisson ajustada pela estimativa robusta de variância considerando-se nível de significância de 5%. A violência doméstica nos seis meses anteriores à pesquisa foi analisada como desfecho. As variáveis independentes consideradas foram: sociodemográficas e consumo de álcool e drogas por familiares. **Resultados:** Dentre os 656 adolescentes, 38,9% (n= 255) referiram ter sido vítima de violência doméstica. Mulheres foram vitimizadas em maior frequência (44,1%). Fatores significativa e positivamente associados à vitimização por violência doméstica foram: ser do sexo feminino (RP= 1,47; IC 95%: 1,20; 1,80) e morar somente com o pai (RP= 1,52; IC 95%: 1,11; 2,08). Adolescentes apresentam boa percepção acerca da violência de modo geral, no entanto, ao considerar a violência no âmbito doméstico, não se reconhecem como vítimas potenciais dessa violência. **Conclusões:** estudos epidemiológicos, como este, são necessários para desvelar a realidade da violência doméstica e auxiliar a construção de políticas públicas intersetoriais de promoção de saúde, uso de substâncias psicoativas e cultura de paz, a fim de romper com o ideal de violência como método disciplinador de educação.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Doméstica; Adolescente, Consumo de Bebidas Alcoólicas; Drogas Ilícitas, Percepção.

RALO JM. Domestic Violence among school adolescents in São Paulo [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of domestic violence, estimate factors associated and describe the perception of violence in general and domestic among school adolescents. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 656 adolescents aged 11 to 17 years from public schools of the extreme south of the city of São Paulo in 2012. The descriptive analysis was presented using proportions, means and standard deviations. Differences in proportions between groups victimized and not victimized by domestic violence were first compared in relation to each factor individually through Chi square test or Fisher exact. For simultaneous analysis of the factors was used Poisson regression adjusted by robust estimate of variance at a 5 % significance level. Domestic violence in the six months previous to the survey was analyzed as an outcome. The independent variables considered were: sociodemographic and consumption of alcohol and drugs by family members. **Results:** Among the 656 adolescents, 38,9% (n = 255) reported having been a victim of domestic violence. Women were victimized more frequently (44,1%). Significantly and positively factors associated with victimization by domestic violence were: being female (PR = 1,47; 95% CI: 1,20; 1,80) and living alone with her father (PR = 1,52; 95% CI: 1,11; 2,08). Adolescents have good perception about violence in general, however, when considering violence domestically, do not recognize themselves as potential victims of this violence. **Conclusions:** Epidemiological studies such as this are needed to reveal the reality of domestic violence and help build intersectoral public politics to promote health, psychoactive substances and a culture of peace, in order to break with the ideal violence as a method of disciplining education.

KEY WORDS: Domestic Violence; Adolescent; Alcohol Drinking; Street Drugs, Perception.

Sumário

1. INTRODUÇÃO 15
1.1 ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA COMO QUESTÃO SOCIAL E DE SAÚDE PÚBLICA: A ATUAL CONFIGURAÇÃO DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE..... 15
1.2 SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SUAS MODALIDADES E COMPLEXIDADE 19
1.2.1 Conceitos e aplicações..... 19
1.2.2 Tipos de Violência Doméstica..... 23
1.3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E ADOLESCÊNCIA: O LUGAR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS 26
1.3.1 Adolescência e Adolescências..... 26
1.3.2 Adolescência e Violência Doméstica: a questão da (in)visibilidade 29
2. HIPÓTESE 33
3. OBJETIVOS..... 33
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 34
4.1 LOCAL DE ESTUDO..... 34
4.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO 37
4.3 TAMANHO DA AMOSTRA..... 40
4.4 PLANO AMOSTRAL..... 42
4.5. COLETA DE DADOS 44
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 45
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS..... 51
4.8 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS..... 53
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 54
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS 54

5.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA 60
5.2.1 Violência doméstica: da proteção à vulnerabilidade 60
5.2.2 Sobre dividir a experiência de violência 69
5.2.3 Buscando ajuda 71
5.2.4 Consumo de álcool e drogas por adolescentes e acesso a serviços de saúde e lazer: aproximações com vitimização por violência doméstica 74
5.2.5 Sobre cuidados a saúde e atividades de lazer 76
5.2.6 Prevalência de violência doméstica entre familiares e reprodução de comportamentos violentos 82
5.2.7 Consumo de álcool e drogas por familiares 86
5.2.8 O adolescente como perpetrador de violência em diversos contextos: reprodução de modelos? 88
5.3 PERCEPÇÃO DE VIOLÊNCIA 94
5.3.1 Violência vivida x violência percebida 95
5.3.2 Reconhecendo a violência no entorno 100
5.3.3 (Re) conhecendo a violência em si e no outro 104
5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS POR FAMILIARES 108
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 115
7. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO 118
ANEXOS 138
Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Escolas e Secretarias de Educação) 139
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pai ou responsável) 141
Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Aluno) 143
Anexo 4. Folder informativo: locais de atendimentos às vítimas de violência doméstica 145
Anexo 5. Instrumento de Coleta de Dados (Questionário) 146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Nomenclatura atual preconizada para os anos de estudo do Ensino Fundamental.....38
Tabela 2 – Correspondência das nomenclaturas antigas e atuais e faixas etárias esperadas para os anos de estudo do Ensino Fundamental.....39
Tabela 3 - Correspondência das nomenclaturas e faixas etárias esperadas para os anos de estudo do Ensino Médio.....39
Tabela 4 – Distribuição em número de escolares, turmas, por sexo, segundo ano de estudo e escolas elegíveis ao estudo. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2011).....42
Tabela 5 - Alocação Proporcional do número de turmas elegíveis, escolares elegíveis e número de escolares alocados proporcionalmente e estimativa do número de turmas a serem sorteadas por ano de estudo, segundo ano de estudo e escolas de ensino fundamental e médio. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2011) 43
Tabela 6 - Número e proporção de adolescentes em estudo segundo características sociodemográficas e sexo. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....56
Tabela 7 - Prevalência de violência doméstica entre adolescentes do estudo segundo sexo - Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....62
Tabela 8 – Distribuição de vitimização segundo sexo - Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....65
Tabela 9 – Relato da situação de violência segundo sexo - Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....70
Tabela 10 – Consumo de álcool e drogas por adolescentes do estudo, segundo sexo e vitimização ou não por violência doméstica - Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....74

Tabela 11 – Prevalência de violência doméstica entre familiares dos adolescentes em estudo e agressores segundo vitimização ou não por violência doméstica e sexo. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012.....83
Tabela 12 – Distribuição da relação parental do adolescente com o familiar vitimizado e perpetrador da violência doméstica segundo sexo e vitimização ou não por violência doméstica. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....84
Tabela 13 – Percentual de respostas afirmativas a situações de violência por adolescentes do estudo segundo sexo, tipologia e vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....98
Tabela 14 – Distribuição das situações de violência por tipos segundo percepção dos adolescentes, sexo e vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....99
Tabela 15 - Conhecimento de pessoas que vivenciaram situação de violência segundo vitimização ou não por violência doméstica e sexo - Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....107
Tabela 16 - Distribuição dos adolescentes escolares segundo violência doméstica e possíveis variáveis associadas - Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....110
Tabela 17 – Estimativas do modelo univariado de regressão de Poisson com variância robusta para violência doméstica. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....111
Tabela 18 - Estimativa do modelo múltiplo de regressão de Poisson com variância robusta para violência doméstica. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....112

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Município de São Paulo. Distrito administrativo de Parelheiros em destaque.....36
Figura 2 – Distrito Administrativo de Parelheiros. Bairro Vargem Grande em destaque 36
Figura 3 – Distribuição percentual dos adolescentes do estudo segundo sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....54
Figura 4 – Prevalência de vitimização por violência doméstica entre adolescentes pesquisados – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....61
Figura 5 – Perfil dos adolescentes vítimas de violência doméstica, segundo características sociodemográficas - Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....64
Figura 6 - Percentual de adolescentes vitimizados por violência doméstica que procuraram serviço de saúde em decorrência do evento, segundo sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....72
Figura 7 - Percentual de adolescentes do estudo que procuraram serviço de saúde nos seis meses anterior à pesquisa, segundo vitimização ou não por violência doméstica e sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....77
Figura 8 - Percentual de adolescentes do estudo em relação à referência a atividades de lazer existentes no bairro, segundo vitimização ou não por violência doméstica e sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....79
Figura 9 - Prevalência de vitimização por violência doméstica entre familiares dos adolescentes pesquisados – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....82

Figura 10 - Percentual de consumo de álcool e drogas por familiares dos adolescentes do estudo segundo vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....87
Figura 11 - Prevalência de agressão a outros entre adolescentes do estudo segundo sexo e vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....89
Figura 12 - Percentual de adolescentes do estudo que responderam afirmativamente a todas as proposições sobre violência segundo sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....96
Figura 13 - Percentual de adolescentes do estudo que consideravam o bairro violento no momento da pesquisa segundo vitimização por violência doméstica ou não – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....101
Figura 14 - Agressores dos adolescentes que consideraram ter sido vítima de violência em algum momento da vida segundo vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).....105

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados sobre violência referente ao Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP.....102

SIGLAS UTILIZADAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS)

APA – Área de Proteção Ambiental

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBEM – Fundação para o Bem Estar do Menor

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

PNE – Plano Nacional de Educação

EF – Ensino Fundamental

EM – Ensino Médio

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HTPC – Horário de Trabalho Pedagógico Complementar

ONG – Organização Não Governamental

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UBS – Unidade Básica de Saúde

AMA – Atendimento Médico Ambulatorial

PS – Pronto Socorro

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

HG – Hospital Geral

CNS- Conselho Nacional de Saúde

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IML – Instituto Médico Legal

WHO – World Health Organization

x - Versus

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

OR – Odds Ratio

1. INTRODUÇÃO

1.1 ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA COMO QUESTÃO SOCIAL E DE SAÚDE PÚBLICA: A ATUAL CONFIGURAÇÃO DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

A violência sempre esteve presente na história das civilizações e gradativamente vem se destacando pelos seus crescentes índices, implicando um grande impacto no perfil de morbidade e mortalidade da população.

De acordo com Levisky (1998), está presente em nossa sociedade, nas ruas, dentro das casas, nas escolas, empresas, instituições, nos meios de comunicação. De crimes hediondos - cada vez mais freqüentes - a formas mais tênues de violência, como a falta de cidadania e perda da solidariedade, autores de tais práticas desvalorizam o próximo sem que se dêem conta de que se estão menosprezando a si mesmos.

Desse modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) divulga, através do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que em todo o mundo, a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de Saúde Pública, pois como afirma Agudelo (1990), "ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou possibilidade próxima".

A violência não é um problema específico da área da saúde, mas ela afeta a saúde, constituindo-se como problema da sociedade, que desde a modernidade o tem tratado no âmbito da justiça, da segurança pública, e também como objeto de movimentos sociais (Minayo, 1994; 1999).

No entanto, destaca-se que "toda reflexão teórico-metodológica acerca da violência pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto" (Minayo e Souza,1997, p.514), pois se trata de uma realidade pluricausal, cujas especificidades necessitam ser conhecidas.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a OMS define a violência como "o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça,

contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (OMS, 2002, p.5).

Desse modo, os incidentes não intencionais – tais como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais – estão excluídos da definição.

Portanto, definir os resultados somente em termos de lesões ou mortes limita a compreensão da totalidade do impacto da violência sobre as pessoas, às comunidades e a sociedade como um todo, definindo-a estritamente em relação à saúde ou ao bem-estar das pessoas (OMS, 2002).

Já segundo a portaria Nº 737 de 16/05/01 intitulada Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

> "os acidentes e as violências configuram-se como um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões auto provocadas)" (BRASIL, 2001a, p.3).

Os referidos conjuntos de eventos supracitados constam na Classificação Internacional de Doenças – CID – em sua 10ª edição sob a denominação de Causas Externas de Morbidade e Mortalidade expressa no capítulo XX (BRASIL, 2010).

Consonante com índices da base de dados do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), em 2010 ocorreram 143.256 óbitos por Causas Externas, ficando atrás somente dos 326.371 óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório e dos 178.990 por Neoplasias–Tumores (BRASIL, 2010). Contudo, desse total de óbitos por causas externas, aproximadamente 43% foram ocasionados por Agressões e Lesões Autoprovocadas.

Dentre os óbitos por causas externas no ano de 2010, 2.458 desses ocorreram entre indivíduos de faixa etária compreendida entre 10 a 14 anos e 13.774 dentre os de 15 a 19 anos, ou seja, aproximadamente 11% dos óbitos por causas externas aconteceram entre adolescentes.

Observa-se assim, que o atual perfil - antes caracterizado pela alta mortalidade por doenças infecciosas - evolui progressivamente para outro no qual predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas –

em que a violência está contida - e por outras doenças consideradas crônico-degenerativas, processo esse denominado por Omran (1971) como transição epidemiológica.

Embora contribua pouco para mortalidade por causas externas, a violência doméstica apresenta-se como problema expressivo e que acarreta consequências sérias e duradouras para indivíduos, famílias e sociedade; uma vez que todo processo violento inibe, modifica e enfraquece tanto a qualidade como a capacidade de vida (MINAYO e SOUZA, 1999; PEDEN et. al., 2008).

Destarte, segundo Minayo (1994) a violência nessa etapa da vida prejudica tanto as vítimas quanto seus familiares, amigos e comunidade, cujas consequências vão desde prejuízo à qualidade de vida, até doença, morte ou invalidez. Onera altos custos aos serviços de saúde e bem-estar social, culminando por abalar o arcabouço da sociedade quando considerados os anos potenciais de vida perdidos, uma vez que se encontram em idade economicamente ativa.

De acordo com temático do Ministério da Saúde sobre as vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas durante os anos de 2006 e 2007, em unidades de referência para atendimento de vítimas de violências, em 27 municípios brasileiros, observa-se que 74% (6.636) das vítimas eram do sexo feminino. Dentre as mulheres, aproximadamente 28% tinham entre 10 e 19 anos de idade. Entre adolescentes, 78% dos casos notificados foram entre o sexo feminino; e em 12% dos casos o pai foi o principal agressor (BRASIL, 2008). Assim, se ratifica que fundamentalmente a violência doméstica pauta-se pela perspectiva de gênero, o que corrobora com a grande produção científica da temática em que sujeitos de pesquisa são preferencialmente mulheres (MARINHEIRO, 2003; D' OLIVEIRA et. al., 2009; BOTT et. al., 2012).

Igualmente se evidencia quanto à violência por parceiro íntimo em que se encontra estreitamente ligada às relações de dominação do homem sobre a mulher e à aceitação da violência (Counts et. al., 1992; Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, 2002), cujo silêncio e invisibilidade do qual se reveste a questão também integram as questões de gênero, e, portanto, "são realidades que podem e devem ser abordadas no plano psicoemocional, sócio- cultural e ético-político, para uma aproximação primeira de sua complexidade" (SCHRAIBER et. al., 2003, pg. 42).

De acordo com dados do estudo de Waiselfisz (2012), 62,7% dos casos de violência registrados entre adolescentes de 10 a 14 anos ocorreram na própria residência; dentre os que tinham 15 a 19 anos 51,4% ocorreram no mesmo local, com predomínio da violência física.

Fundamentada pelo aumento expressivo de mortes e traumas ocorridos por causas violentas na região das Américas, a Saúde incorpora a violência à sua agenda no final dos anos 80, uma vez que o contexto exigia um posicionamento do sistema acerca da problemática (MINAYO, 1994).

No esforço da autora em determinar o lugar da violência no campo da Saúde Pública, destaca a violência estrutural, uma violência (in) visível, determinada pela resistência às condições de desigualdade, pela falta de condições mínimas de sobrevivência na própria família, em que "não só confronta os indivíduos uns com os outros, mas também os corrompe e impulsiona ao delito" (Minayo, 1994, p. 8), designada violência de delinquência.

É sob essa lógica que se reforça o lugar de excluído, muitas vezes impulsionado pela perseguição do ideal de sociedade de consumo que algumas vezes se expressa também pela agressão física, quando então tornar-se-ia mais ou menos visível.

O que se observa é que adolescentes e jovens constituem um dos alvos preferenciais das manifestações violentas – preferencialmente a física, dado o atual perfil de morbimortalidade por causas externas em que essa faixa etária tem sido privilegiada – principalmente no que concerne aos acidentes de trânsito, lesões autoprovocadas voluntárias (inclusive suicídios) e agressões (BRASIL, 2011a).

No entanto, a violência doméstica apesar de estar contida nesse perfil, apresenta dificuldades para ser determinada com precisão, uma vez que sua ocorrência encontra-se subnotificada. E por ocasionar em menor proporção situações que culminem em óbitos, dificulta um panorama das suas manifestações, contribuindo para sua realidade velada.

1.2 SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SUAS MODALIDADES E COMPLEXIDADE

1.2.1 Conceitos e aplicações

A década de 80 enunciou discussões de fomento ao tema da violência doméstica através do movimento social feminista, no qual posteriormente, foi incorporado entre feministas americanas e brasileiras "a noção de violência doméstica, tornando pública e condenável uma situação antes corriqueira e estritamente do domínio privado" (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999, p. 13).

No entanto, ainda segundo as autoras, apesar da violência contra a mulher ter subsidiado o início das discussões acerca da violência doméstica, o termo não deixa de ser referência para outros grupos, tais como crianças, adolescentes, idosos e homens vitimizados, sendo impossível excluí-las da posição de agente de perpetração dessa prática.

Portanto, a antiga idéia de que o delinqüente era um estranho que se esconderia numa rua escura vem mudando sua face, e à luz observam-se feições bastante conhecidas, familiares (DAY et. al., 2003).

Isso se dá no momento em que a violência passa a se manifestar no ambiente familiar, se se considerar como Sarti (2001), que a família é o filtro pelo qual se começa a ver e a significar o mundo.

> "A família é constituída por parentes consangüíneos e/ou afins: consangüíneos são aqueles que têm o mesmo sangue; afins são os que se tornam parentes pela via do casamento. Há, por conseguinte, no mínimo, duas noções de família: a que reúne parentes em um mesmo domicílio, geralmente a família nuclear, mas eventualmente a extensa; e a família em sentido amplo, isto é, o grupo de parentesco, ocupando vários domicílios" (Saffioti, 1997, p. 4).

Pois, a família é um grupo de reprodução biológica e social, não bastando aos casais cumprir seu papel geracional; "é preciso criá-los, ensinando-os a desempenhar os papéis sociais específicos de cada idade, de cada gênero (masculino/feminino), de cada raça/etnia, de cada classe social" (Saffioti, 1997, p. 4).

Intitulada ora violência doméstica, ora violência intrafamiliar/familiar, tais eventos não são fenômenos da contemporaneidade.

De acordo com Azevedo & Guerra (1989) relatos de filicídios, de maus-tratos, de negligências, de abandonos, de abusos sexuais são encontrados na mitologia ocidental, constituindo-se parte da história cultural da humanidade. E que, apesar de ser empregada - ainda que erroneamente - com valoração sinonímica, Saffioti (1997) demonstra que existem particularidades, ainda que sutis, entre a Violência Doméstica e a Violência Intrafamiliar, após a realização de uma análise das contradições existentes na construção dos sujeitos históricos, considerando gênero, raça/etnia e classe social.

Ainda de acordo com a autora, o que as difere é o fato de a Violência Doméstica instalar-se entre pessoas que não mantêm vínculos de consangüinidade ou afetivos, ou seja, que não apresentam função parental, e que convivam no espaço doméstico, enquanto que a ocorrência de Violência Intrafamiliar se dá entre pessoas com vínculos consangüíneos e/ou afetivos, não havendo obrigatoriedade de ocupação do mesmo ambiente doméstico.

Em linhas gerais, pode ser compreendida como

> "toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue" (DAY et. al., 2003, p.10).

No entanto, de acordo com Saffioti (1997) apesar de não haver obrigatoriedade de esses parentes ocuparem o mesmo domicílio para caracterizar violência intrafamiliar, a probabilidade de ocorrências violentas é maior quando eles habitam sob o mesmo teto, convivendo cotidianamente.

Assim, "a violência doméstica não se limita à família, nem às quatro paredes do domicílio, porém a maioria das ocorrências de violência doméstica ou se dá no domicílio da vítima, ou no da vítima e do agressor" (SAFFIOTI, 1997, p.6).

Dessa forma, frente à perspicácia do qual os conceitos estão imbuídos, são parcialmente sobrepostos, uma vez que "a violência familiar pode estar contida na

doméstica. Quando o agressor é parente da vítima, trata-se via de regra, de violência familiar e doméstica" (FERREIRA, 2002, p.24).

Diante do exposto, crianças e adolescentes foram grupos que demandaram grande atenção e investimento dos pesquisadores, no que concerne aos temas do campo de estudos acerca do impacto da violência sobre a saúde, pois crianças e adolescentes costumam ser vítimas privilegiadas, ora por serem hierarquicamente menos poderosas, ora pela dependência familiar (ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

Portanto, o conceito de violência doméstica aplicado a grupos de crianças e adolescente se define por

> "todo ato de omissão, praticados por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (AZEVEDO e GUERRA, 1995, p. 36; 1997).

Desse modo encerra uma transgressão do poder disciplinador de um adulto, uma negação do valor de liberdade, um processo que aprisiona a vontade e o desejo da criança ou do adolescente (AZEVEDO & GUERRA, 1994).

Menezes e Brasil (1998) enfatizam ainda que as questões que levam crianças e adolescentes para a situação de rua estão ligadas tanto à situação econômica da família e à fragilidade de sua organização, quanto à exploração da criança, violência familiar e/ou comunitária, pois, quando "a situação na família é difícil e ameaçadora, na rua podem sentir-se um pouco mais aliviados e encontrar, no grupo, forma de proteção contra os perigos" (ASSIS e CONSTANTINO, 2003, p.168).

Estudos sugerem que condições socioeconômicas desfavoráveis configuram risco para a violência por parceiro íntimo (Jewkes, 2002; Kishor e Jhonson, 2004), no qual eventos desencadeados tanto pela precariedade das condições, quanto pela restrição do acesso a bens e serviços fundamentariam as associações, que encerram motes relativos ao gênero (D' OLIVEIRA et. al. 2009).

No entanto, a concepção de que a violência doméstica seria prática exclusiva entre famílias de classes sociais desfavorecidas está fortemente relacionada ao fato de as populações analisadas serem invariavelmente, de baixo poder aquisitivo, já que essa é a clientela atendida nos serviços públicos e normalmente avaliados nas

pesquisas. O que pode ser ilustrado por estudos como o de Ferriani e Bertolucci (2008) realizado com crianças e adolescentes abrigados no Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vitimizados no município de Ribeirão Preto, o de Vagostello et. al. (2003) em escolas públicas do município de São Paulo e o de Tomio (2000) cuja investigação se deu junto ao Conselho Tutelar do município de Itajaí – SC.

Assim, "por essa maior visibilidade, tanto na bibliografia nacional, quanto internacional, costuma-se divulgar, erroneamente, que a população de estratos sociais mais baixos se envolve mais com a violência familiar" (ASSIS e CONSTANTINO, 2003, p. 177). Pois, entre indivíduos desses estratos há tanto maior interesse por parte dos pesquisadores em estudá-los, quanto maior aceitação em relação à participação de estudos científicos, o que confere maior visibilidade e conhecimento das realidades inerentes a esse grupo.

No entanto, Assis (1995) em estudo sobre a violência física familiar realizado com escolares do município de Duque de Caxias – RJ, verificou que a prevalência do evento entre adolescentes de escolas pública foi de 49,4% e dentre os que estudavam em escolas particulares foi de 45,7%, evidenciando a expressividade e magnitude da violência doméstica e a relação de igualdade estabelecida entre os estratos sociais.

Logo, "a violência doméstica se caracteriza como uma violência intra-classes sociais, que permeia todas as classes sociais, enquanto uma violência de natureza interpessoal" (AZEVEDO e GUERRA, 1994, p.27). Do contrário, continuaremos a patologizar o fenômeno, explicando-a como doença inata, herdada por alguns indivíduos, reduzindo-a a doença social, doença da pobreza, cujas explicações ideologizantes mascaram o caráter amplo e irrestrito da violência, no qual, nenhuma classe social, religião ou etnia estão imunes (AZEVEDO & GUERRA, 2006).

Diante das acepções apresentadas em relação à terminologia das violências, para fins desse estudo, optar-se-á por abordar a questão da violência doméstica – e não só a intrafamiliar - dada a complexidade do tema que envolve uma concepção de família, para além da consangüinidade, e especificamente ao grupo dos adolescentes.

1.2.2 Tipos de Violência Doméstica

Para caracterizar as diferentes formas de violência das quais as crianças e os adolescentes são vítimas, observam-se dois processos não excludentes:

- "a vitimação: conseqüente das situações de desigualdades sociais e econômicas;
- a vitimização: conseqüente das relações interpessoais abusivas adulto-crianças, presentes em todos os estratos sociais" (Azevedo e Guerra (1989, p.37).

Logo, pode-se afirmar que crianças e adolescentes vitimados podem estar sendo também vitimizados e vice-versa.

Assim, de acordo com BRASIL (2001b), esse tipo de violência pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade.

São elas:

- Violência física: ocorre quando alguém em relação de poder a outro, causa ou tenta causar dano por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que possa provocar ou não lesões internas e/ou externas, como tapas, empurrões, socos, queimaduras, cortes, ameaças com armas ou outros objetos;
- Violência sexual: toda ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais, como carícias não desejadas, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada, exposição obrigatória à material pornográfico, exibicionismo ou uso de linguagem erotizada;
- Violência psicológica: toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularização, exploração, ameaças, privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.)

- Violência de negligência: todo ato de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, alimentação, higiene, educação, habitação e sustentação emocional.

Em estudo sobre prevalência de violência e caracterização desta quanto ao tipo, severidade e agressores entre usuárias (15 a 49 anos) de um serviço de atenção primária à saúde no município de São Paulo, Schraiber et. al. (2003) verificou tendência marcante em definir violência em termos de agressão física, e que, apesar da maioria dessas referirem alguma agressão não consideraram haver sofrido violência na vida. Situações de violência em sua maioria ocorreram no ambiente doméstico, no entanto, ao nomearem a violência vivida a referência à violência doméstica não apareceu no qual se verificou uma banalização do ocorrido já que consideraram-na uma "coisa normal" (grifo do autor).

O que se observa é que a violência é intimamente associada ao tipo físico, uma vez que produz sintomas visíveis e de fácil identificação/diagnóstico. No entanto, desvela-se a não percepção de situação de violência doméstica permeada pelas relações hierárquicas de gênero e aceitação da situação em que parece haver uma diferenciação entre o que acontece com a vítima e o que ocorre em geral na sociedade levando ao não reconhecimento da violência do âmbito doméstico como violação do direito.

Sendo assim, as percepções individuais e sociais da violência são determinantes para a compreensão da gênese do problema, uma vez que, por se constituir no âmbito das relações humanas, muitas vezes passa a ser encarada como parte da natureza humana (WIEVIORKA, 1997; MINAYO et. al., 1999).

Desse modo, perpetradas entre os diversos familiares/parentes e em suas formas diversas, a violência encontra-se inegavelmente articulada à discussão de gênero, uma vez que, "gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado" (SCOTT, 1995, p.88).

Gênero é, ao lado de raça/etnia e classe social, um dos principais conjuntos de regras construídas socialmente "para reger o comportamento de homens e mulheres, de brancos e negros, de ricos e pobres, de crianças, adultos e velhos, das pessoas consideradas normais e daquelas rotuladas como loucas" (SAFFIOTI,1997, p.41).

Segundo a autora, a noção de gênero "regula as relações entre homens e mulheres, as relações entre homens e as relações entre mulheres, especificando as condutas socialmente aceitáveis quanto ao sexo" (p.41); a de raça/etnia define as relações hierárquicas, por exemplo, entre brancos e negros, determinando que estes obedeçam àqueles e a de classe social cujas leis exigem comportamentos distintos dos pobres e dos ricos, os quais, para se manter no poder, precisam dominar/explorar os pobres.

Dentre as noções secundárias está a idade, que rege as relações entre crianças, adolescentes e idosos, de um lado, e adultos, de outro: ao adulto é conferido poder em suas relações com menores de 18 anos, e também àqueles que, em razão de sua idade avançada, são excluídos do processo decisório.

No entanto, essa encerra um caráter de transitoriedade, já que o adulto domina apenas temporariamente menores e idosos, pois "da mesma maneira como já foi criança e adolescente e, portanto, dominado por adultos, ficará velho e, conseqüentemente, submisso àqueles em quem mandou, que já deixaram de ser menores" (SAFFIOTI, 1997, p.3).

Dessa forma, perseguindo a concepção desvelada pela autora, ao considerar todas as hierarquias, integrada por quatro escalas de poder, conclui-se que sobre a menina negra, pesariam as mais agudas discriminações, já que ela, situada posteriormente aos homens brancos, ricos e adultos, aos homens negros - sem muito poder econômico e adultos, às mulheres brancas - economicamente remediadas e adultas, seguidas de mulheres negras adultas, pobres e, por fim, aos menores de idade, que devem obedecer aos adultos. Dentre esses últimos, se estabelece outra hierarquia: os meninos dominam as meninas, o que se agudiza quando o garoto é branco e a garota, negra. A discussão apresentada corrobora com estudo de Reichenheim et. al. (2011), em que desvela que mulheres e crianças negras e pobres compõem o perfil das principais vítimas de violência doméstica no Brasil.

Do ponto de vista empírico, desde a década de 70, a violência intrafamiliar vem sendo estudada, gerando um debate articulado à perspectiva de gênero, despertando, a partir dos anos 90, iniciativas de serviços de apoio às mulheres em diversas cidades do país, que permitiram conferir a essa violência caráter público, além de extrapolar a discussão da temática para além do campo judiciário,

incorporando a esfera da saúde como fundamental para enfrentamento de questões advindas dela. Essa expansão é, então, apreendida também no campo da semântica: pessoas em conflito que, para o Direito, eram reduzidas à condição de réus ou vítimas – "à semelhança de crianças, dos doentes, dos loucos, que, incapazes do pleno domínio de si, necessitariam de eternos tutores" - passam a ser significadas pela Saúde como "*sujeitos de menor potencialidade* (grifo do autor) diante de possibilidades de virem a serem sujeitos plenamente potentes" (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999, p.15).

Ainda segundo as autoras, era necessário mais – e não menos importante - que detectar transgressões à lei, averiguar sua procedência e criminalizar a violência doméstica. Era preciso, principalmente, oferecer a essas pessoas suporte para "conseqüências que vão além dos traumas da agressão física" (p.18).

1.3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E ADOLESCÊNCIA: O LUGAR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

1.3.1 Adolescência e Adolescências

A Adolescência é delimitada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e órgãos afins como a segunda década da vida (10 aos 19 anos), e a juventude o período compreendido entre os 15 e 24 anos; já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a demarca entre os 12 e 18 anos de idade.

O Ministério da Saúde, por se pautar no conceito da OMS, define a fase entre 10 e 24 anos de idade, desdobrando-a em adolescentes jovens (15 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos) (BRASIL, 2006).

Para Borges (2004), tais definições restringem-se a contemplar as transformações biológicas, psicológicas e econômicas que possam ocorrer nessa fase do ciclo vital.

Assim, seria esse evento passível de perspectivas normativas, em que há a delimitação de início e término dos processos envolvidos na adolescência, uma

espécie de determinação de comportamentos e manifestações de cunho biológico e também psicológico equivalentes a cada faixa etária.

No entanto, e não passível de desconsiderações, a adoção da delimitação cronológica justifica-se pela identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, a fim de possibilitar a elaboração de políticas públicas específicas a grupos etários (BRASIL, 2007).

As conceituações de adolescência apresentam-se de várias formas. Na área da saúde, por exemplo, é tida na prática como questão biofisiológica, ressaltando-se a importância de um desenvolvimento harmonioso com os fenômenos psicossociais e adaptativos/genéticos de cada grupo (SCHOR, 1995).

Terminologias como puberdade, pubescência e adolescência são empregadas semanticamente com valoração de sinonímia; no qual, apesar de apresentarem inter-relação, são distintas.

Desse modo, segundo Reis (1993), a puberdade estaria ligada a transformações de cunho biológico/fisiológico que imprimiriam a transição da infância para o mundo do adulto; a pubescência seria o processo de chegada à puberdade; por fim, a adolescência, apesar de influenciada por fatores psicológicos e biológicos esperados para a fase da puberdade, estaria muito ligada às questões culturais, sobretudo às transformações na área psicossocial.

Nessa perspectiva, "a puberdade, contrariamente à adolescência, nunca é contingente, ela ocorre na independência das diversas e diferentes pautas culturais" (REIS,1993, p.21).

Assim se supõe a necessidade de re-significar o conceito, tendo em vista o não-universalismo da adolescência e reconhecer a multiplicidade das adolescências.

O fato é que cada indivíduo está inscrito em um espaço/ambiente de interações com diversos modos de vida, inserido em um grupo social, pertencente à um estrato/classe social, a um gênero, cuja maneira de apreensão da realidade lhe é peculiar, fazendo-o parte de uma cultura. Cultura essa, concebida por Geertz (1989) como teias de significados às quais o homem está preso e que, no entanto, foram tecidas por ele mesmo, na busca de significados.

O adolescente é definido pelo que está ao seu redor e pela sua realidade (LUZ et. al., 1999).

A existência humana pode ser concebida como categorias histórico-sociais, do contrário, acabaria sendo descaracterizada pela padronização, universalização do processo, desconsiderando fatos vivenciados e seus significados, que particularizam o processo de produção de subjetividade/singularidade e individualização (PERES, 1995).

Logo, imprimir à adolescência um período essencialmente marcado por um caráter de crise, decisões, encruzilhadas, um ideal de naturalidade, linearidade, encerra um processo de anormalidade a quem não se enquadrar nesses padrões.

No entanto, "precisamos procurar relações sistemáticas entre fenômenos diversos, não identidades substantivas entre fenômenos similares" (GEERTZ, 1989, p.56).

Bourdier (1978) ressalta a complexidade das relações entre idade social e biológica, uma vez que são arbitrárias. Assim, as classificações por idade – assim como por sexo, classe, entre outras – acabam sempre por impor limites e produzir uma ordem onde cada um deve se manter em seu lugar.

Ainda segundo o autor, por si só a alusão ao jovem como um grupo constituído e as relações estabelecidas entre esses a uma idade biologicamente definida já se institui uma manipulação evidente.

A adolescência é parte de um processo que "não tem um sentido único, não é homogêneo, nem tampouco linear e, muito menos, com um único significado, pois que é dependente das condições materiais/objetivas e subjetivas de existência de sujeitos reais" (PERES e ROSENBURG,1998, p.55).

Logo, partindo da premissa de que o sujeito é singular e subjetivo, já que apresenta experiências/vivências próprias, modos de vida em que está inserido, podemos refletir sobre o fato de que existem múltiplas adolescências a depender do contexto social, cultural e político em que o adolescente está inserido (CASTELLAR, 1989).

Ao refletir sobre o processo de adolescer PERES (1995), propõe questionamento acerca da (im)possibilidade de fragmentá-lo e reduzi-lo ao biológico e psicológico destacando-o das interconexões com as relações sociais e com contexto sócio-histórico a qual, necessariamente, está inserido.

1.3.2 Adolescência e Violência Doméstica: a questão da (in)visibilidade

A magnitude da atenção conferida pela comunidade acadêmica acerca da temática da violência pode ser observada através do aumento expressivo da produção científica que ao longo do tempo foi modificando o enfoque atribuído ao tema, cujos grupos populacionais privilegiados foram inicialmente o das mulheres e, com grande investimento posteriormente, o das crianças e adolescentes.

Assis e Constantino (2003) desvelam que na década de 70 o tema do "menor institucionalizado" (grifo da autora) era central para as discussões; já nos anos 80, as abordagens em relação à violência estavam associadas ao agravamento da crise urbana, como a delinquência juvenil e seus sinônimos – a criminalidade, a marginalidade, o menor, o menino de rua. Documentos sobre maus-tratos familiares despontaram, no final da década, elaborados em sua maioria por pediatras e psicólogos que procuravam mostrar a família como possível agente de violência.

No que tange à adolescência, a violência doméstica tem sido pouco estudada, que por vezes é associada à infância - como se essa fosse uma extensão daquela, despindo-a de suas especificidades, ou valendo-se de grupos específicos, como vítimas atendidas em serviços de saúde, conselhos tutelares, abrigos, adolescentes gestantes, ou vitimizadas especificamente por um dos tipos da violência (Abrapia,1992; Deslandes, 1994; Brasil, 1997; Tomio, 2000; Deslandes et. al., 2001; Brasil, 2002a; Marinheiro, 2003; Ferriani et. al. 2008.

Este é o caso de grande parte das publicações brasileiras, que se debruçam sobre a avaliação de programas de intervenção com vítimas (Brito et. al., 2005), sobre a responsabilidade do profissional de saúde frente à notificação de casos de violência doméstica (Saliba et. al., 2007), bem como a preocupação em caracterizar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes (Campos, 2006).

Em relação à abordagem metodológica, verifica-se um equilíbrio entre estudos qualitativos - que se vale de técnicas como representação social e grupos focais (De Antoni e Koller, 2000); e quantitativos, que apresentam predominância de estudos descritivos e exploratórios construídos através de inquéritos epidemiológicos em serviços de atenção à vítima de violência (Silva e Vieira, 2001).

No entanto, depreendem-se que ainda são escassos tanto os estudos populacionais no Brasil em relação à violência (Assis et. al., 2004), quanto os que se atêm a investigar a prevalência de violência doméstica, em sua completude, o que contribui para sua invisibilidade social.

Pois, a epidemiologia, enquanto campo da saúde coletiva tem contribuído significativamente com estudos acerca da violência em suas diversas vertentes, pois, ao trabalhar com séries históricas e com variáveis socioeconômicas e demográficas permite relativizar a magnitude dos dados, identificar fatores de risco e grupos vulneráveis, além de "alcançar maior sensibilidade, precisão e especificidade na detecção e diagnóstico dos casos (formas de incidência e prevalência)" (Minayo e Souza,1997, p. 523).

No entanto, as autoras ainda discutem que, "elegê-la como ciência suficiente para explicar a violência significaria desconhecer as causas de ordem estrutural, cultural e conjuntural que agregam complexos fatores e elementos e que não podem ser erradicados como uma doença" (p. 524), pois, a complexidade do fenômeno exige abordagem social, psicológica, epidemiológica e biológica, reafirmando o caráter interdisciplinar a qual o tema é revestido.

E por se tratar de fenômeno que se instala na intimidade da vida familiar, a partir do estabelecimento de relações de poder abusivas,

> "a violência doméstica ainda é mantida como um segredo ou mesmo não reconhecida como algo a ser combatido, pois, na concepção popular, os pais ou responsáveis têm o direito de disciplinar suas crianças e seus adolescentes, mesmo que para isso se utilizem de meios inapropriados, até mesmo cruéis, para atingirem seus objetivos" (AZEVEDO & GUERRA, 1989, p.37).

Ainda, segundo as autoras, o silêncio que permeia a questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes geralmente é rompido apenas quando atinge os limites da crueldade.

Assis e Avanci (2004), em estudo sobre violência física familiar com adolescentes das 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1ª e 2ª séries do Ensino Médio de escolas públicas e particulares do município de São Gonçalo – Rio de Janeiro verificaram que aproximadamente 20% desses haviam sofrido agressões severas, ameaças com arma de fogo ou faca e tiveram experiências sexuais

traumáticas. Reiteram assim, que adolescentes de diferentes estratos sociais estão igualmente submetidos à violência doméstica e complementam que adolescentes que sofrem violência doméstica, sofrem mais violência na escola, na comunidade e reproduzem tais comportamentos violentos à medida que transgridem as normas sociais.

Estudos apontam que as consequências da exposição à violência doméstica vão do aumento da chance de reproduzir os comportamentos transgressores e violentos, iniciação precoce da vida sexual e comportamento de risco, à maior chance de apresentar sintomas depressivos e agressividade na escola (Bordin et. Al., 2006; Assis et. al., 2004; Teixeira et. al., 2010; Avanci, 2008; Meneghel, et al.1998).

Desse modo, ao pertencer à esfera do privado, a violência doméstica acaba se revestindo da tradicional característica de sigilo e do silêncio, em que normalmente as pessoas não querem se envolver - ora pela questão da vulnerabilidade a que fica exposto o autor da denúncia, ora por terem a opinião de que não devem se intrometer em assuntos familiares, o que dificulta o acesso ao que realmente acontece com relação ao problema. Silêncio e invisibilidades esses estreitamente associados à temática (Heise et. al. 1999; Rodriguez, 1996).

Isso contribui para sua subnotificação, o que desencadeia o agravamento da situação, uma vez que as estatísticas que se têm hoje registradas representam uma pequena parte da incidência do fenômeno.

Um avanço a fim de romper com o silêncio que reveste a temática foi a aprovação da Lei da Palmada em 14 de dezembro de 2011, no qual altera o artigo 18 do Estatuto da Criança e do Adolescente ao prever que "a criança e o adolescente têm o direito de serem educados e cuidados sem o uso de castigo corporal ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar, tratar, educar ou proteger" (LOPES, 2012).

No que tange à violência doméstica, observa-se que "é possível identificar remanescentes da cultura que entendeu os castigos ou punições corporais e a desqualificação moral ou a humilhação da pessoa como recursos de socialização e práticas educativas" (Schraiber et. al. 2003, p.42).

Segundo o promotor de Justiça Wilson Tafner, a Lei da Palmada exclui a necessidade de comprovação da violência por meios que não deixem marcas, porém, a aplicação do castigo físico terá de ser comprovada por testemunhas, depoimentos ou laudos psicológicos. "Como consequência, a aplicação da lei não será fácil. E, então, pode ser que ela nem aconteça na prática". (FERRAZ, 2011).

A Lei da Palmada prevê ainda multas de 3 a 20 salários mínimos a profissionais das áreas da saúde e da educação, a quem compete a denúncia às autoridades, dos casos de castigos percebidos nas escolas, creches, consultórios ou hospitais.

Desse modo, as considerações acerca da violência, suas interposições em termos socioeconômicos e de saúde à adolescência e sua invisibilidade social, justificam a relevância da temática da violência doméstica na adolescência para o campo da Saúde Pública, com vistas à investigação da prevalência do evento. Pois, segundo Cavalcanti e Duarte (2004), esse tipo de desenho metodológico fornece uma base clara em termos de estimativa da realidade da violência doméstica, já que subsidia dados confiáveis para o fomento de políticas públicas e programas de acordo com as especificidades locais, regionais ou nacionais.

2. HIPÓTESE

A prevalência de violência doméstica entre adolescentes encontra-se relacionada às características sociodemográficas, consumo de álcool e drogas.

3. OBJETIVOS

Geral:

- Identificar a prevalência de violência doméstica, estimar fatores relacionados e descrever a percepção de violência em geral e doméstica de adolescentes escolares.

Específicos:

- Caracterizar adolescentes que sofreram violência doméstica segundo variáveis sociodemográficas, saúde, lazer e consumo de álcool e drogas por familiares;
- Estimar a prevalência de violência doméstica e fatores (características sociodemográficas, consumo de álcool e drogas por familiares) associados;
- Descrever percepção de violência pelos adolescentes;
- Identificar os tipos de violência mais prevalentes e seus agressores segundo relação de parentesco estabelecida com o adolescente;
- Descrever acerca da busca de recursos de apoio para enfrentamento da situação de violência doméstica;
- Identificar prevalência de violência doméstica entre familiares e relacioná-las com vitimização do adolescente e reprodução de comportamentos violentos;

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no bairro Vargem Grande - também conhecido por Cratera da Colônia, situado no extremo sul do município de São Paulo (Figura 1 e 2).

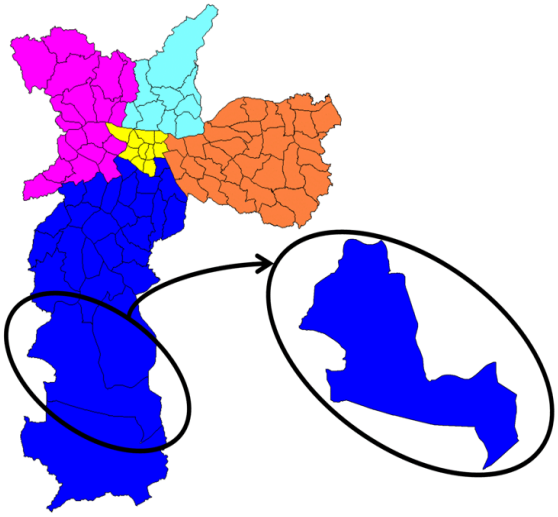
Pertence ao distrito administrativo e Subprefeitura de Parelheiros em que apresenta a maior parte da área coberta por reservas ambientais de Mata Atlântica, onde se localiza a Área de Proteção Ambiental (APA) Capivari-Monos (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2011). Inclui parte das bacias hidrográficas das Represas Guarapiranga e Billings, que são responsáveis pelo abastecimento de 30% da população da Região Metropolitana de São Paulo. Próximo ao local há também duas aldeias indígenas de um subgrupo guarani com cerca de mil habitantes e dista de 15 a 25 quilômetros de Itanhaém e São Vicente no litoral paulista, e uma distância de 50 a 60 quilômetros do centro de São Paulo.

A Cratera da Colônia - uma depressão de formato circular com 3,6 km de diâmetro - é um marco geológico produzido pela queda de um meteorito no local há cerca de 36 milhões de anos. Foi povoada por um grande loteamento, originando o bairro Vargem Grande há 21 anos, em que a população convive com um CDP – Centro de Detenção Provisória – que até 2002 foi uma unidade da FEBEM (Fundação para o Bem Estar do Menor).

Em 2010 apresentava uma área de extensão territorial de 153,50 km² e densidade demográfica de 855 habitantes por Km². No mesmo ano, abarcava uma população de 131.183 habitantes (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2012a), no qual 14.249 desses tinham de 10 a 14 anos e 12.781 de 15 a 19 anos (OBSERVATÓRIO CIDADÃO, 2011a). Apresentava um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,716 em 1991, e de 0,744 em 2000, ainda assim o pior índice para o município de SP, quando estratificado por subprefeituras (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO E TRABALHO DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2007).

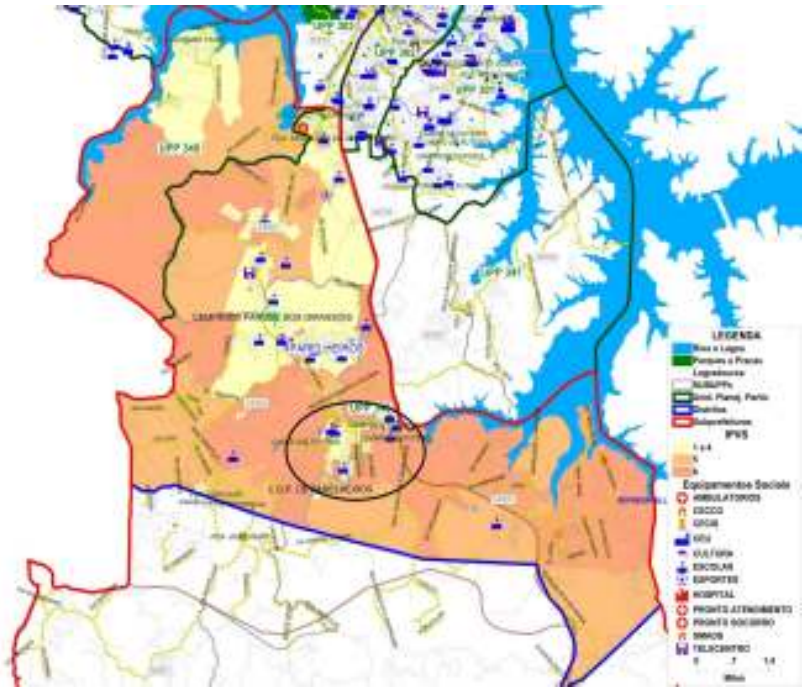
No que concerne à população analfabeta com 16 anos ou mais, Parelheiros apresentava o pior indicador (4,89%) cujo índice para o município de São Paulo foi de 3,53% (OBSERVATÓRIO CIDADÃO, 2011b). Em 2010, aproximadamente 39% dos domicílios apresentavam rendimento mensal de mais de 1 a 2 salários mínimos (INFOCIDADE, 2010).

Figura 1. Mapa do Município de São Paulo. Distrito administrativo de Parelheiros em destaque.



Fonte: Adaptado de Múltiplos Olhares, 2011.

Figura 2 – Distrito Administrativo de Parelheiros. Bairro Vargem Grande em destaque.



Fonte: Adaptado de Sistema de Diagnóstico da Situação da Criança e do Adolescente na Cidade de São Paulo, 2007.

4.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Estudo transversal realizado com amostra probabilística e representativa de adolescentes de escolas da rede pública de ensino do bairro Vargem Grande, São Paulo, realizado nos meses de maio e agosto de 2012.

Quanto aos critérios de inclusão na pesquisa, a amostra foi composta por adolescentes de ambos os sexos, que no momento da pesquisa estavam regularmente matriculados nos oitavos e nonos anos do Ensino Fundamental (antigas sétimas e oitavas séries) e nas primeiras séries do Ensino Médio em duas das três escolas do bairro. Não foram pesquisados os escolares matriculados no período noturno, devido à dificuldade de acesso ao local do estudo. Nesse sentido que se fez a exclusão de uma das escolas em que as aulas ocorriam no referido período.

Essas séries foram escolhidas por abrangerem adolescentes que se encontravam em uma fase intermediária da adolescência, pois, nem estavam situados no extremo da infância, nem nos limites da juventude; se considerarmos tanto a delimitação da fase preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - 10 aos 19 anos, quanto à estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - 12 a 18 anos de idade. No mais, esperava-se que tivessem maior grau de compreensão do instrumento de coleta de dados, no que concerne a leitura e preenchimento.

No tocante aos períodos e horários de aulas, oferecido pela escola X do bairro Vargem Grande e determinadas pela Secretaria Municipal de Educação de São Paulo eram dispostos da seguinte maneira:

- Matutino: 7h às 12h00
- Vespertino: 13h30 às 18h30
- Noturno: 19h às 22h00

Já para as escolas Y, a Secretaria de Educação do Estado de São Paulo previa que os períodos e horários de aula fossem distribuídos em:

- Matutino: 7h às 12h20
- Vespertino: 13h às 18h20
- Noturno: 19h às 22h00

No Brasil, em 1996, houve uma rediscussão acerca do tempo de permanência dos alunos no Ensino Fundamental através da LDB (Lei de diretrizes e Bases da Educação) nº 9394/96, que sinalizou para um ensino obrigatório de nove anos, a iniciar-se aos seis anos de idade. Este se tornou meta da educação nacional pela Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001, que aprovou o PNE (Plano Nacional de Educação) (BRASIL, 2004).

Conforme o PNE, a determinação legal de implantar progressivamente o Ensino Fundamental de nove anos, pela inclusão das crianças de seis anos de idade, tem duas intenções: "oferecer maiores oportunidades de aprendizagem no período da escolarização obrigatória e assegurar que, ingressando mais cedo no sistema de ensino, as crianças prossigam nos estudos, alcançando maior nível de escolaridade, e com isso, uma aprendizagem mais ampla" (BRASIL, 2004).

Como ponto de partida, para garantir uma nomenclatura comum às múltiplas possibilidades de organização desse nível de ensino (séries, ciclos, outros – conforme art. 23 da LDB nº 9.394/96), sugere-se que o Ensino Fundamental seja assim mencionado:

Tabela 1 – Nomenclatura atual preconizada para os anos de estudo do Ensino Fundamental.

Ensino Fundamental	
Anos iniciais	**Anos finais**
1º ano	6 º ano
2º ano	7 º ano
3º ano	8 º ano
4 º ano	9 º ano
5 º ano	-

Fonte: Adaptado de Brasil (2004).
Obs: (-) não há correspondência para o 5º ano.

Portanto, a correspondência nomenclatura - anos de estudo - por faixa etária esperada dar-se-ia da seguinte forma:

Tabela 2 – Correspondência das nomenclaturas antigas e atuais e faixas etárias esperadas para os anos de estudo do Ensino Fundamental

Antiga Nomenclatura	Atual Nomenclatura	Faixa Etária correspondente esperada
-	1º ano	6 anos
1ª série	2º ano	7 anos
2ª série	3º ano	8 anos
3ª série	4º ano	9 anos
4ª série	5º ano	10 anos
5ª série	6º ano	11 anos
6ª série	7º ano	12 anos
7ª série	8º ano	13 anos
8ª série	9º ano	14 anos

Fonte: Adaptado de Brasil (2004).
Obs: (-) não há correspondência para o 1º ano.

Para o Ensino Médio as nomenclaturas foram mantidas, em que a correspondência ano de estudo – faixa etária esperada pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 3 - Correspondência das nomenclaturas e faixas etárias esperadas para os anos de estudo do Ensino Médio.

Nomenclatura	Faixa etária correspondente esperada
1ª série	15 anos
2ª série	16 anos
3ª série	17 anos

Fonte: Adaptado de Brasil (2004).

Desse modo, a partir da apresentação das séries e faixas etárias correspondentes esperadas para os escolares, podia se inferir que a população alvo desse estudo estaria situada em maior proporção na faixa etária dos 13 aos 16 anos.

4.3 TAMANHO DA AMOSTRA

Devido à escassez de dados e informações disponibilizados pelas Secretarias de Educação tanto do estado, quanto do município de São Paulo, no que tange à questão do número de escolares, por sexo e idade matriculados em cada série e turma, foi realizado pela própria pesquisadora um levantamento junto às instituições de ensino, nos meses de abril e maio de 2011.

Desse modo, obteve-se a relação dos escolares de todos os períodos em que eram ministradas aulas às 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental - (8º e 9º anos, respectivamente) e às 1ªs séries do Ensino Médio, a fim de fornecer subsídios coerentes para a elaboração de uma amostra representativa para fins desse estudo.

Assim, o levantamento descrito acima, foi viabilizado satisfazendo as seguintes etapas:

1) Localização das escolas;
2) Contato prévio com as escolas, a fim de esclarecer a proposta do levantamento dos dados;
3) Disponibilização das listas com a relação do número de escolares, por séries, turmas, sexo e data de nascimento pelas instituições de ensino;
4) Tabulação dos dados a fim de quantificar e especificar as informações importantes para o planejamento metodológico do estudo.

Desse modo, além dos critérios de elegibilidade dos participantes já descritos, a delimitação desse estudo também se deu pelos seguintes critérios:

- Nível prévio de consentimento de gestores/diretores da instituição de ensino e das Secretarias de Educação Municipal e Estadual (anexos 2 e 3);
- A participação de todas as escolas públicas – municipais e estaduais - do bairro, desde que houvesse ao menos uma turma dos seguintes anos de estudo: 7ª séries (8º anos), 8ª séries (9º anos) do Ensino Fundamental (EF) e 1ª série do Ensino Médio (EM) no período diuturno;

- Concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por um dos pais ou responsável legal (anexo 4);
- Participação voluntária dos adolescentes em participar da pesquisa mediante consentimento firmado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 5);

O tamanho da amostra foi calculada com base na fórmula[1] descrita a seguir:

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2}$$

Em que:

P = a proporção máxima esperada de adolescentes escolares nos anos de estudo elegíveis à pesquisa.

Considerando que a prevalência da variável de interesse era desconhecida, devido à ausência de estudos desta natureza na literatura sobre a população elegível à pesquisa, adotou-se *P* = 0,50.

z = abscissa da curva normal padrão tendo sido assumido o nível de confiança de 95%, resultando em *z* = 1,96.

d = 0,04, em que representa o erro amostral assumido.

Desse modo, o tamanho da amostra final foi de 690 adolescentes escolares, já incluso o acréscimo de 15% de perdas pelas possíveis taxas de não resposta/recusa ou ausência no dia da aplicação.

[1] SILVA, N. N. O Plano de Amostragem. In: _____. **Amostragem Probabilística**: um Curso Introdutório. – 2. ed. rev. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. cap. 6, p. 95 – 108.

4.4 PLANO AMOSTRAL

Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória acerca dos escolares sujeitos da pesquisa cujas informações foram obtidas através de levantamento realizado pela pesquisadora junto às escolas no ano de 2011, anteriormente descrito.

Dessa forma, o plano amostral da pesquisa foi realizado em um único estágio (amostragem por conglomerados) nas duas escolas por anos de estudo, em que foram selecionadas todas as turmas dos 8º e 9º anos do Ensino fundamental e 1ª série do Ensino médio do período diuturno (tabelas 1, 2, 3, 4 e 5).

Tabela 4 – Distribuição em número de escolares, turmas, por sexo, segundo ano de estudo e escolas elegíveis ao estudo. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2011).

Ano de estudo	**Escola X**				**Escola Y**			
			Sexo				**Sexo**	
	Nº turmas	**Nº escolares**	F	M	**Nº turmas**	**Nº escolares**	F	M
8º ano	7	218	116	102	7	237	119	118
9º ano	6	189	92	97	7	286	136	150
1ª EM	-	-	-	-	3	140	82	58
Total	13	407	208	199	13	663	337	326

Fonte: Dados coletados junto às Instituições de Ensino – 2011
(-) não houve registro

Subsequentemente, a fim de atingir o número de escolares preconizados pela amostra (n= 690) e alocados proporcionalmente por turmas segundo estimativas foi realizado um sorteio das turmas por anos de estudo por amostragem aleatória simples, sem reposição, eqüiprobabilística, com chances igualitárias de seleção das turmas dentre os anos de estudo, no qual para os cálculos foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Version 19.0).

Na escola X foram sorteadas 5 turmas de 8º e 4 turmas de 9º anos, respectivamente, para a aplicação do instrumento de coleta de dados, já a escola Y

dispôs de 5 turmas de 8º e 9º anos e a 1ª série do EM de 2 turmas.

Tabela 5 - Alocação Proporcional do número de turmas elegíveis, escolares elegíveis e número de escolares alocados proporcionalmente e estimativa do número de turmas a serem sorteadas por ano de estudo, segundo ano de estudo e escolas de ensino fundamental e médio. Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2011).

Escola/Ano de Estudo	Nº turmas	Nº de Escolares	Nº de escolares proporcional ao tamanho da amostra	Estimativa do número de turmas a serem sorteadas por ano de estudo
Escola X	13	407	262	8,4
8º ano	7	218	141	4,5
9º ano	6	189	122	3,9
1ª série EM	-	-	-	-
Escola Y	17	663	428	11,0
8º ano	7	237	153	4,5
9º ano	7	286	184	4,5
1ª série EM	3	140	90	1,9

Fonte: Dados coletados junto às Instituições de Ensino – 2011
(-) não houve registro

A alocação proporcional do número de escolares e turmas por ano de estudo elegíveis à pesquisa fora calculada baseada na seguinte fórmula[2] :

$$n_h = n\frac{N_h}{N}$$

Em que:

n_h = Tamanho da amostra de estrato h

n = Tamanho da amostra

N_h = Tamanho de estrato de h

N = Tamanho da população

[2] SILVA, N. N. Amostragem Aleatória Estratificada. In: _____. **Amostragem Probabilística**: um Curso Introdutório. – 2. ed. rev. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. cap. 4, p. 53 – 73.

4.5. COLETA DE DADOS

Inicialmente foi feita a apresentação da pesquisa ao responsável pela instituição de ensino a fim de obter o consentimento para sua realização mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi cedido espaço à pesquisadora no Horário de Trabalho Pedagógico Complementar (HTPC) para esclarecimentos sobre os procedimentos para a realização da pesquisa, haja vista o momento em que a maior parte dos docentes estavam reunidos. Dentre os esclarecimentos prestados aos docentes foi apresentado um cronograma para a apresentação da pesquisa aos alunos, entrega do TCLE e para a aplicação do questionário, a fim de minimizar interferências que pudessem prejudicá-los em relação às atividades. A partir das discussões foram realizados alguns ajustes, de modo que tanto as atividades docentes, quanto a aplicação dos questionários não fossem prejudicadas.

Em ambos os momentos, tanto na apresentação da pesquisa e esclarecimentos acerca dos procedimentos éticos aos alunos quanto na aplicação do questionário foi solicitado ao docente autorização para interrupção de suas atividades. Foi entregue a todos os escolares presentes o TCLE, exceto àqueles que demonstravam interesse em não participar do estudo, número esse irrisório. A fim de garantir a oportunidade a todos em participar do estudo, foram feitas outras duas tentativas de retorno às salas de aula para entrega do termo aos alunos que não estiveram presentes nos outros dois momentos.

Conforme acordado mediante cronograma, no dia e horário previamente estabelecido a pesquisadora se dirigiu às salas de aula e solicitou a retirada dos alunos que tivessem trazidos o TCLE assinado para responder ao questionário em outra sala. No caso em que os pais e/ou responsáveis não tinham autorizado a participação do adolescente no estudo os termos de consentimentos eram recolhidos.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora durante o horário de aula – manhã e tarde – nos meses de maio e junho de 2012 no qual os adolescentes foram instruídos novamente sobre os objetivos da pesquisa e quanto aos procedimentos éticos. Foi disponibilizado a eles um TCLE semelhante ao dos pais para que

protocolassem formalmente sua participação no estudo, a fim de reforçar a capacidade e poder de escolha dos adolescentes mesmo após consentimento dos responsáveis.

Após recolhido os TCLE assinados pelos adolescentes, eram realizadas as instruções de como respondê-lo mediante cartaz ilustrativo a fim de garantir maior compreensão e, portanto, máxima qualidade das respostas, cujo preenchimento teve duração média de 40 minutos. Ao término do preenchimento do questionário os alunos depositavam o mesmo em uma urna lacrada para garantir e reforçar a confidencialidade das respostas. Dúvidas em relação às questões foram sanadas durante o preenchimento conforme necessidade manifesta pelo adolescente.

Antes que retornassem à sala de aula foi disponibilizado um folder informativo com os contatos dos serviços de atendimento às vítimas de violência doméstica existentes na região em que residem, para que pudessem, caso fosse necessário, acioná-los.

A fim de evitar grandes perdas em relação ao cálculo amostral, foram feitas três tentativas de retorno à escola para que os escolares, que porventura não estivessem presentes no momento da primeira aplicação do questionário, ou haviam se esquecido de conversar com os responsáveis tivessem a oportunidade de participar do estudo.

Importante ressaltar a boa receptividade da pesquisa tanto por parte da direção das escolas, quantos dos docentes e escolares de modo geral, dadas as discussões sobre a relevância do tema pontuada pelos professores e o desejo dos escolares em participarem mesmo não sendo consentido pelos pais e/ou responsáveis, que obviamente, devido às questões éticas não foi permitido.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário auto-aplicável (Anexo 6), com a maioria das perguntas fechadas, e algumas abertas e que tem demonstrado ser muito eficiente nos estudos de grupos especiais, de acordo com (SCHRAIBER et. al., 2008).

O questionário foi elaborado pela própria pesquisadora, junto à orientadora e que buscou embasamento em estudos como:

- Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher (SCHRAIBER et. al., 2008);
- Violência Doméstica: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP (MARINHEIRO, 2003);
- Violência Sexual como questão de Saúde Pública: atenção específica em serviço de saúde (CAMPOS, 2006);
- Adolescência e anticoncepção: iniciação sexual e uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental (TAVARES, 2009);
- Avaliação dimensional da versão em português da Conflict Tactis Scales Parent-Child: um instrumento de aferição de violência contra crianças e adolescentes (VITAL, 2010).

O instrumento em questão abordou Aspectos Sociodemográficos, questões sobre Violência Geral, Violência Doméstica, Consumo de Álcool e Drogas pelos adolescentes e familiares, Saúde, Lazer e Percepção de situações de violência.

Foram realizados pré-testes com adolescentes que apresentavam características semelhantes à população de estudo (faixa etária, escolaridade, perfil sociodemográfico) provenientes de uma Organização Não-Governamental (ONG) do bairro a fim de adequar o instrumento em relação à compreensão, à linguagem, bem como estimativa do tempo de resposta. Foi explicitado à instituição e aos adolescentes indicados pela ONG para participação, os objetivos do pré-teste e da pesquisa. Os testes pilotos indicaram necessidade de pequenos ajustes.

Deste modo o questionário definitivo foi composto por 70 questões, de acordo com as adequações sinalizadas pelo pré-teste. Houve o cuidado no que tange à diagramação do instrumento para que o preenchimento fosse fácil e rápido, a fim de garantir maior qualidade nas respostas.

Optou-se por investigar o desfecho principal do estudo (violência doméstica) nos 6 meses anteriores ao estudo, por haver maior chance de se recordarem do evento, a fim de evitar vieses de memória.

Variáveis do Estudo

O estudo teve como variável dependente a vitimização por violência doméstica nos seis meses anteriores à pesquisa, por meio da pergunta "Marque com um X se nos últimos 6 meses, alguém da sua casa tratou você da seguinte forma", no qual foram listadas situações de violência com possibilidade de marcações múltiplas (Questão 38 – anexo 6). Posteriormente, a questão foi categorizada em "sim" (no caso de haver marcação a pelo menos uma das alternativas) ou "não" (para os casos em que houvesse marcação à situação "ninguém da minha casa me tratou assim nos últimos 6 meses").

Outras variáveis acerca da violência doméstica foram abordadas no questionário, porém consideradas independentes:

- Relação parental entre agressor e adolescente vitimizado: pai, mãe, outros (tios(as), primo(as), avós, padrasto/madastra, amigos, cunhados);
- Tipo de violência doméstica: física, psicológica, sexual, negligência;
- Contar pra alguém sobre a situação de violência: sim, não;
- Pessoa a quem contou sobre a situação de violência: pai, mãe, irmãos, namorado (a), amigos, outros (padrasto/madastra; médico/profissional de saúde; padre/religioso; policial)
- Necessidade de procurar serviço de saúde em decorrência da agressão: sim, não;
- Serviço de saúde procurado pelo adolescente vitimizado: Unidade Básica de Saúde (UBS), Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), Pronto Socorro (PS), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), Hospital Geral (HG);

- Prevalência de violência doméstica nos 6 meses anteriores ao estudo entre familiares dos adolescentes (referido pelo adolescente) : sim, não;
- Relação parental entre o adolescente e o familiar vitimizado por violência doméstica: pai, mãe, irmãos, outros (tios(as), primo(as), avós, padrasto/madastra, amigos, cunhados);
- Relação parental entre o adolescente e o agressor perpetrador de violência doméstica de outros familiares: pai, mãe, irmãos, outros (tios(as), primo(as), avós, padrasto/madastra, amigos, cunhados);

As variáveis independentes consideradas foram: características sociodemográficas, cuidados à saúde, acesso a equipamentos de lazer no bairro, violência em geral e percepção de violência em geral e doméstica.

A) Características sociodemográficas:

- Sexo: masculino e feminino;
- Idade completa em anos: 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17 anos; somente para a sessão descritiva; já para sessão de associações foram agrupadas em 11 a 13 anos, 14 a 15 anos e 16 a 17 anos;
- Cor da pele ou raça autorreferida: branca, amarela, preta, parda, indígena – de acordo padrão proposto pelo IBGE, outras (não sei, em branco);
- Nível de instrução - série que cursa atualmente: 8ª, 9ª do Ensino Fundamental ou 1ª série do Ensino Médio;
- Religião: Católica; Evangélica/Protestante; Não tenho religião, mas acredito em Deus; Outras (Espírita e Não acredito em Deus) para a sessão descritiva; já para a sessão de associações foram agrupadas em Tem religião ou Não tem religião;
- Condições de moradia - quanto ao acesso à energia elétrica (sim; não), água encanada (sim; não) e rede de esgoto (sim; não) para a sessão de

descritiva; já para a sessão de associações foram agrupadas em tem os três recursos juntos - água, energia e esgoto (sim; não);

- Número de moradores no domicílio: menos de 3; 3 a 4; 5 a 6 ou mais de 6;
- Coabitação – quanto às pessoas com quem mora no mesmo domicílio: pai e mãe; somente com o pai; somente com a mãe; nenhum dos pais (tios, irmãos, avós ou primo(a));
- Pessoas do domicílio que exerciam atividade laboral remunerada: ambos os pais, somente o pai, somente a mãe;
- Chefia de família: pai, mãe, ambos os pais;
- Atividade laboral do chefe da família: aposentados, pensionistas; motoristas, cobradores, frentista; metalúrgicos e operadores de máquinas; serviços de limpeza, alimentação, cuidadores, alfaiataria; vigilantes, atendimentos ao público e comerciantes; professores; pedreiros; empregadas domésticas; do lar; outros (não sabe ou não respondeu)

B) Cuidados à saúde:

- Procura pelo serviço de saúde nos seis meses anteriores à pesquisa: sim, não;
- Consumo de substâncias psicoativas (álcool e drogas) por adolescentes: já fiz, mas não uso mais; já fiz e ainda faço uso; nunca usei; em branco;
- Consumo de substâncias psicoativas (álcool e drogas) por familiares dos adolescentes: já fiz, mas não uso mais; já fiz e ainda faço uso; nunca usei; em branco;

C) Acesso a equipamentos de lazer no bairro:

- Referência dos adolescentes quanto aos equipamentos e espaços de lazer existentes no bairro: nada, brincadeiras (futebol, andar de

bicicleta, soltar pipa, lan house, piscinão, bosque), festas (rua 30, pancadão/baile funk), em branco/não sei;

D) Violência em geral:

- Conhecimento de alguém que sofreu violência: sim, não, não sei, não lembro, em branco;
- Agressor do conhecido que sofreu violência: pai; mãe; colegas de escola, vizinhos, conhecidos; desconhecidos, marido, namorado(a), ex-namorado(a); irmãos; tios(s), primo(s); padrasto ou madastra; não sei;
- Agressão a outros (adolescente perpetrador de violência): sim, não;
- Pessoas agredidas pelos adolescentes: pai, mãe, irmãos; colegas, desconhecidos, vizinhos; primos, sobrinhos, tios, avós; outros (tios(as), avós, padrasto/madastra, cunhados);
- Medo de pessoas próximas: sim, não;
- Pessoa que o adolescente tem medo: pais; avós, tios, primos, irmãos; colega de escola, vizinhos, conhecidos, policiais; padrasto/madrasta; outros (desconhecidos);

E) Percepção de violência em geral e doméstica:

- Percepção de violência: "Das situações listadas ao lado, marque com um X o que você considera um tipo de violência" (Questão 33 – anexo 6): marcação a todas as proposições - sim (boa percepção); marcação a nenhuma proposição - não (percepção ruim);
- Proposições estratificadas por tipos de violência: marcação a todas as proposições - sim (boa percepção); marcação a nenhuma proposição - não (percepção ruim);
- Percepção de violência no entorno em que vive - "Você considera seu bairro violento?" (Questão 30 – anexo 6) : sim; não; não sei;

- Considera que já foi vítima de violência alguma vez na vida – "Você considera que já sofreu violência alguma vez na vida?" (Questão 34 – anexo 6): sim, não;
- Identificação da pessoa que agrediu o adolescente – "Se SIM, quem foi o agressor?" (Questão 35 – anexo 6) : pai e mãe; só pai; só mãe; irmãos; outros familiares; colegas de escola, vizinhos, conhecidos; em branco;

Apesar do questionário abarcar questões abrangentes em relação às variáveis, elencou-se algumas a fim de responder os objetivos propostos para o estudo. Outras variáveis podem ser utilizadas em artigos científicos ou enunciar o aprofundamento do tema para embasar uma possível tese de doutorado.

Para efeito de delimitação conceitual, abordamos tanto situações de violência em geral, quanto de violência doméstica em seus diversos tipos.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos envolvidos nessa pesquisa foram baseados na normatização do Conselho Nacional de Saúde, em sua Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que dispões sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Esse foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, em que foi aprovado sob o protocolo nº 2335, bem como às Secretarias de Educação do estado e do município de São Paulo (anexos 3 e 4, respectivamente).

Assim, foi encaminhado à instituição de ensino um documento, conforme Resolução CNS 196/96 ao responsável legal da instituição de ensino para a obtenção do consentimento para a coleta dos dados.

Em qualquer etapa da pesquisa, qualquer representante da Instituição campo de estudo teve acesso ao profissional responsável pelo mesmo para esclarecimento de eventuais dúvidas ou acatamento de alguma observação.

Aos pais e/ou responsáveis foram disponibilizados informações atinentes à pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi explicitado os objetivos do estudo a fim de obter a autorização prévia por meio de assinatura para participação dos adolescentes. Aos adolescentes também foi disponibilizado um termo semelhante ao fornecido aos responsáveis para aceitação em participar do estudo.

Foi garantido ao representante da instituição e aos responsáveis e sujeitos de pesquisa, a liberdade de, a qualquer momento, retirar seu consentimento para que essa pesquisa fosse realizada.

Em momento algum houve qualquer risco ou desconforto para o representante da instituição participante, bem como para os responsáveis pelos sujeitos de pesquisa, seja no âmbito físico, no moral ou ético. No entanto, eventualmente, podem ter trazido riscos mínimos aos adolescentes, no sentido de suscitar lembranças de situações de violência. Desse modo, foi disponibilizado a todos os escolares participantes da pesquisa um folder (anexo 9) com o endereço e telefone das instituições que atendiam pessoas vítimas de violência, entre elas a doméstica - caso houvesse interesse desses em procurar ou informar a um conhecido sobre um serviço de referência próximo ao bairro. Dentre as informações contavam os nomes dos responsáveis pelo atendimento e seguimento/continuidade nas respectivas instituições e devidos encaminhamentos realizados pelas mesmas. Ao término da aplicação do questionário a pesquisadora ficou a disposição dos alunos para eventuais questões e/ou dúvidas que quisessem conversar privativamente.

Por outro lado, a participação neste estudo não evidenciou benefícios diretos aos participantes. Não houve despesas para a instituição participante em nenhuma fase do estudo, assim como não houve compensação financeira à sua participação.

A pesquisadora compromete-se a utilizar os dados coletados, exclusivamente para fins da pesquisa bem como preservar o anonimato da população em estudo, não utilizando nenhum dado que identifique o sujeito em questão.

Conforme solicitação de uma das instituições de ensino e levando em conta a relevância social a qual a pesquisa deve estar imbuída, a pesquisadora comprometeu-se, ao término do processo, em retornar às escolas para apresentar os achados do

estudo de maneira geral, ou seja, sem que haja a intenção de identificar as instituições, a fim de garantir o sigilo dessas.

4.8 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

A análise descritiva foi apresentada por meio de proporções, médias e desvio padrão. Diferenças nas proporções entre os grupos de vitimizados e não vitimizados por violência doméstica foram, primeiramente, comparados em relação a cada fator individualmente por meio de teste de Qui Quadrado de Pearson ou exato de Fischer. Posteriormente, esses grupos foram comparados em relação aos diversos fatores associados. Os fatores associados que apresentaram valores de $p < 20\%$ na análise univariada foram incluídos no modelo múltiplo de regressão de Poisson ajustado pela estimativa robusta de variância. Na análise múltipla, as variáveis foram avaliadas conjuntamente. O nível de significância adotado foi de 5 %.

O estudo teve como variável dependente a vitimização por violência doméstica nos 6 meses anteriores à pesquisa (questão 38 – anexo 6). As variáveis independentes consideradas foram: sociodemográficas – sexo, idade, cor/raça, religião, condições de moradia, número de moradores, coabitação e uso de álcool e drogas por familiares.

A digitação e organização dos dados coletados mediante questionários foi feita através do software Epi Info (Version 3.3). Para a regressão de Poisson ajustada pela estimativa de variância robusta utilizou-se o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Version 19.0).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

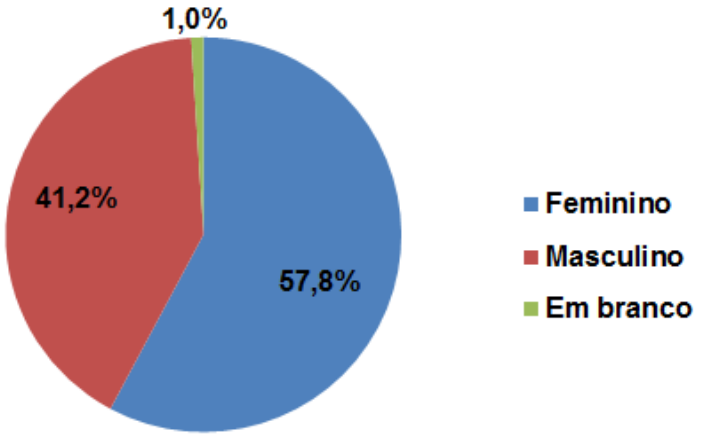
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Neste capítulo apresentamos a contextualização da população de estudo em relação aos aspectos sociodemográficos, a fim de oferecer um panorama sobre as condições de vida dos adolescentes pesquisados.

A amostra efetiva deste estudo foi composta de 656 adolescentes, no qual foram excluídos do presente estudo aproximadamente 5% (n = 34) dos escolares correspondentes àqueles que não obtiveram autorização do responsável, recusaram-se em participar do estudo, haviam sido transferidos ou evadido da escola, ou não foram encontrados nas três tentativas de retorno à escola. No entanto, a perda não foi estatisticamente significativa de forma a comprometer a sua representatividade.

Dentre os adolescentes do estudo, 57,8% (n= 379) eram do sexo feminino e 41,2% (n= 270) do sexo masculino; 1,0 % (n=7) desses não declararam o sexo, ou seja, deixaram a questão "em branco" (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição percentual dos adolescentes do estudo segundo referência ao sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



No presente estudo, aproximadamente 50,0% (n= 325) dos adolescentes cursavam o 9º ano do ensino fundamental, sendo 43,1% do sexo masculino e 56,9% do sexo feminino. Dados da PeNSE apresentaram percentuais incompatíveis em relação aos adolescentes que cursavam o 9º ano do ensino fundamental no município de São Paulo no ano de 2009, no qual 50,1% eram do sexo masculino e 49,9% do sexo feminino (IBGE, 2009).

A média de idade dos adolescentes em estudo foi de 13,6 anos (dp = 0,97). A maior parte dos escolares tinham idade entre 13 e 14 anos (72%). Este achado vai ao encontro do preconizado pelo Ministério da Educação, no qual se espera que o aluno que esteja cursando os 8º e 9º anos do Ensino Fundamental tenha entre 13 e 14 anos de idade, respectivamente (BRASIL, 2004).

No entanto, dentre os adolescentes do estudo que cursavam o 8º ano do Ensino Fundamental, 60,4% (n= 165) tinha 13 anos completos e dos que frequentavam o 9º ano, apenas 53,6% (n= 171) tinha 14 anos completos.

Esses resultados corroboram com os da PeNSE (2009), no qual indicaram que no município de SP em 2009, cerca de 52% dos adolescentes que cursavam o 9º ano, tanto em escolas públicas quanto particulares, tinham 14 anos (IBGE, 2009).

A respeito da cor da pele/raça, aproximadamente 70% dos adolescentes da pesquisa auto referiram ser de cor parda ou branca. A proporção verificada é menor que a observada entre adolescentes brasileiros de 10 a 17 anos (83,4%) (IBGE, 2011).

No presente estudo, observa-se que a proporção dos homens que auto referiram ser de cor preta é mais que dobro das mulheres (19,6%). Dentre a população brasileira, de acordo com a PNAD, a diferença é de 0,6% em relação aos homens e mulheres de 10 a 17 anos (IBGE, 2011).

Ainda nesse estudo, houve diferenças estatisticamente significantes entre os sexos na explicação das variáveis cor/raça (p= 0,002) e religião (p= 0,048) (Tabela 6).

Tabela 6 - Número e proporção de adolescentes em estudo segundo características sociodemográficas e sexo. Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

	SEXO			
	Feminino	Masculino	TOTAL[§]	P
	% (n)	% (n)	% (n)	
Idade (n= 640)				0,145
11	0,3 (1)	0	0,2 (1)	
12	10,7 (40)	10,2 (27)	10,5 (67)	
13	40,4 (151)	38,3 (102)	39,5 (253)	
14	36,6 (137)	32,0 (85)	34,7 (222)	
15	9,9 (37)	13,9 (37)	11,6 (74)	
16	1,9 (7)	4,5 (12)	2,9 (19)	
17	0,3 (1)	1,1 (3)	0,6 (4)	
Média de idade	13,5 (dp†=0,91)	13,7 (dp†=1,05)	13,6 (dp†=0,97)	
Nível de instrução (n= 649)				0,354
8º ano EF	41,4 (157)	41,5 (112)	41,4 (269)	
9º ano EF	48,8 (185)	51,9 (140)	50,1 (325)	
1ª série EM	9,8 (37)	6,7 (18)	8,5 (55)	
Cor/Raça (n= 649)				0,002∞
Parda	47,8 (181)	40,4 (109)	44,7 (290)	
Branca	26,6 (101)	25,2 (68)	26,0 (169)	
Preta	9,0 (34)	19,6 (53)	13,4 (87)	
Indígena	4,0 (15)	2,2 (6)	3,2 (21)	
Amarela	7,1 (27)	4,8 (13)	6,2 (40)	
Outras[1]	5,5 (21)	7,8 (21)	6,5 (42)	
Religião (n= 646)				0,048∞
Católica	41,1 (155)	33,8 (91)	38,1 (246)	
Evangélica/Protestante	32,9 (124)	30,1 (81)	31,7 (205)	
Não tenho religião, mas acredito em Deus	24,1 (91)	33,1 (89)	27,9 (180)	
Outros[2]	1,9 (7)	3,0 (8)	2,3 (15)	
Condições de moradia*				
Não tem os 3 recursos juntos (n= 649)	31,4 (119)	28,9 (78)	30,4 (197)	0,493
não tem água (n= 647)	2,9 (11)	1,5 (4)	2,3 (15)	0,231
não tem energia (n= 649)	0,8 (3)	0,7 (2)	0,8 (5)	1,000
não tem esgoto (n= 645)	29,3 (110)	27,5 (74)	28,5 (184)	0,628
Nº de moradores/domicílio (n=648)				0,540
menos de 3	3,2 (12)	1,9 (5)	2,6 (17)	
3 a 4	36,9 (140)	39,4 (106)	38,0 (246)	
5 a 6	47,5 (180)	44,2 (119)	46,1 (299)	
mais de 6	12,4 (47)	14,5 (39)	13,3 (86)	
Coabitação (n= 649)				0,416
Pai e mãe	66,2 (251)	67,4 (182)	66,7 (433)	
Somente com pai	2,9 (11)	4,8 (13)	3,7 (24)	
Somente com mãe	29,0 (110)	25,2 (68)	27,4 (178)	
Nenhum dos pais[3]	1,8 (7)	2,6 (7)	1,2 (14)	
Atividade laboral do chefe da família (n= 649)				0,080
Aposentados, pensionistas	1,8 (7)	1,5 (4)	1,7 (11)	
Motoristas, cobradores, frentista	8,4 (32)	8,9 (24)	8,6 (56)	
Metalúrgicos e operadores de máquinas	7,1 (27)	12,6 (34)	9,4 (61)	
Serviços de limpeza, alimentação, cuidadores, alfaiataria	17,4 (66)	13,3 (36)	15,7 (102)	
Vigilantes, porteiros, segurança	8,2 (31)	4,8 (13)	6,8 (44)	
Cuidado em saúde, engenharia, administração	7,4 (28)	5,6 (15)	6,6 (43)	
Vendedores, atendimento ao público e comerciantes	13,2 (50)	16,7 (45)	14,6 (95)	
Professores	1,6 (6)	1,5 (4)	1,5 (10)	
Pedreiros	11,6 (44)	10,4 (28)	11,1 (72)	
Empregadas domésticas	11,9 (45)	8,5 (23)	10,5 (68)	
Do lar	3,7 (14)	3,3 (9)	3,5 (23)	
Outros[4]	7,7 (29)	13,0 (35)	9,9 (64)	

***** Questão de múltipla escolha; [1,4] Não sabe ou não respondeu; [2] Não acredita em Deus ou Espírita; [3] Tios, irmãos, avós ou primo(a)

† dp= desvio padrão

∞ p< 0,05 pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer

§ Foram excluídos os dados referentes aos adolescentes (7) que não responderam a variável sexo.

A despeito da religião, foi observado predomínio da religião católica 38,1% (n=246) e evangélica/protestante 31,7% (n=205). Dentre os adolescentes do sexo masculino, 65,8% (n= 177) relataram ter alguma religião; entre adolescentes do sexo feminino o percentual foi de 75,1% (n=283). Dados do Censo 2010 para o município de São Paulo indicaram que cerca de 89% de toda população masculina e 92% da feminina referiram ter alguma religião (IBGE, 2011).

Borges (2004), em estudo com adolescentes com idade entre 15 e 19 anos matriculados em uma Unidade Básica de Saúde da zona leste do município de São Paulo, ao considerar a proporção de adolescentes que não tinham religião verifica percentual de 24,4% entre os homens e 11,8% entre as mulheres. As proporções verificadas apesar de serem expressivamente menores que as encontradas nessa pesquisa acompanham a mesma tendência no que diz respeito aos homens aderirem menos a uma religião em relação às mulheres.

Sobre acesso a recursos de saneamento básico (água encanada e rede de esgoto) e rede de distribuição de energia elétrica mais de 30% (n = 197) dos adolescentes não tinham acesso aos três juntos (Tabela 6). Achados dessa pesquisa reitera a exclusão da população de estudo quanto aos direitos básicos, uma vez que de acordo com dados do Censo 2010 para o município de São Paulo aproximadamente 90% dos domicílios tinham rede de água encanada; 87% rede de esgoto e aproximadamente 99% contavam com rede de energia elétrica (IBGE, 2011).

Chama atenção o percentual dos adolescentes que não tinha acesso à rede de esgoto (28,5%), e que, portanto, viviam em condições insalubres, uma vez que, condições inadequadas de saneamento podem contribuir para proliferação de doenças infecciosas e parasitárias, além de causar danos ao meio ambiente (BIBLIOTECA DIDÁTICA DE TECNOLOGIAS AMBIENTAIS, 2005).

De acordo com o censo, em 2010, a maioria dos domicílios era composto por 3 a 4 pessoas (53,3%), diferente dos achados nesse estudo, em que a maior parte dos domicílios alocava de 5 a 6 pessoas (IBGE, 2011). Estudos tendem a mostrar que coabitar com grande número de pessoas no domicílio pode favorecer o prejuízo das condições de vida e das relações. Pois, conforme achados de estudo de Polanczyk et. al. (2003) adolescentes escolares do município de Porto Alegre (RS) que moravam

com oito ou mais pessoas em casa apresentaram prevalência 3,43 vezes maior de testemunhar atos de violência sexual em relação a quem morava com até quatro pessoas.

Nesse estudo, aproximadamente 67% moravam com ambos os pais e 27% coabitavam apenas com a mãe. De acordo com a PNAD (2011), 46,3% das famílias eram compostas por casais que tinham filhos e 16,4% eram formadas por mulher sem cônjuge e com filhos (IBGE, 2011). Segundo Horta et. al. (2010) e Costa et. al (1992), atualmente há grande diversidade de constelações familiares nos novos cenários, em que coabitar não é mais uma regra para a formação dos grupos familiares.

Em estudo acerca da relação entre violência física e consumo de álcool e drogas por adolescentes escolares de 27 estratos geográficos do Brasil, Andrade et. al. (2012) verifica que 58,3% dos entrevistados moravam com ambos os pais e 31,9% somente com a mãe. Observa-se que as proporções semelhantes às verificadas nesse estudo, no qual seguem a mesma tendência quanto à coabitação: filhos moram com ambos os pais com maior frequência seguidos dos que moram somente com a mãe.

A despeito do exercício de atividade laboral remunerada pelas pessoas que moravam em seu domicílio, observou-se que 44,1 % (n= 286) de ambos os pais trabalhavam; em mais de 25% (n= 163) dos relatos somente a mãe e 22,2% (n= 144) dos casos somente o pai.

Ao considerar a representação do adolescente sobre o chefe da família verifica-se que 41,5% consideravam o pai como chefe da família; 37,2 % (n= 244) relatam que a mãe chefia a família e 10,4% dos adolescentes referiram que ambos os pais eram os chefes. Aproximadamente 11% (n= 72) dos adolescentes consideram outras pessoas como chefe da família (avós, irmãos, tios, madrasta, padrasto).

Dados do censo 2010 indicam que 61,3 % dos responsáveis pelo domicílio eram do sexo masculino e 38,7 % do sexo feminino, segundo referido pelos entrevistados (IBGE, 2011).

Interessante observar a categoria “chefe de família” sob a perspectiva de gênero. Chefiar a família esteve por muito tempo associado ao sustento da família, função exclusivamente desempenhada pelo homem. À mulher cabia as tarefa de

cuidados com o lar, com os filhos e com o marido, e, portanto, ao não contribuir financeiramente nas despesas, não poderia ocupar o papel de chefia.

No entanto, de acordo com as estatísticas do IBGE, no ano de 1996, 20,81% dos lares eram chefiados por uma mulher. Já no censo realizado em 2000, a porcentagem aumentou para 26,55%; em 2011, de acordo com a PNAD, 37,4% das famílias tinham como pessoa de referência uma mulher, o que reforça a ideia que mudanças ao longo do tempo na família brasileira perpassam, também, a chefia feminina da família (IPEA, 2010).

Todavia, é importante destacar que os achados desse estudo revelam que embora pouco mais de 20% dos pais e 25% das mães serem os únicos do domicílio a exercerem atividade laboral remunerada, e, portanto prover o sustento, a referência ao pai enquanto chefe da família é maior; o que pode estar fundamentada na noção cultural machista da hierarquização do homem sobre todas as outras pessoas da família do domicílio.

Quanto à atividade laboral exercida pelos chefes da família, 15,7% atuam na área de serviços de limpeza, alimentação, cuidadores e alfaiataria; 14,6% desempenham atividades relacionadas a vendas, atendimento ao público e comércio; 11,1% atividade de pedreiro e 10,5% atividade de empregada doméstica (Tabela 6).

Segundo a PNAD (2011), 8,4% das pessoas entrevistadas trabalhavam no ramo de construção, 7,1% em serviços domésticos e 11,2% eram vendedores e prestadores de serviço do comércio (IBGE, 2011). Nota-se assim, que a predominância da atividade laboral nos ramos em questão condiciona situar a população em um estrato social menos favorecido no que tange à condição socioeconômica, conferindo caráter de homogeneidade a essa.

Desse modo, a partir da caracterização dos adolescentes em estudo, serão apresentados no capítulo a seguir dados relacionados à violência em geral e doméstica: tipos e percepção acerca do evento pelos adolescentes.

5.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência doméstica, por pertencer à esfera do privado, é mantida sob sigilo ou não reconhecida como algo a ser combatido, pois, na concepção popular, os pais ou responsáveis têm o direito de disciplinar ou educar crianças e adolescentes da maneira que julgarem mais adequados, mesmo que para isso se valha de violência (AZEVEDO e GUERRA, 1989).

Desse modo, contribui para a subnotificação do problema, o que desencadeia o agravamento da situação, uma vez que as estatísticas que se têm hoje registradas representam uma pequena parte da incidência do fenômeno.

Tão importante quanto mapear o número de casos novos de violência doméstica, é identificar a prevalência do evento, uma vez que, estudos acadêmicos, em sua maioria, se atêm a investigar a problemática do ponto de vista das vítimas que chegam a abrigos (Ferriani, et. al, 2008), Institutos Médico Legal (IML) (Campos, 2006), Conselhos Tutelares (Tomio, 2000) ou serviços de saúde (Marinheiro, 2003). Há ainda escassez na produção acadêmica sobre a investigação de prevalência de violência doméstica entre adolescentes, que normalmente o fazem junto às crianças, como se essa fosse uma extensão daquela, despindo-a das especificidades inerentes à fase, reforçando sua invisibilidade social.

Dessa forma, discorreremos nesse sub-capítulo sobre a prevalência de vitimização por violência doméstica entre a população de estudo e possíveis fatores relacionados ao evento, bem suas manifestações.

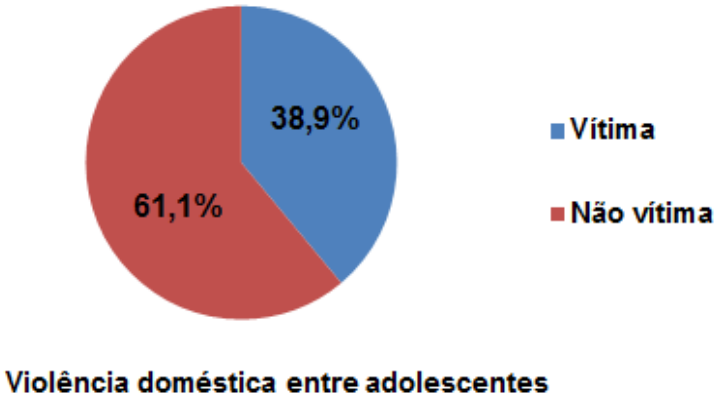
5.2.1 Violência doméstica: da proteção à vulnerabilidade

A família nem sempre se constitui como espaço de proteção, podendo ser ambiente nocivo aos que a compõe principalmente às crianças e adolescentes, por serem hierarquicamente menos poderosos, mais frágeis e dependentes (ASSIS e CONSTANTINO, 2003).

"A antiga ideia de que o delinquente era um estranho que se esconderia numa rua escura vem mudando sua face, e à luz observam-se feições bastante conhecidas, familiares" (DAY et. al., 2003).

A prevalência da violência doméstica referida pelos adolescentes nos seis meses anteriores à pesquisa foi de 38,9% (n= 255) (Figura 4).

Figura 4 – Prevalência de vitimização por violência doméstica entre adolescentes pesquisados – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



Bazon (2008), em estudo sobre análise da violência contra crianças e adolescentes feitas ao Conselho Tutelar da cidade de Ribeirão Preto – SP entre os anos de 2000 a 2003 evidenciou que 44,1% dos casos notificados foram de violência doméstica.

Schraiber et al. (2002), em estudo realizado em serviço de saúde no município de São Paulo com mulheres de 15 a 49 anos observou que 44,4% delas relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta. Dentre todas as mulheres entrevistadas, observou-se que 34,1% dos casos de violência partiram de companheiros ou familiares.

Nesse estudo, a prevalência da violência doméstica dentre adolescentes do sexo feminino foi de 44,1%, enquanto que dentre o sexo masculino foi de 31,1% (Tabela 7).

Tabela 7 - Prevalência da violência doméstica entre adolescentes do estudo segundo sexo - Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

	Violência Doméstica			
	SIM (vítima)	**NÃO (não vítima)**	**Total***	**P**
	% (n)	**% (n)**	**% (n)**	
Sexo (n=649)				<0,001∞
Feminino	44,1 (167)	55,9 (212)	100 (379)	
Masculino	31,1 (84)	68,9 (186)	100 (270)	

***Foram excluídos os dados referentes aos adolescentes (7) que não responderam a variável sexo.

∞ p< 0,05 pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer

O que se observa é que episódios de violência doméstica refletiram diferenças estatisticamente significantes entre sexos para explicação da violência doméstica (p< 0,001), sendo maior entre adolescentes do sexo feminino.

Os achados nos remetem à reflexão de que proporções mais elevadas de violência doméstica entre o sexo feminino encontradas nesse estudo corroboram com pesquisas que evidenciam a influência do contexto sociocultural e as diferenças entre gênero no que tange à temática. No entanto, o que se observa é que dentre a população de estudo os percentuais tanto de homens quanto de mulheres que referiram ter sofrido violência doméstica nos 6 meses anteriores à pesquisa foram elevados.

Guimarães e Villela (2011) também observaram maiores proporções de vitimização entre mulheres, pois, dos casos de violência entre crianças e adolescentes atendidos no IML em Maceió, 48,6% eram adolescentes do sexo feminino e 14,2% eram do sexo masculino.

D'Oliveira (2009), ao estimar a prevalência de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo entre mulheres de 15 a 49 anos, verificou que 28,9% das residentes no município de São Paulo e 36,9% das mulheres da Zona da Mata Pernambucana haviam vivenciado situação de violência na vida, o que reafirma a influência de gênero sobre a temática, corroborado pelas altas prevalências encontradas entre as adolescentes desse estudo.

Inquérito realizado em serviços sentinelas de urgência e emergência em 11 municípios brasileiros no ano de 2009 verificou que 69,82% dos casos de violência

doméstica, sexual e/ou outras violências ocorreram entre mulheres (BRASIL, 2011b).

Cavalcanti e Duarte (2004), ao avaliar o perfil das vítimas de violência doméstica na região metropolitana de João Pessoa através de laudos do IML, verificaram que eram preferencialmente mulheres (63,8%), com maior prevalência entre a faixa etária de 11 a 15 anos.

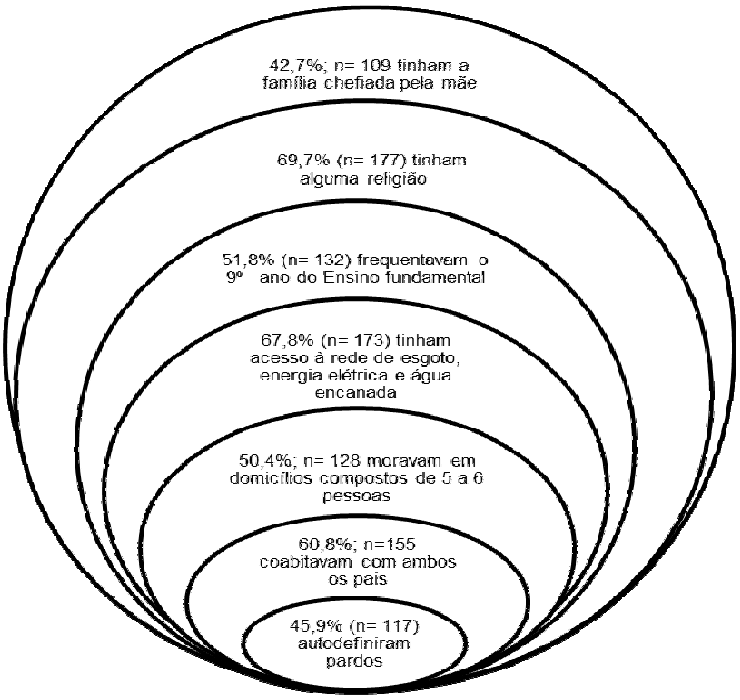
Campos (2006), em estudo sobre vítimas de violência sexual em serviço de saúde, também constatou maiores proporções desse tipo de violência entre pessoas do sexo feminino, que atingia principalmente, adolescentes e pré-púberes.

O que se observa é um grande investimento da comunidade científica em pesquisar mulheres vitimizadas por violência em suas diversas interfaces, dada altas prevalências do evento entre essas e a diferença manifesta entre os sexos, o que encerra uma questão de gênero. Remete-nos, assim, à reflexão acerca da necessidade de políticas públicas que considerem as especificidades e vulnerabilidade desse grupo, pois constitui além de uma violação de Direitos, uma grande questão de Saúde Pública (Heise et. al., 1999).

Sobre a faixa etária, as maiores proporções de vitimização por violência doméstica dentre os adolescentes desse estudo foi verificada entre homens que tinham 13 anos (39,3%; n= 33) e mulheres que tinham 14 anos (41,9%; n= 70). Foram observadas ainda, diferenças estatisticamente significantes entre vítimas e não vítimas de violência doméstica na explicação das variáveis sexo ($p< 0,001$); coabitação ($p=0,026$), chefia de família ($p= 0,022$) e nível de escolaridade ($p=0,028$).

Dentre o grupo dos vitimizados as maiores prevalências foram encontradas entre as mulheres e entre os que cursavam o 9º ano do Ensino Fundamental (Figura 5). Entre os não vitimizados, os que viviam com ambos os pais e tinham o pai como chefe de família apresentaram maiores frequências.

Figura 5 – Perfil dos adolescentes vítimas de violência doméstica, segundo características sociodemográficas - Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



Em inquérito epidemiológico sobre violência física doméstica entre adolescentes de escolas públicas e particulares do município de Duque de Caxias-RJ, verificou-se que irmãos foram responsáveis por 75,5% das agressões, seguidos dos pais (52,8%) (ASSIS, 1995).

Dentre os adolescentes vitimizados nesse estudo, verifica-se que entre ambos os sexos, irmãos foram os maiores perpetradores de violência, seguidos pela mãe e pai (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição de vitimização segundo sexo - Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

Vítimas de violência doméstica	SEXO			P
	Feminino	Masculino	TOTAL[§]	
	% (n)	% (n)	% (n)	
Relação parental entre agressor e adolescente vitimizado*				
Pai (n= 251)	11,6 (44)	4,4 (12)	8,6 (56)	0,015[∞]
Mãe (n= 251)	16,1 (61)	7,8 (21)	12,6 (82)	0,030[∞]
Irmão(a) (n= 251)	21,1 (80)	17,0 (46)	19,4 (126)	0,268
Outros** (n= 251)	3,7 (14)	4,4 (12)	4,0 (26)	0,130
Tipo de violência doméstica*				
Física (n= 251)	13,5 (51)	15,0 (40)	14,0 (91)	0,006[∞]
Psicológica (n= 251)	40,4 (153)	22,6 (61)	33,0 (214)	< 0,001[∞]
Sexual (n= 251)	0,5 (2)	0,4 (1)	0,5 (3)	0,740
Negligência (n= 251)	1,1 (4)	2,2 (5)	1,4 (9)	0,143

*questão de múltipla escolha; ** Tios (as), primos (as), avós, padrasto/madrasta, amigos, cunhados.
[∞] p< 0,05 pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer
[§] Foram excluídos os dados referentes aos adolescentes (7) que não responderam a variável sexo.

Em pesquisa realizada com adolescentes escolares, Assis (1992) constatou que 52,8% sofriam violência de um ou ambos os pais. O que se observa por meio desse estudo é que há aproximadamente 21 anos, quando então pouco se discutia sobre o tema, a prevalência de violência doméstica perpetrada pelos pais já era expressiva. O mesmo é reafirmado em nosso estudo, em que se destaca que o percentual das mulheres violentadas pelo pai é quase o dobro dos homens, no qual se observam diferenças estatísticas significantes entre sexos para os agressores pai (p= 0,015) e mãe (p= 0,030) (Tabela 8). Isto é, mulheres apresentam maior possibilidade de ser vitimizada por violência doméstica pelos pais em relação aos homens, o que reitera a presença da categoria de gênero em estudos acerca das diversas vertentes da violência.

Campos (2006) verificou que as maiorias dos casos de violência sexual atendidos em serviço de saúde ocorreram na residência das vítimas de ambos os sexos, com maiores proporções entre adolescentes que tinham entre 12 e 14 anos (18,7%). Observa-se ainda que em 97% dos casos notificados entre homens e 72,4% entre as mulheres o agressor era um conhecido, ou pessoa identificável.

Vargas (1999) desmistifica através das estatísticas a tônica do universo simbólico geral que agressores seriam, necessariamente, desconhecidos da vítima. O é reiterado pelo estudo de Campos (2006), no qual entre as vítimas de ambos os sexos que tinham 17 anos ou menos, o agressor era mais frequentemente parente da vítima, sendo o pai citado como agressor em 45,6% dos casos.

França-Júnior (2003) revelou que dentre autores de abuso sexual na infância, a maior proporção foi representada por homens que pertenciam à família, cujas maiores chances de ocorrência estavam no ambiente familiar.

Costa et. al. (2007) relataram que os pais foram responsáveis por 72,7% das agressões de crianças e adolescentes, de acordo com dados registrados nos Conselhos Tutelares da cidade de Feira de Santana – Bahia nos anos de 2003 e 2004, o que corrobora com estudo de Meneghel et. al. (1998) em que dentre adolescentes escolares de Porto Alegre (RS), o pai foi o maior perpetrador de punição física grave.

Cavalcanti e Martins (2008) verificaram dentre as crianças e adolescentes vitimizados por violência física atendidas no IML na cidade de Campina Grande a maior prevalência foi verificada entre adolescente de 13 a 17 anos (75,2%); familiares foram responsáveis por 18,5% das ocorrências.

Adolescentes indianos relataram que 28,6% dos casos de violência física foram perpetrados pelo pai e 38,8% dos de violência psicológica pela mãe (NAGASSAR et. al., 2010).

Schraiber et. al. (2007a), em estudo em serviços de saúde da Grande São Paulo, observou que 45,3% das mulheres vítimas de violência física e/ou sexual na vida foram agredidas por parceiro íntimo.

Para o presente estudo, 29,1% dos casos de violência psicológica foram praticados pelas mães e 16,7% dos casos de violência física foram praticados pelos pais. De acordo com Brito et. al. (2005), em estudo realizado em Centro de referência de atendimentos a vítimas de violência, verificou-se que pais cometeram violência do tipo físico em apenas 5,5% dos casos que foram notificados ao serviço.

Segundo Deslandes (1994), o fato da mãe enquanto principal agressora pode ser explicado pelo fato dessa ser a principal responsável pela educação dos seus filhos, num contexto de adversidade socioeconômica e ou pessoal.

Logo, altas prevalências em relação à mãe perpetradora de violência encontradas nesse estudo, podem estar associadas ao fato da responsabilidade do cuidado estar centrada nela, uma vez que 27,4% dos adolescentes coabitavam somente com a mãe no momento da pesquisa.

Quanto aos tipos de violência doméstica, Garcia et. al. (2008), em estudo realizado no Conselho Tutelar de um município do estado de Pernambuco entre 2000 e 2006 verificaram ocorrências de maus tratos entre crianças e adolescentes, em que 35,3% dos casos se referiam à violência física; 54,2% à violência de negligência; 4,1% psicológica e 6,4% sexual, dados que divergem dos encontrados neste estudo (Tabela 8).

Schraiber et. al. (2007b), verificou que dentre mulheres de São Paulo e Pernambuco, respectivamente, houveram relatos de violência psicológica (41,8%; 48,9%), física (27,2%; 33,7%) e sexual (10,1%; 14,3%) por parceiro íntimo ao menos uma vez na vida.

Bazon (2008) observa que dos casos de violência doméstica notificados, 24,5% eram do tipo física; 29,4% negligência; 12,9% sexual; 7,2% psicológica.

Em estudo, Cavalcanti e Duarte (2008) evidencia que a violência física foi mais prevalente entre homens (55,2%), em que resultados corroboram com os achados desse estudo, porém em menor proporção. Ambos vão ao encontro dos achados de Di Scala et. al., (2000); Rodrigues (2000); Sharma e Gupta (2004) e Sousa et. al. (2010).

Polanczyk (2003) em estudo com adolescentes de 13 a 20 anos do município de Porto Alegre (RS) verificou que a prevalência de violência sexual foi de 2,3% entre escolares, sendo mais prevalente entre as do sexo feminino que tinham entre 15 e 16 anos, cujos achados divergem dos achados nesse estudo (0,5%) (Tabela 8) e dos relatados na literatura, dada questão de foro íntimo, tabu e sigilo a qual de reveste o tema.

De acordo com D' Oliveira et. al. (2009), experiência de abuso sexual na infância pela mulher mostrou-se associado à violência por parceiro íntimo em São Paulo e Zona da Mata Pernambucana, respectivamente (OR 2,47; IC 1,21 – 4,18 e OR 2,18; IC 1,06 – 4,48), fato que merece atenção e investimento em políticas

públicas de saúde e vigilância a fim de romper com o ciclo da violência doméstica e minimizar traumas e consequências futuras provenientes da experiência de abuso.

Costa et. al. (2007) verifica ainda que as maiores prevalências de negligência foram observadas entre a mãe e o pai; a violência psicológica e física entre a madastra, o padrasto e outros familiares; e a sexual entre o padrasto e outros familiares.

O que chama atenção é o fato de se comumente conceber padrastos/madrastas como maiores perpetradores de violência doméstica, no qual não se verificou através dos achados desse estudo.

Pesquisas apontam para o fato de a violência física ser a forma mais visível do fenômeno caracterizada pelo dano físico e enfatizado pelos pais como um método de educar (CAVALCANTI e DUARTE, 2004; ASSIS et. al., 2004). No entanto, o que chama atenção é o fato da violência psicológica ser mais prevalente entre ambos os sexos, apesar de evidenciar diferenças estatísticas significantes entre eles ($p < 0,001$), prevalências duas vezes maiores entre as mulheres (Tabela 8).

O que pode ser ilustrado e ratificado por relatos de alguns adolescentes na questão sobre vitimização de violência doméstica – questão 38 – anexo 6), cuja proposta foi de oferecer um espaço denominado "outros" para que pudessem expor situações de violência doméstica vivenciada e que não estavam listadas.

Minha mãe me xingou de puta, piranha, vadia.
(Adolescente do sexo feminino, 13 anos)

Meu irmão me xingou e me tratou feito um lixo.
(Adolescente do sexo feminino, 12 anos)

Minha mãe e meu padrasto não deixaram eu sair de casa para fazer trabalho na casa dos outros.
(Adolescente do sexo feminino, 13 anos)

Meu padrasto deu cascudos em mim, isso dói!
(Adolescente do sexo masculino, 13 anos)

Assim, observa-se que além das situações de violências os adolescentes descrevem os sentimentos proporcionados por essas, com prejuízo evidente para a auto-estima. Quanto ao último relato apesar de evidenciar um caso aparente de

violência física, também se constitui como uma violência psicológica, uma vez que o tipo físico é via de regra uma violência psicológica. O caráter de subjetividade e sutileza que a reveste a torna um dos tipos de violência mais difíceis de ser identificada, e consequentemente a mais subnotificada (BRASIL, 2002b).

E é por isso que a violência doméstica vem sendo alvo de preocupação, cada vez maior, para o campo da saúde pública, dado grande impacto ao perfil de morbidade da população que se constitui um entrave a ser solucionado e mensurado, por se restringir ao contexto do privado, e por depender da proteção de um familiar que por vezes, não o denuncia, por ser o próprio agressor, constituindo-se assim como principal violadora dos direitos infanto-juvenis.

5.2.2 Sobre dividir a experiência de violência

A revelação da vivência de situação de violência envolve um misto de sentimentos que vão desde vergonha, culpa, descréditos, invisibilidade, medos, preconceitos (Hooks, 1997; Coker et. al., 2000; Rodriguez et. al., 1996; Hathaway et. al., 2000).

Schraiber et. al. (2003) chama atenção para o fato que as dificuldades em dividir a experiência de violência com profissionais de serviços de saúde se manifestam através da dualidade "mulheres não contam e profissionais não perguntam" (grifo do autor), se configurando assim enquanto problemática da comunicação nas relações interpessoais.

O que em partes justificaria os achados desse estudo, no qual profissionais de saúde não foram procurados por nenhum dos adolescentes para relatar a situação de violência doméstica.

A proporção de mulheres (70,1%) que contaram a alguém sobre a situação de violência é maior que as verificadas entre os homens (53,6%), em que apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre sexos (Tabela 9).

Tabela 9 – Relato da situação de violência segundo sexo - Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

	SEXO			
	Feminino	Masculino	TOTAL	P
	% (n)	% (n)	% (n)	
Contou pra alguém sobre a experiência de violência? (n= 251)				0,010*
Sim	70,1 (117)	53,6 (45)	64,5 (162)	
Não	29,9 (50)	46,4 (39)	35,5 (89)	

* p< 0,05 pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer

Em ambos os sexos, a pessoa mais procurada para relatar do evento de violência foi a mãe. No entanto, destaca-se o fato dos homens relatarem ao pai sobre a situação de violência duas vezes mais que as mulheres (37,8%). Tal fato pode estar relacionado com o fato das mulheres terem sido agredidas pelo pai aproximadamente duas vezes mais que os homens, já que não faria sentido a vítima relatar ao possível agressor sobre a situação de violência.

Observa-se que homens dividiram a experiência de violência com o pai em maior proporção que as mulheres. No entanto, mulheres apresentaram maior possibilidade de dividi-las com o namorado(a) (15,4%), amigos (31,6%) e outras pessoas (19,7%) - padrasto/madastra, médico/profissional de saúde, padre/religioso ou policial - em relação aos homens.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de se considerar uma abordagem específica que considere a singularidade de cada sexo no que concerne à criação de espaços de acolhimento e de legitimação da situação de violência de cada indivíduo. Além de empoderar outras pessoas da família para tomada de decisão frente à denúncia da situação de violência, como a mãe, por exemplo, no qual, segundo achados desse estudo, foi a pessoa mais procurada para dividir a experiência de violência e, portanto, com maior potencial de rompimento com o caráter privado que envolve a questão da violência doméstica.

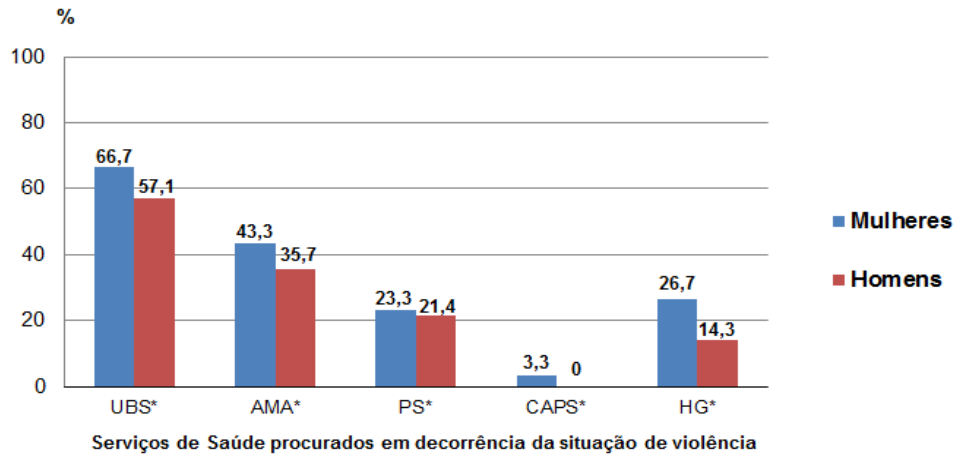
5.2.3 Buscando ajuda

Apenas 16,7% (n=42) das vítimas referiram necessidade de procurar um serviço de saúde em decorrência da agressão. Uma possível explicação é o fato da grande maioria dos casos de violência referidas nesse estudo terem sido do tipo psicológica, pois, por não ocasionar sintomas físicos e visíveis o evento acaba sendo negligenciado e não conferido a atenção necessária.

No entanto, as consequências do evento podem ser percebidas, na maioria das vezes, a longo prazo, devido as dificuldades em mensurar e estabelecer nexo causal entre violência e sintomas, o que pode ser ilustrado por estudos acerca da exposição à violência psicológica no qual evidenciam fatores de risco que vão desde transtornos alimentares, distúrbios somáticos até depressão e ansiedade (BIFULCO et. al., 2002; SCHOEMAKER et. al., 2002; LIU et, al., 2009)

Dentre os que mencionaram a necessidade de procurar um ou mais serviços de saúde, observam-se proporções maiores em relação à procura pelo serviço de atenção primária (UBS) (Figura 6), possivelmente pela maior facilidade de acesso já que está situado no território onde residem, por ser público, ou por ser esse um serviço de saúde que enfatizam o acolhimento e o vínculo como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS (Lopez et. al., 2002; Malta, 2001; Franco et. al., 1999), o que tende a aproximar população do serviço em questão.

Figura 6 - Percentual de adolescentes vitimizados por violência doméstica que procuraram serviço de saúde em decorrência do evento, segundo sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



* questão de múltipla escolha. UBS: Unidade Básica de Saúde; AMA: Atendimento Médico Ambulatorial; PS: Pronto Socorro; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; HG: Hospital Geral.

No entanto, Ramos e Silva (2011), em estudo sobre atuação do profissional de saúde de Unidade Básica de Saúde (UBS) frente à situação de violência, enfatiza que os sentimentos dos profissionais de saúde vão desde despreparo até a desproteção e manejo dos casos. Dificuldade manifesta também em relação à identificação da violência doméstica entre os usuários que esbarra na falta de capacitação dos profissionais e assistência multidisciplinar (Oliveira et. al. 2011; Salber e McCaw, 2000), realidades que acabam contribuindo para a subnotificação e privando as vítimas de tratamento adequado.

Sobre impacto da exposição à violência doméstica, apenas 8,0% dos vitimizados (n= 20) afirmaram considerar que sua saúde física foi afetada; em relação à saúde mental, verificaram-se proporções duas vezes maiores (16,3%; n= 41), em que se observam diferenças estatisticamente significantes entre os sexos (p = 0,001).

Os achados para o prejuízo em relação à saúde mental vão ao encontro das maiores proporções de violência psicológica constatada entre as mulheres, no qual segundo Schraiber (2003) o sofrimento desencadeado pela situação de violência tende a ser transformado em psicopatologias passíveis de intervenções

medicamentosas, com a qual médicos estão familiarizados e, portanto, não sendo oferecida às vítimas a atenção adequada. Sofrimento esse que pode ser ilustrado pelo discurso de uma adolescente, no qual se caracteriza uma violência do tipo físico e psicológico,

> *"Eu acho que a violência é muito exagerada, porque teve um dia que meu pai me bateu e eu fiquei roxa de tanto apanhar. Meu braço e minhas pernas também".* (Adolescente do sexo feminino, 13 anos)

Logo, segundo Schraiber et. al. (2003), sentimento de acolhimento pelo profissional de saúde e uma postura pautada em um modelo biomédico, centrado na doença e patologizante constituem entraves a serem superados, do contrário reforçar-se-á assim o ciclo da invisibilidade presentes nas situações de violência.

Não obstante, Campos (2006) atenta para o fato de que, o fato das vítimas de violência não procurarem um serviço de saúde não permite presumir que não sofram violência, pois, pode se supor que, ao se depararem com tal situação, permanecem "emudecidas pela sociedade" (grifo do autor), tornando-se ocultas, sem que se valham de seus direitos, em detrimento da sua exposição. Como se verifica principalmente nos casos de violência sexual, em que, a maior parte das vítimas não registram queixas por constrangimento, receio de humilhação e medo da falta de compreensão ou interpretação ou julgamento de familiares, amigos, vizinhos e autoridades (WHO, 2002; Ribeiro et. al., 2004).

Tendo como pressuposto que atos violentos contra crianças e adolescentes, principalmente no contexto familiar, podem ser potencializados pelo consumo de álcool e drogas (OMS, 2002), falta de acesso a serviços de saúde e lazer, serão apresentadas a seguir informações relacionadas aos temas, já que podem ser predisponentes e indicativos de vulnerabilidade para ocorrência do evento.

5.2.4 Consumo de álcool e drogas por adolescentes e acesso a serviços de saúde e lazer: aproximações com vitimização por violência doméstica

Dentre os adolescentes do estudo 40,5% (n= 263) referiram já ter feito uso de álcool pelo menos alguma vez na vida. Em relação ao uso de drogas, 4,8% (n=31) deles haviam consumido a substância pelo menos uma vez na vida.

A proporção dos adolescentes que haviam consumido álcool (15,5%) e drogas (1,2%) e ainda o faziam no momento da pesquisa foram maiores entre adolescentes que vivenciaram situação de violência doméstica nos últimos seis meses em relação aos não vitimizados (Tabela 10).

Tabela 10 – Consumo de álcool e drogas por adolescentes do estudo, segundo sexo e vitimização ou não por violência doméstica - Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

	SEXO						TOTAL		
	Masculino			Feminino					
	Vítima	Não Vítima	P[µ]	Vítima	Não Vítima	P[µ]	Vítima	Não Vítima	P[µ]
	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	
Consumo de álcool (n= 649)			0,173			0,102			0,057
Já fiz, mas não uso mais	26,2 (22)	28,5 (53)		33,5 (56)	23,6 (50)		31,1 (78)	25,9 (103)	
Já fiz e ainda faço uso	15,5 (13)	7,0 (13)		15,6 (26)	14,2 (30)		15,5 (39)	10,8 (43)	
Nunca usei	57,1 (48)	62,4 (116)		49,7 (83)	59,4 (126)		52,2 (131)	60,8 (242)	
Em branco	1,2 (1)	2,2 (4)		1,2 (2)	2,8 (6)		1,2 (3)	2,5 (10)	
Total* % (n)	100 (84)	100 (186)		100 (167)	100 (212)		100 (398)	100 (251)	
Consumo de drogas (n= 649)			0,160			0,711			0,596
Já fiz, mas não uso mais	4,8 (4)	3,2 (6)		4,8 (8)	3,3 (7)		4,8 (12)	3,3 (13)	
Já fiz e ainda faço uso	2,4 (2)	0 (0)		0,6 (1)	1,4 (3)		1,2 (3)	0,8 (3)	
Nunca usei	90,5 (76)	93,0 (173)		92,2 (154)	92,0 (195)		91,6 (230)	92,5 (368)	
Em branco	2,4 (2)	3,8 (7)		2,4 (4)	3,3 (7)		2,4 (6)	3,5 (14)	
Total* % (n)	100 (84)	100 (186)		100 (167)	100 (212)		100 (251)	100 (398)	

[µ] Cálculo realizado pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer.
[*]Foram excluídos os dados referentes aos adolescentes (7) que não responderam a variável sexo.

O que se observa é que o uso de álcool ou drogas pode estar associado à vitimização por violência doméstica, conforme constata Heise et. al. (2002) e D' Oliveira et. al. (2009), através de associações entre padrão de consumo abusivo de álcool e violência por parceiro íntimo, no qual o uso da substância poderia indicar mecanismos de lidar com a situação.

No entanto, não é possível realizar inferências causais/temporais entre os eventos, e, portanto, avaliar se o uso de álcool ou drogas é causa ou consequência para a condição de vitimização devido o desenho metodológico do estudo, em que esse tipo de estudo (transversais) é limitante no que concerne às inferências para estabelecer a direção dos eventos. Isto é, não é possível detectar se os adolescentes usavam álcool e drogas e por isso foram vítimas de violência doméstica; ou se eram vítimas e, portanto, faziam uso como alternativa para suportar a situação a qual estavam submetidos.

Destaca-se o aumento do percentual de não resposta ("em branco") do consumo de drogas em relação ao do álcool. Segundo Duailibi & Laranjeira (2007), "o uso de álcool possui contexto social, cultural e comunitário" (p.846), no qual a relação entre maior número de ausência de respostas para o uso de drogas em relação ao de álcool possa ser atribuído ao ideal de maior aceitação do consumo de álcool em relação ao uso de drogas pela sociedade, não só por conta da licitude que reveste a prática, mas pelo caráter de socialização e fomento da mídia.

Em revisão sistemática da literatura acerca de estudos populacionais ou de base escolar sobre uso de álcool e tabaco em adolescentes brasileiros (10 a 19 anos) publicados até o mês de junho de 2011, observou-se prevalência de uso de álcool que variaram entre 23,0% a 67,7%, cuja prevalência média foi de 34,9% (BARBOSA FILHO et. al., 2012).

Ao estratificar o uso de álcool por sexo, estudos encontraram taxas de prevalência mais altas entre adolescentes do sexo masculino (COSTA et. al., 2004; FARIAS JUNIOR et. al.; 2007; TAVARES, et. al., 2001)

Para o município de São Paulo para o ano de 2003, a prevalência do uso de álcool entre adolescentes de 12 a 19 anos foi de 38,6% (BIGIO et. al., 2001); já para o ano de 2006, os achados evidenciam aumento considerável do uso entre adolescentes de 14 a 19 anos (52,4%) (CESCHINI et. al., 2009).

Dados da PeNSE, revelam que a prevalência do uso de álcool entre adolescentes dos 9º anos do ensino fundamental foi de 27,3% (IBGE, 2009).

Segundo Horta et. al. (2007) o consumo de álcool também foi mais prevalente entre os meninos. Por outro lado, a proporção de adolescentes que relataram uso de drogas ilícitas não esteve relacionada ao gênero. Verifica-se nessa pesquisa que, em geral, entre as mulheres havia maior consumo de drogas e álcool, o que pode indicar risco de expansão do consumo da substância por mulheres de outras faixas etárias em gerações futuras, o que justifica preocupação e esforços específicos.

De acordo com Zaleski (2010), com relação à percepção do consumo de álcool por parceiro íntimo, homens relataram que sua parceira havia consumido álcool em 30,8% dos episódios de violência, enquanto as mulheres relataram que seus parceiros tinham consumido em 44,6% dos episódios.

D'Oliveira (2009), em estudo sobre fatores associados à violência entre parceiros íntimos observou 65,7% das mulheres paulistas e 64,0% das pernambucanas apresentavam problemas com bebida alcoólica, no qual revelaram associação positiva - na análise multivariada - com violência entre parceiro íntimo (OR 4,83; IC 2,03 – 11,49) e (OR 3,76; IC 1,28 – 11,08) respectivamente. Ainda segundo os autores, "estes problemas podem ser estigmatizantes para as mulheres e podem representar, em parte, formas de lidar com a violência por parceiro íntimo, além de poderem deflagrar tais episódios".

5.2.5 Sobre cuidados a saúde e atividades de lazer

No tocante à ida a um serviço de saúde nos últimos seis meses observam-se proporções divergentes dentre os adolescentes entrevistados, no qual 39,5% (n= 211) dos homens e 60,5% (n= 323) mulheres estiveram em um serviço da saúde no mesmo período. Apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre sexos (p= 0,021), o que reforça o ideal de que entre as mulheres há maior preocupação com o cuidado à saúde em relação aos homens, em que é culturalmente mais comum entre elas.

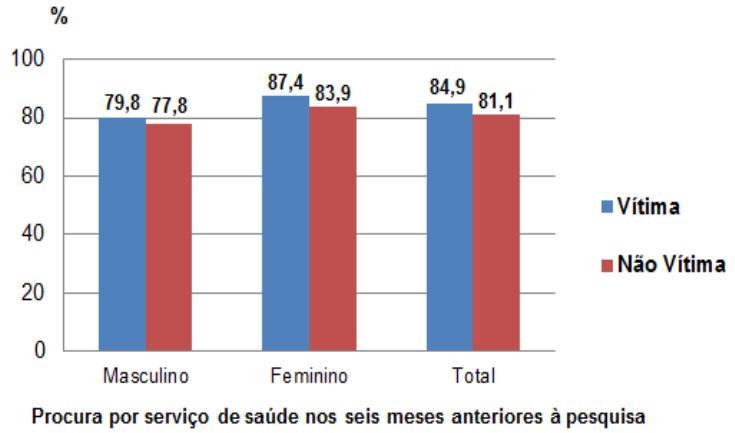
Dentre os motivos pelo qual os homens procuram pouco os serviços de saúde estão o fato de que

> "os cuidados em geral são percebidos como femininos, e não masculinos; os homens costumam ser vistos como fortes e invencíveis e, por isso, só buscam ajuda quando os problemas se agravam, quando não conseguem trabalhar; os serviços de atenção básica costumam ser vistos como lugar de crianças, mulheres e idosos; e as ações de atenção básica voltadas para os segmentos masculinos ainda são tímidas" (GOMES, 2009).

Adolescentes do estudo em questão estiveram quase que em sua totalidade em serviços de saúde de caráter público, no qual apenas dois referiram ter ido a um serviço particular.

O que se observa é a grande maioria dos adolescentes que sofreram violência nos últimos seis meses estiveram em um serviço de saúde (84,9 %; n=216) nesse período (Figura 7). No entanto, apenas 16,7% desses referiram tê-los procurado por conta da situação de violência.

Figura 7 - Percentual de adolescentes do estudo que procuraram serviço de saúde nos seis meses anterior à pesquisa, segundo vitimização ou não por violência doméstica e sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



Dentre os motivos mais prevalentes para ida ao serviço observou-se que homens procuraram o serviço só quando ficaram doentes (41,0%; n= 153), ou seja, quando apresentaram um evento agudo, como cair e machucar, apresentar doenças

infecto-contagiosas, doenças diarréicas e respiratórias, cefaléias, entorses, entre outras.

Em contrapartida, mulheres do estudo procuraram-no em maior proporção devido a questões relacionadas à prevenção (65,8%; n=98) - consultas de rotina, realização de exames clínicos ou para tomar vacina.

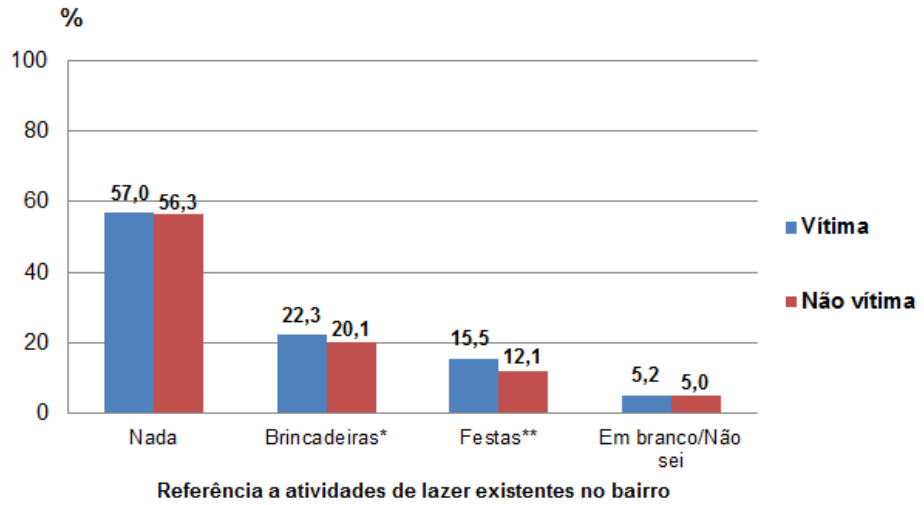
No entanto, chama atenção o fato de que entre as mulheres vitimizadas a ida ao serviço ocorreu com maior frequência quando ficavam doentes (72,0%; n= 103); o que pode ser explicado pelas ameaças constantes a qual estão expostas vítimas de violência por parte dos agressores, por receio da identificação do contexto de violência a qual estão inseridas.

Porém, independente do motivo da ida ao serviço de saúde, grande parte das vítimas entraram em contato com profissionais de saúde no mesmo período em que a situação de violência foi vivenciada. O que se depreende é que tanto serviço de saúde, quanto instituição de ensino ainda não se constitui espaço de apoio e suporte a pessoas em situação de violência.

Desse modo, salienta-se a importância da capacitação de profissionais de saúde para abordagem e identificação de vítimas de violência, a fim de cessar o ciclo da violência, prestar esclarecimentos sobre medidas a serem tomadas e minimizar as consequências desencadeadas pelo evento.

Em relação ao acesso a equipamentos de lazer, observam-se proporções semelhantes entre adolescentes vitimizados ou não por violência doméstica, no qual referiram que no bairro em que moravam não tinha “nada” para se divertir (Figura 8).

Figura 8 - Percentual de adolescentes do estudo em relação à referência a atividades de lazer existentes no bairro, segundo vitimização ou não por violência doméstica e sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



*Brincadeiras: Jogar futebol, Andar de bicicleta, Soltar pipa, Lan house, Piscinão, Bosque; ** Festas: Rua 30, festas, Pancadão/Baile Funk

O que chama atenção é a percepção de grande número de adolescentes quanto à escassez de recursos e ofertas de equipamentos de lazer no bairro em que viviam, no qual restam a esses criar alternativas de lazer para diversão/distração no locus em questão.

Dentre as alternativas de lazer encontradas, verifica-se que homens não vítimas se divertiam em maior proporção através de brincadeiras (jogar futebol, andar de bicicleta, soltar pipa, ir à lan house, piscinão e bosque) em relação aos não vitimizados.

Ressalta-se que "Piscinão" e "bosque" são espaços arborizados com água represada de má qualidade, que misturada ao esgoto oferece à população condições de insalubridade, o que pode ser depreendido no discurso de adolescentes acerca do que o bairro fornece à população em termos de lazer (questão 61, anexo 6).

Tem o bosque, mas em péssimas condições.
(Adolescente do sexo feminino, 17 anos)

Dentre os adolescentes vítimas, o principal meio de se divertir no bairro é ir para rua 30 – principal rua do bairro onde ocorrem festas, baile funk/pancadão e

festas (Figura 8). Interessante destacar que no momento da pesquisa os adolescentes referiam grande frustração ao falar do baile funk/pancadão, no qual por determinação da polícia relataram situação de confronto violento com os mesmos, o que culminou com o encerramento de algo que gostavam muito.

Abromovay et. al. (2002) ressalta-se que embora a violência esteja associada à pobreza, não é sua consequência direta, "mas sim da forma como as desigualdades sociais, a negação do direito ao acesso a bens e equipamentos de lazer, esporte e cultura operam nas especificidades de cada grupo social desencadeando comportamentos violentos".

Lazer, esporte, arte e cultura exercem "um papel fundamental na formação da visão de mundo, na construção da identidade e no enfrentamento dos tabus culturais" (Minayo et. al., 1999, p. 50) para jovens e adolescentes.

Segundo Abramovay et. al., (2002), é por meio de atividades como essas que os jovens internalizam valores, fazem suas escolhas, dão vazão a sentimentos de frustração e protesto, e constroem laços de solidariedade e cooperação com outros, constituindo-se como poderosos canais de expressão e afirmação positiva da identidade, e por essa razão fortes contrapontos à violência.

Ainda de acordo com Abramovay et. al. (2002), "*em locais onde se registram precárias condições de infra-estrutura e reduzida oferta de atividades culturais, esportivas e de lazer, uma das poucas opções de diversão que resta aos jovens é o futebol"* (p. 55), no qual meninos ocupam posição privilegiada em relação às meninas, dadas as diferenças de gêneros, em que, independente das condições socioeconômicas desfavoráveis e da má qualidade dos recursos e equipamentos de lazer dessa população , meninos tem mais acesso.

O que também pode ser depreendido através dos discursos dos adolescentes no que tange ao lazer no bairro, quando indagados sobre o que o local oferece como diversão.

Nada, o que tinha eles (policiais) tiraram.
Adolescente do sexo feminino, 15 anos, sobre o término do baile funk/pancadão proibido por policiais, mediante situação de confronto e violência. Referência feita por vários outros adolescentes.

A rua 30, as pessoas saem pra andar e se distrair.
Adolescente do sexo masculino, 14 anos, sobre principal rua do bairro.

Quadra e campo de futebol com condições precárias.
Adolescente do sexo masculino, 15 anos.

Escola da Família e igreja.
Adolescente do sexo feminino, 14 anos

Parque, mas é muito perigoso.
Adolescente do sexo masculino, 16 anos, sobre o parque que sofre grande influência do tráfico de drogas.

Nada, meu bairro é muito chato.
Adolescentes do sexo feminino, 12 anos.

Lama, muitas drogas e viciados.
Adolescentes do sexo masculino, 12 anos.

Quadra da escola que nunca fica aberta a todos.
Adolescentes do sexo masculino, 13 anos.

Tem turismo, mas não há condições de divulgação para todos.
Adolescentes do sexo feminino, 14 anos, sobre o potencial turístico subaproveitado do bairro.

"Nada, é uma bosta, vou brincar com os blocos, põe isso na mídia. Nós queremos nos divertir!"
Adolescentes do sexo feminino, 12 anos.

Vou ao shopping/cinema.
Referência de vários adolescentes ao shopping/cinema mais próximo que dista aproximadamente 25 Km do bairro.

Chama atenção sobre a maneira que adolescentes encontraram de ressignificar os meios de se divertir e de conceber o lazer, no qual é desvelado através de discursos que vão desde "ajudar em casa", "trabalhar" e "cuidar de sobrinhos ou irmãos" (grifos nosso).

Em análise sobre dados das condições de bairros da Zona Sul do município de São Paulo, Cardia e Schiffer (2002) verificam que são características do local: desemprego expressivo, a falta de equipamentos de lazer e de acesso à cultura que tem implicações sobre a importância atribuída ao não ter o que fazer, no qual estão associados ao uso de drogas e ao alcoolismo, à depressão e à violência familiar.

Apesar desse estudo não permitir afirmar que a falta de acesso a equipamentos de lazer tem relação direta com vitimização por violência doméstica, observa-se, que podem exercer grande influência sobre o desencadeamento do

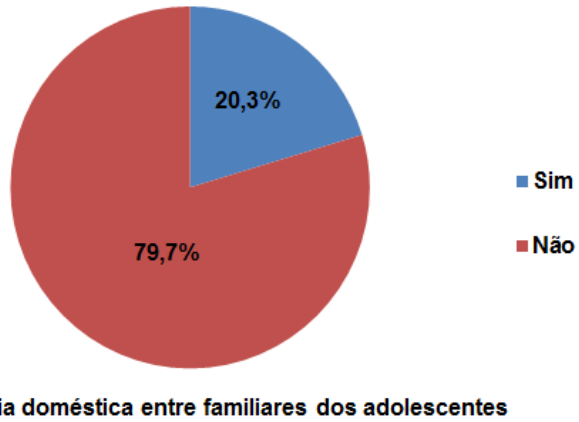
evento, além de estar garantido através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu quarto capítulo o direito ao acesso à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer (BRASIL, 1990).

Desse modo, após apresentadas e discutidas características mais do âmbito individual dos adolescentes e suas possíveis implicações para situações de violência doméstica, o próximo subcapítulo versa sobre questões do âmbito mais coletivo que, direta ou indiretamente, exercem influência sobre a perpetração e reprodução da violência.

5.2.6 Prevalência de violência doméstica entre familiares e reprodução de comportamentos violentos

A prevalência de violência doméstica entre os familiares dos adolescentes do estudo foi de 20,3% (n=132) (figura 9), sendo maior entre os familiares dos homens (21,9%), porém estatisticamente semelhantes.

Figura 9 - Prevalência de vitimização por violência doméstica entre familiares dos adolescentes pesquisados – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



Dentre adolescentes vítimas de violência doméstica, a prevalência de violência entre seus familiares (31,5%), foi proporcionalmente maior que entre os

familiares dos não vitimizados, sendo estatisticamente diferente tanto entre os sexos, quanto entre vitimizados ou não por violência doméstica (Tabela 11).

Tabela 11 – Prevalência de violência doméstica entre familiares dos adolescentes em estudo e agressores segundo vitimização ou não por violência doméstica e sexo. Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

	SEXO						TOTAL		
	MASCULINO			FEMININO					
	Vítima	Não Vítima	P	Vítima	Não Vítima	P	Vítima	Não Vítima	P
	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	
Violência doméstica entre familiares (n= 649)			< 0,001∞			< 0,001∞			< 0,001∞
Sim	35,7 (30)	15,6 (29)		29,3 (49)	11,3 (24)		31,5 (79)	13,3 (53)	
Não	64,3 (54)	84,4 (157)		70,7 (118)	88,7 (188)		68,5 (172)	86,7 (345)	
Total * % (n)	100 (84)	100 (186)		100 (167)	100 (212)		100 (251)	100 (398)	

*Foram excluídos os dados referentes aos adolescentes (7) que não responderam a variável sexo.
∞ p< 0,05 pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer.

Segundo Assis et. al. (2004) os dados poderiam indicar uma circularidade das agressões no universo relacional, isto é, a violência, prática presente nos domicílios, acaba sendo estendida a todas as pessoas que habitam o local. O que é reiterado pelos achados do estudo de Jewkes et. al. (2002), que desvelam o risco aumentado para sofrimento de violência por parceiro íntimo na vida adulta entre aqueles que sofreram violência física pelos pais, reafirmando assim o ciclo da violência doméstica.

Quanto à relação parental estabelecida entre adolescentes do estudo e familiares que vivenciaram situação de violência doméstica, observa-se que os irmãos foram os maiores vitimizados. Essa tendência se manteve entre os adolescentes do estudo quando estratificados por vitimizados ou não por violência doméstica (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da relação parental do adolescente com o familiar vitimizado e perpetrador da violência doméstica segundo sexo e vitimização ou não por violência doméstica. Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

	SEXO						TOTAL		
	MASCULINO			FEMININO					
	Vítima	Não Vítima	P [µ]	Vítima	Não Vítima	P [µ]	Vítima	Não Vítima	P [µ]
	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	
Relação parental do adolescente com o familiar vítimizado*									
Pai (n= 132)	3,3 (1)	10,3(3)	0,284	14,3 (7)	12,5 (3)	0,835	10,1 (8)	11,3 (6)	0,827
Mãe (n= 132)	23,3 (7)	37,9 (11)	0,223	24,5 (12)	33,3 (8)	0,426	24,1 (19)	35,8 (19)	0,142
Irmãos (n= 132)	50,0 (15)	51,7 (15)	0,895	49,0 (24)	33,3 (8)	0,206	49,4 (39)	43,4 (23)	0,500
Outros** (n= 132)	20,0 (6)	17,2 (5)	0,786	18,4 (9)	29,2 (7)	0,295	19,0 (15)	22,6 (12)	0,610
Relação parental do adolescente com o agressor*									
Pai (n= 132)	20,0 (6)	34,5 (10)	0,211	28,6 (14)	20,8 (5)	0,479	25,3 (20)	28,3 (15)	0,703
Mãe (n= 132)	13,3 (4)	31,0 (9)	0,101	12,2 (6)	16,7 (4)	0,606	12,7 (10)	24,5 (13)	0,078
Irmãos (n= 132)	23,3 (7)	20,7 (6)	0,807	30,6 (15)	25,0 (6)	0,619	27,8 (22)	22,6 (12)	0,502
Outros** (n= 132)	30,0 (9)	20,7 (6)	0,412	14,3 (7)	20,8 (5)	0,478	20,3 (16)	20,8 (11)	0,944

*questão de múltipla escolha; ** Tios (as), primos (as), avós, padrasto/madrasta, amigos, cunhados.
[µ] Cálculo realizado pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer.

Em relação ao agressor dos familiares do adolescente, verifica-se que o pai é o principal perpetrador de violência doméstica (26,5%). Entre os homens, 27,1% dos agressores são os pais e entre as mulheres irmãos são mais violentos com outras pessoas da família (28,8%). Entre os familiares dos adolescentes vítimas de violência doméstica, irmãos também foram os mais violentos (27,8%), já entre os dos não vitimizados os pais foram mais violentos (28,3%) (Tabela 12).

De acordo com D' Oliveira et. al. (2009), violência física conjugal entre os pais da mulher mostrou-se associado à violência por parceiro íntimo em São Paulo e Zona da Mata Pernambucana, respectivamente (OR 2,48; IC 1,69 – 3,64 e OR 1,52; IC 1,09 – 2,13).

Para Saffioti (1997), gênero é um dos principais conjuntos de regras construídas socialmente para reger o comportamento das pessoas.

Segundo a autora, a noção de gênero "regula as relações entre homens e mulheres, as relações entre homens e as relações entre mulheres, especificando as condutas socialmente aceitáveis quanto ao sexo".

É importante destacar que irmãos dos adolescentes vítimas de violência doméstica também foram os maiores vitimizados (49,4%), cujos agressores foram preferencialmente outros irmãos (27,8%), seguidos do pai (25,3%), o que reforça o ciclo da violência em que, irmãos são agredidos e revidam com violência (Tabela 12).

Destaca-se, ainda que dos adolescentes que não vítimas de violência doméstica, 43,4% dos seus irmãos foram agredidos, cujo pai foi o maior agressor (28,3%) (Tabela 12).

Achados de estudo de Meneghel et. al. (1998), revelaram que punição física de adolescentes foi um padrão de conduta mais disseminado entre famílias de baixa renda, no qual o adulto mais punitivo foi o pai (44%), em que adolescentes punidos tiveram oito vezes mais chances de serem violentos com os irmãos.

No entanto, Assis et. al. (2004), observou que, dentre adolescentes escolares, estudar em escola pública ou privada não implicou diferença quanto à ocorrência de violência.

Deb & Modak (2010), observaram que violência física foi mais prevalente em famílias de alta renda ($p < 0,001$) enquanto que dentre crianças de famílias de menor renda a prevalência de violência psicológica foi maior ($p < 0,001$); violência sexual foi encontrada igualmente prevalente em todos os grupos sócio-económicos.

O estudo em questão desmistifica o ideal de que a violência doméstica é uma prática restrita às classes sociais desfavorecidas e, por outro lado reforça que tal associação pode ser atribuída ao fato de as populações pesquisadas serem, em sua grande maioria, pessoas de baixo poder aquisitivo.

De modo geral, o que se observa é uma tendência da prática de violência doméstica ser banalizada, naturalizada e estendida a todos os filhos, no qual, são justificadas pelos agressores como formas de educar e corrigir transgressões do comportamento (Minayo, 2002; Silva et. al., 2002).

Logo, através dos achados observamos relação diretamente proporcional entre vitimização do adolescente por violência doméstica e de outras pessoas da família,

no qual, ser vítima de violência nessa realidade prediz que outras pessoas da família também o sejam, o que nos leva a reflexão de que a prevalência de violência doméstica pode ser ainda maior entre a população desse estudo, se se considerar que tal prática é estendida às outras pessoas do domicílio.

Dessa forma, apresentaremos no próximo sub-capítulo o padrão de consumo de álcool e drogas por familiares dos adolescentes e aproximações com a violência.

5.2.7 Consumo de álcool e drogas por familiares

Segundo Gomes et. al. (2006), 34,2% dos agressores de crianças e adolescentes tinham feito uso de álcool. Estudos também observam alta prevalência do consumo de álcool e drogas entre perpetradores de violência doméstica e o associam com o aumento da chance de ocorrência do evento (Assis, 1995; Nagassar et. al., 2010; Paredes et. al., 2010; Zaleski et. al., 2010; Bott et. al., 2012).

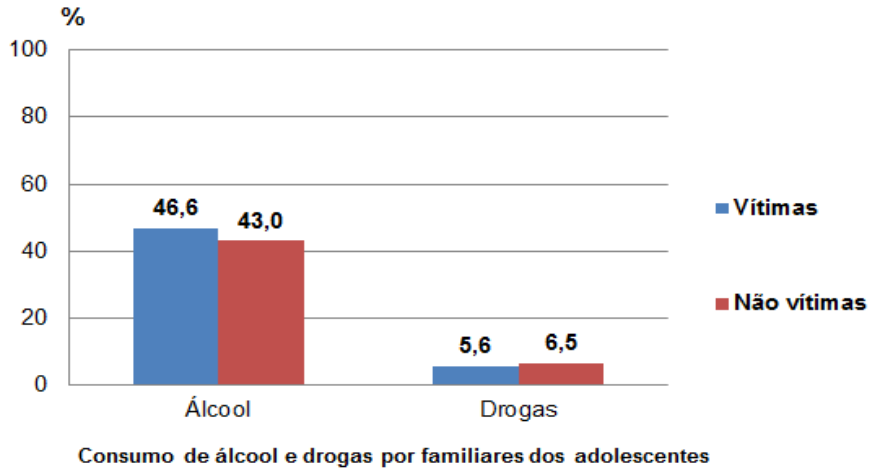
Moore et. al. (2010), encontrou correlação positiva entre violência familiar e história familiar de abuso de substâncias e níveis mais elevados de comportamentos de consumo de álcool.

A prevalência do uso de álcool entre familiares dos adolescentes desse estudo foi de 44,4% (n=288), já o de drogas foi de 6,2% (n= 40). Verifica-se maior consumo tanto de álcool (46,2%), quanto de drogas (6,3%) entre familiares de adolescentes do sexo feminino, no entanto, não se evidenciam diferenças estatisticamente significantes entre sexos.

Observa-se, ainda, pequena diferença quanto ao consumo de álcool e drogas por familiares dos adolescentes quando estratificados por vítimas e não vítimas de violência doméstica, cujo maior consumo de álcool se deu entre familiares daqueles que foram vitimizados por violência doméstica (46,6%; n=117) e o de drogas dentre os familiares dos que não haviam sido vitimizados por essa (6,5%) (Figura 10).

No entanto destaca-se a proporção duas vezes maior do consumo de drogas entre familiares dos homens não vitimizados por violência doméstica (7,0%; n=13) em relação aos vitimizados.

Figura 10 - Percentual de consumo de álcool e drogas por familiares dos adolescentes do estudo segundo vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



Acerca do grau de parentesco entre o adolescente e o usuário de álcool ou drogas verificam-se nesse estudo proporções semelhantes de consumo de álcool entre pai e mãe dos adolescentes vitimizados ou não por violência doméstica e de uso de drogas entre pai e irmãos desses, não apresentando diferenças estatísticas significantes.

No entanto, irmãos de adolescentes não vitimizados por violência doméstica apresentaram proporção duas vezes maior de consumo de álcool em relação aos irmãos dos vitimizados (22,1%), em que evidenciaram diferenças significantes ($p = 0,008$). Entre mães de adolescentes vítimas de violência doméstica observou-se proporção quase duas vezes maior de consumo de drogas em relação às mães dos adolescentes não vitimizados, apesar de não apresentarem significância estatística.

Desvela-se que apesar do consumo de álcool e drogas não evidenciar diferenças estatísticas significantes entre consumo das referidas substâncias é altamente prevalente dentre os familiares dos adolescentes em estudo. Assim, pode se constituir fator de risco para saúde do indivíduo, da família e da sociedade, através do desencadeamento de envolvimento em situações de violência em contextos extra domicílio, por exemplo, e que serão discutidos no sub-capítulo a seguir.

5.2.8 O adolescente como perpetrador de violência em diversos contextos: reprodução de modelos?

De acordo com estudo de Andrade et. al. (2012) baseado na PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar), a prevalência de envolvimento em situações de violência física entre os adolescentes dos nonos anos do Ensino Fundamental das capitais brasileiras e do Distrito Federal pesquisados foi de 12,9% para o ano de 2009. Altas taxas de prevalência de participação em brigas também puderam ser observadas em inquéritos realizados em outros países, sendo 13,5% nos Estados Unidos (Rudatsikira et.al., 2008a), 31,3% na Argentina (Linetzky, 2007), 31,3 % na Venezuela (Muula et. al., 2009), (31,1%), 42,0% na Turquia (Alikasifoglu et. al., 2004) e 40,7% no Chile (Rudatsikira et.al., 2008b).

Nesse estudo, a prevalência de agressão a outros em algum momento da vida foi maior entre os adolescentes do sexo masculino (51,9%), assim como relatado em outros estudos (WHO, 2008; Cruzeiro et. al., 2008; Aceves et. al., 2010; CDC, 2011; Hanson et. al., 2008; Rudatsikira et.al., 2008a). Dado esse que reforça a cultura machista, no qual o sexo masculino é preditor de respostas violentas em situações de confrontos ou vitimização (ACEVES et. al. 2010). Não obstante, meninas tendem a desenvolver mais estresse pós-traumático e depressão após exposição a situações de violência. (CASTRO et. al. 2008)

O predomínio de violência entre adolescentes do sexo masculino pode estar associado aos diferentes comportamentos de cada gênero devido à influência dos fatores culturais, que conferem maior liberdade aos meninos, e, em contrapartida, maior vigilância sobre as meninas (MARTINS e ANDRADE, 2005).

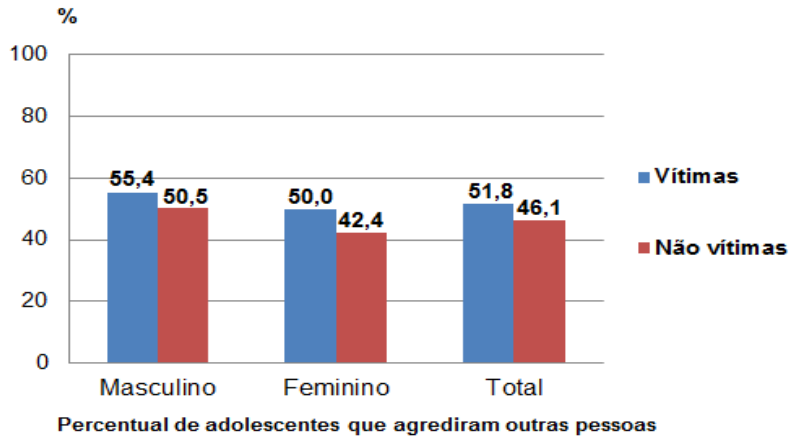
De acordo com Sousa et. al. (2010), em estudo realizado com adolescentes escolares de 15 a 19 anos de escolas públicas de 18 estados de Portugal, aproximadamente 8% dos adolescentes referiram envolvimento em situação de violência, dos quais 3,6% do sexo feminino e 13,6% do sexo masculino. Tal fato pode ser explicado pela tolerância atribuída ao comportamento agressivo, e muitas vezes estimulada, em sociedades com dominação de padrões culturais machistas (HANSON, et. al., 2008; RUDATSIKIRA et. al., 2008a; ACEVES et. al. 2010).

É importante destacar as consequências emergentes aos que presenciam ou convivem com a situação de violência. Segundo, Silva et. al. (2007), os filhos que testemunham a violência psicológica, entre os pais, por exemplo, podem passar a reproduzi-la por identificação ou mimetismo, passando a agir de forma semelhante com a irmã, colegas de escola e, futuramente, com a namorada e esposa/companheira.

Ratificado por Ferreira (2002), no qual evidencia que a violência doméstica faz parte de um contexto socioeconômico e cultural, que pode exercer influência sobre o comportamento agressivo dos familiares, e reafirmar o ciclo vicioso da violência por meio da reprodução das condições de exploração e abandono de que são vítimas e assim contribuir para a perpetuação da violência contra crianças e adolescentes.

Pois, segundo Minayo (2004), parte da gênese de comportamentos violentos de adolescentes está na vivência de situações de violência sofridas ou assistidas no ambiente doméstico, o que poderia justificar, em partes, o fato dos adolescentes desse estudo, vitimizados por violência doméstica terem agredido outras pessoas em maior proporção (51,8%) que os não vitimizados (Figura 11).

Figura 11 - Prevalência de agressão a outros entre adolescentes do estudo segundo sexo e vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



Pois, de acordo com estudo de Shahinfar et. al. (2001), testemunhar atos de violência severa esteve relacionado à percepção da agressão como uma forma de obter resultados positivos.

Quanto às pessoas agredidas pelos adolescentes em estudo observa-se que foram preferencialmente amigos, colegas, desconhecidos, vizinhos e ex-namorados (as) (56,4 %; n=173), cujas proporções foram semelhantemente observadas entre ambos os sexos, no entanto, mais comum entre adolescentes que não referiram terem sido vítimas de violência doméstica (59,0%; n= 105) nos 6 meses anteriores ao estudo. Conforme Pickett et. al. (2005), a maioria das pessoas que estavam envolvidas em situações de violência junto aos adolescentes eram familiares ou amigos.

No entanto, adolescentes vitimizados por violência doméstica agrediram pai, mãe e irmãos, em maior proporção que os não vitimizados (27,9%), no qual diferenças estatisticamente significante foram observadas entre adolescentes do sexo masculino quando estratificados por vitimizados ou não por violência doméstica (p= 0,031).

Portanto, apesar de altas prevalências serem identificadas entre ambos os estratos dos adolescentes (vítimas e não vítimas), verificou-se que escolares vitimizados por violência doméstica foram os que mais se envolveram em situações de violência como agressor, cujas vítimas foram preferencialmente familiares. O que é reiterado por estudos que desvelam o caráter indutor da exposição a situações de violência conjugal sobre comportamentos violentos perpetrados por adolescentes (ROBINSON et. al. 2000; U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2004; PHEBO et. al. 2005), reafirmando a reprodução intergeracional da violência.

O que chama atenção é que as proporções de mulheres que se colocaram em situação de violência assemelharam-se aos dos homens, diferente do que é amplamente difundido pela literatura, como por exemplo, o estudo de base populacional com adolescentes escolares brasileiros de Andrade et. al. (2012).

Merece destaque a relação diretamente proporcional encontrada nesse estudo entre adolescentes do sexo feminino que apresentaram maior prevalência de violência doméstica em relação ao sexo masculino, além de terem agredido outras

pessoas (50,0%) e terem consumido álcool (49,1%) e drogas (5,4%) em maior proporção que às não vitimizadas por violência doméstica.

Em estudo, Rudatsikira et. al., 2008b, revelaram que estiveram positivamente associados com envolvimento em situação de violência, ser do sexo masculino, usar de álcool, tabaco e drogas ilícitas e ter tido experiência de violência. No entanto, o desenho metodológico dessa pesquisa – estudo transversal - não permite afirmar se o uso de álcool e drogas foi causa ou consequência de envolvimento em situações de violência, pois esse tipo de delineamento é limitante no que concerne às inferências relativas à sequência temporal dos eventos.

Chama atenção o discurso dos adolescentes apresentados à questão sobre a identificação da pessoa que o mesmo agrediu "Se SIM, quem você agrediu?" – pergunta 48a, anexo 6, no qual após mencionar a pessoa há uma tentativa de explicar os atos violentos.

Pessoas que mexeram comigo e me provocaram.
(Adolescente do sexo masculino, 16 anos)

Amiga que fez fofoca de mim, ela mereceu.
(Adolescente do sexo feminino, 15 anos)

Um moleque que veio me agredir e que quebrei a cara dele.
(Adolescente do sexo masculino, 14 anos)

Pessoa que também me bateu.
(Adolescente do sexo feminino, 13 anos)

Irmã, mas não foi forte.
(Adolescente do sexo masculino, 14 anos)

Pessoas que não gosto.
(Adolescente do sexo masculino, 13 anos)

Não interessa.
(Adolescente do sexo feminino, 14 anos)
(Adolescente do sexo feminino, 14 anos)
(Adolescente do sexo feminino, 14 anos)

Não quero falar.
(Adolescente do sexo feminino, 13 anos)

Moleques folgados.
(Adolescente do sexo feminino, 15 anos)

Já briguei muito na escola.
(Adolescente do sexo feminino, 15 anos)

Amigo, tratei ele como um animal.
(Adolescente do sexo feminino, 14 anos)

Justificativas essas, que vão desde valer-se da violência enquanto meio para solução de conflitos até usar de violência porque alguém o fez antes e, portanto "justificar violência com violência" (grifo nosso). Observa-se ainda, discursos que sugerem "orgulho", banalização, constrangimento ou invasão ao falar do ato violento praticado.

No entanto, Rudatsikira et. al. (2008a) atenta para que a violência física entre adolescentes é um marcador de estilo de vida não saudável, no qual podem estar submetidos a outros fatores de risco ou agravos contra sua saúde.

Pois, ao afirmar que a agressividade e a violência praticadas por jovens são esperadas reforça a banalização e a expansão desses comportamentos, compreensão do fenômeno deve considerar a singularidade de cada adolescente evitando generalizações, de modo a considerar questões familiares, de gênero, classe social, nacionalidade, etnia e outros (ROBINSON et. al., 2000; CRUZEIRO et. al., 2008)

Ainda assim, dentre as consequências da vitimização por violência doméstica se encontram, além de envolvimento em situações de violência, condições de constante estresse e alerta, ora pelo temor da revitimização, ora pela convivência com o agressor, que tendo violentado uma vez pode tornar a fazê-lo, o que gera um ambiente de medo e insegurança.

Dentre os adolescentes do estudo observou-se que 17,7% (n= 115) referiram ter medo de alguém próximo a eles. Desses, 19,1% foram vítimas de violência doméstica, em que se verifica semelhança estatística quando estratificados por sexo e vitimização de violência doméstica ou não.

Adolescentes do estudo que não foram vítimas de violência doméstica referiram ter medo principalmente de colegas de escola, vizinhos, conhecidos ou policiais (41,8%; n=28), já entre adolescentes vitimizados 37,5% (n= 18) referiram

ter medo do pai, no qual entre as mulheres vítimas de violência doméstica esse percentual é de 43,8%.

O que se verifica é que a maior proporção de referência de medo ao pai pelas mulheres que foram vitimizadas (44,1%) em relação aos homens (36,4%) pode estar relacionada com o fato de o pai ter sido o maior agressor delas.

Desse modo, observam-se dois pontos importantes, de um lado a vitimização enquanto fator de instalação do medo entre as pessoas que mantém relação de parentesco e do outro a noção do uso de violência como método educativo pelos pais, em que padrões culturais em relação à submissão/obediência aos pais, e aos mais velhos, devem ser aceitáveis, pois só assim se estabeleceria uma relação de respeito.

Assim, muitas vezes as vítimas acabam justificando a violência sofrida como uma falha delas, cuja responsabilidade caberia às mesmas (Schraiber et. al., 2003).

> Na sua opinião, o que causa violência entre as pessoas que vivem na mesma casa?
> *"Às vezes o filho ser desobediente, malcriado, não ajudar os pais em casa, com isso os pais partem pra violência" (Adolescente do sexo feminino, 13 anos)*

No que tange à questão da identificação da pessoa a qual o adolescente tem medo observam-se relatos importantes, que reforçam o ideal de que agressores são em sua maioria pessoas da família ou conhecidos próximos (COSTA ET. AL., 1997; CAVALCANTI, 2001; CAVALCANTI & DUARTE, 2004; SHARMA & GRUPTA, 2004).

Pai, lógico.
(Adolescente do sexo feminino, 14 anos)

Pai, ele não mora comigo.
(Adolescente do sexo masculino, 14 anos)

Pessoas da rua do sexo masculino.
(Adolescente do sexo feminino, 13 anos)

Amigos que mexem com drogas.
(Adolescente do sexo feminino, 12 anos)

Meu pai, ele é louco, é capaz de me matar.
(Adolescente do sexo feminino, 12 anos)

Amigos do meu pai.
(Adolescente do sexo masculino, 13 anos)

Grupos de pessoas que usam drogas perto de casa.
(Adolescente do sexo feminino, 13 anos)

Não vou falar.
(Adolescente do sexo masculino, 14 anos)

Não sei.
(Adolescente do sexo feminino, 15 anos)
(Adolescente do sexo feminino, sem referência à idade)

Não posso falar.
(Adolescente do sexo feminino, 14 anos)

O que corrobora com Horta et. al. (2010) no qual alerta que ao mesmo tempo em que a família pode exercer a função de proteção psicossocial e propiciar um ambiente favorecedor de bem-estar, pode também ser modelo para a violência.

Pois,

> "o comportamento agressivo dos adolescentes certamente está articulado com as múltiplas formas de violência, explícitas ou não, que eles vivem no âmbito da família, da escola e de outras instituições da sociedade, muitas das quais com a função precípua de protegê-los" (MENEGHEL, et. al., 1998, p.330).

Dessa forma, após apresentado e discutido as características da violência doméstica e suas manifestações entre a população de estudo, propor-se-á a discorrer sobre a percepção que esses têm, tanto da violência no seu entorno quanto em si.

5.3 PERCEPÇÃO DE VIOLÊNCIA

Apesar de amplamente empregado em seus mais diversos sentidos, o termo percepção possui conceituações distintas a depender do referencial adotado.

A fim de elucidar o referencial teórico de que se vale esse capítulo apresentamos a seguir algumas das definições para o conceito.

Segundo Menghini (2005), percepção pode ser definida como “trocas funcionais do indivíduo com o meio ambiente, permeadas por elementos sociais e culturais, além das dimensões afetiva e cognitiva do sujeito diante do ambiente”.

De acordo com o dicionário Aurélio (2013), percepção é a “apreensão da realidade ou de uma situação objetiva pelo homem; reação de um sujeito a um estímulo exterior, que se manifesta por fenômenos químicos, neurológicos, e por diversos mecanismos psíquicos tendentes a adaptar esta reação a seu objeto.”

A percepção consiste em um processo de interação do indivíduo com o meio ambiente que se dá por meio de mecanismos perceptivos cognitivos (DEL RIO, 1996).

Para Fialho (2001), no momento que ocorre os estímulos externos, o cérebro não funciona apenas como um produtor de representações e percepções, mas ele coordena movimentos elaborados em resposta a estes estímulos.

A partir das considerações, os conceitos expostos por Del Rio (1996) e Menghini (2005) sugerem maior adequabilidade no que concerne ao embasamento para as discussões que serão apresentadas nesse capítulo.

5.3.1 Violência vivida x violência percebida

A despeito da percepção de violência pelos adolescentes foram propostas onze situações de violência que abarcavam os quatro tipos (física, psicológica, sexual, negligência), elencadas e adaptadas a partir de estudos validados (capítulo 4.6), no qual foi depreendida através da questão: “Das situações listadas, marque com um X o que você considera um tipo de violência”.

Para representá-las foram elencadas as seguintes situações, de acordo com seu tipo:

- violência física: *“Dar tapas e jogar coisas em alguém que possa machucá-lo”; “Empurrar ou dar um tranco/chacoalhão em alguém”; “Dar chutes, arrastar ou surrar alguém”; “Estrangular ou queimar alguém de propósito”; “Realmente usar arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra alguém”*;

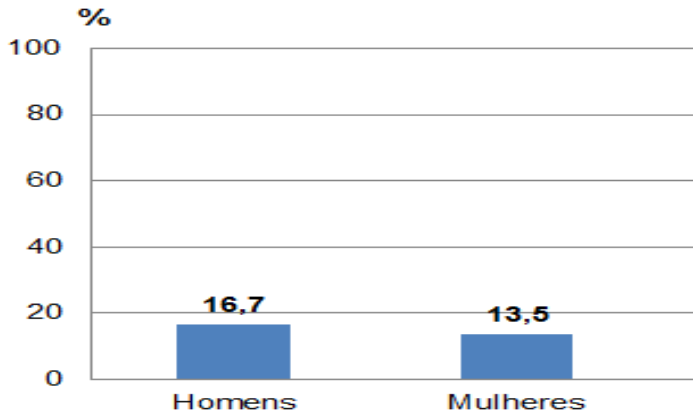
- violência psicológica: *"Insultar alguém e fazer com que se sinta mal a respeito de si mesmo"; "Humilhar alguém diante de outras pessoas"; "Ameaçar machucar alguém de quem você gosta"; "Ameaçar usar arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra alguém"*;

- violência sexual: *"Forçar fisicamente alguém a manter relações sexuais mesmo que ele não queira"*;

- violência de negligência: *"Impedir alguém de se alimentar ou tomar banho dentro da sua própria casa"*.

Dentre os adolescentes do estudo observou-se que apenas 14,8% (n= 96) haviam assinalado a todas as proposições acerca da violência; o que permite inferir que apresentaram possibilidade de melhor percepção do evento, uma vez que todas as proposições constituíam situações de violência. Apenas um adolescente do sexo masculino não assinalou nenhuma das afirmativas.

Figura 12 - Percentual de adolescentes do estudo que responderam afirmativamente a todas as proposições sobre violência segundo sexo – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



Respostas afirmativas a todas as proposições sobre violência

Verifica-se, que apesar de ligeira diferença entre os percentuais, nessa população de estudo homens perceberam melhor que as mulheres as situações de violência (16,7%; n= 45), porém não apresentaram diferenças estatísticas significantes entre os sexos.

Ao estratificar adolescentes em vitimizados ou não por violência doméstica, verificou-se que os que foram vítimas apresentaram melhor percepção de violência em relação aos não vitimizados, uma vez que assinalaram todas as proposições em maior proporção que os últimos (16,7%; n= 42).

Achados esses que permitem estabelecer nexo causal entre perceber e a vivenciar experiência de violência, pois sentimentos e impressões suscitados por meio dessa estariam permeadas por dimensões afetiva e cognitiva do sujeito diante da violência e identificadas no ambiente. Porém, apesar de apresentarem melhor percepção, ainda é baixo o percentual das pessoas que estão submetidas à situação de violência doméstica e que a encaram como um problema a ser solucionado.

No que tange à percepção dos adolescentes quanto às situações de violência em relação aos seus quatro tipos observou-se que dentre adolescentes do sexo masculino houve melhor percepção de violência do tipo psicológica (57,4%) e negligência (55,9%); já entre as mulheres, a violência do tipo física (62,5%) e sexual (88,4%) foi melhor percebida. Isto é, homens assinalaram todas as proposições acerca dos tipos de violência psicológica e negligência em maior proporção que as mulheres, no entanto, mulheres assinalaram todas as proposições relativas aos tipos físico e sexual mais que os homens.

Em relação à vivência de violência doméstica, verificou-se que adolescentes vitimizados apresentaram melhor percepção de violência psicológica (57,4%) e negligência (59,4%); já adolescentes não vítimas perceberam melhor a violência física (62,6%) e sexual (85,7%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos tipos de violência segundo percepção dos adolescentes, sexo e vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

Das situações listadas ao lado, marque com um X o que você considera um tipo de violência:	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Vítima	Não vítima	Vítima	Não vítima	Vítima	Não vítima
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Violência física* (n= 649)						
Não marcou nenhuma questão [α]	8,3 (7)	6,5 (12)	2,4 (4)	4,2 (9)	4,4 (11)	5,3 (21)
Marcou todas as questões [β]	56,0 (47)	64,0 (119)	64,1 (107)	61,3 (130)	61,4 (154)	62,6 (249)
Violência psicológica* (n= 649)						
Não marcou nenhuma questão	6,0 (5)	4,3 (8)	0,6 (1)	2,8 (6)	2,4 (6)	3,5 (14)
Marcou todas as questões	60,7 (51)	55,9 (104)	55,7 (93)	48,6 (103)	57,4 (144)	52,0 (207)
Violência de negligência* (n= 649)						
Não marcou nenhuma questão	40,5 (34)	45,7 (85)	40,7 (68)	55,2 (117)	40,6 (102)	50,8 (202)
Marcou todas as questões	59,5 (50)	54,3 (101)	59,3 (99)	44,8 (95)	59,4 (149)	49,2 (196)
Violência Sexual* (n= 649)						
Não marcou nenhuma questão	20,2 (17)	17,7 (33)	12,0 (20)	11,3 (24)	14,7 (37)	14,3 (57)
Marcou todas as questões	79,8 (67)	82,3 (153)	88,0 (147)	88,7 (188)	85,3 (214)	85,7 (341)

*questão de múltipla escolha
[α] Não marcou nenhuma questão = percepção ruim da violência
[β] Marcou todas as questões = percepção boa da violência

Importante ressaltar que as proposições utilizadas para identificar a percepção dos adolescentes sobre violência foram as mesmas indicadas para depreender sobre a vitimização de violência doméstica (Anexo 6 - questões 33 e 38). Tais proposições estão distribuídas por tipos, segundo percepção dos adolescentes, sexo e vitimização ou não por violência doméstica e apresentadas na tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição das situações de violência por tipos segundo percepção dos adolescentes, sexo e vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012)

Das situações listadas ao lado, marque com um X o que você considera um tipo de violência:	Masculino				Feminino				TOTAL			
	Vítima		Não vítima		Vítima		Não vítima		Vítima		Não vítima	
	Sim[α]	Não[β]	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Violência física* (n= 649)												
Dar tapas e jogar coisas em alguém que possa machucá-lo	83,3 (70)	16,7 (140)	86,6 (161)	13,4 (25)	91,0 (152)	9,0 (15)	86,8 (184)	13,2 (28)	88,4 (222)	11,6 (229)	86,7 (345)	13,3 (53)
Empurrar ou dar um tranco/chacoalhão em alguém	59,5 (50)	40,5 (34)	67,2 (125)	32,8 (61)	64,7 (108)	35,3 (59)	66,0 (140)	34,0 (72)	62,9 (158)	37,1 (93)	66,6 (265)	33,4 (133)
Dar chutes, arrastar ou surrar alguém	84,5 (71)	15,5 (13)	86,6 (161)	13,4 (25)	93,4 (156)	6,6 (11)	87,7 (186)	12,3 (26)	90,4 (227)	9,6 (24)	87,2 (347)	12,8 (51)
Estrangular ou queimar alguém de propósito	81,0 (68)	19,0 (16)	83,9 (156)	16,1 (30)	90,4 (151)	9,6 (16)	86,8 (184)	13,2 (28)	87,3 (219)	12,7 (32)	85,4 (340)	14,6 (58)
Realmente usar arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra alguém	82,1 (69)	17,9 (15)	83,3 (155)	16,7 (31)	85,6 (143)	14,4 (24)	84,0 (178)	16,0 (34)	84,5 (212)	15,5 (39)	83,7 (333)	16,3 (65)
Violência psicológica* (n= 649)												
Insultar alguém e fazer com que se sinta mal a respeito de si mesmo	67,9 (57)	32,1 (27)	69,9 (130)	30,1 (56)	70,7 (118)	29,3 (49)	59,4 (126)	40,6 (86)	69,7 (175)	30,3 (76)	64,3 (256)	35,7 (142)
Humilhar alguém diante de outras pessoas	84,5 (71)	15,5 (13)	77,4 (144)	22,6 (42)	80,2 (134)	19,8 (33)	71,7 (152)	28,3 (60)	81,7 (205)	18,3 (46)	74,4 (296)	25,6 (102)
Ameaçar machucar alguém de quem você gosta	76,2 (64)	23,8 (20)	81,2 (151)	18,8 (35)	82,6 (138)	17,4 (29)	78,3 (166)	21,7 (46)	80,5 (202)	19,5 (49)	79,6 (317)	20,4 (81)
Ameaçar usar arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra alguém	77,4 (65)	22,6 (19)	83,3 (155)	16,7 (31)	89,8 (150)	10,2 (17)	88,7 (188)	11,3 (24)	85,7 (215)	14,3 (36)	86,2 (343)	13,8 (55)
Violência de negligência* (n= 649)												
Impedir alguém de se alimentar ou tomar banho dentro da sua própria casa	59,5 (50)	40,5 (34)	54,3 (101)	45,7 (85)	59,3 (99)	40,7 (68)	44,8 (95)	55,2 (117)	59,4 (149)	40,6 (102)	49,2 (196)	50,8 (202)
Violência Sexual* (n= 649)												
Forçar fisicamente alguém a manter relações sexuais mesmo que ele não queira	79,8 (67)	20,2 (17)	82,3 (153)	17,7 (33)	88,0 (147)	12,0 (20)	88,7 (188)	11,3 (24)	85,3 (214)	14,7 (37)	85,7 (341)	14,3 (57)

*questão de múltipla escolha

[α] Sim = adolescente considera a afirmativa um tipo de violência

[β] Não = adolescente não considera a afirmativa um tipo de violência

O que chama atenção é que, de maneira geral, os adolescentes vitimizados por violência doméstica apresentaram melhor percepção de violência do tipo psicológica no qual foi também o tipo de violência doméstica mais prevalente entre esses (capítulo 5.2), possivelmente por já terem vivenciado tal situação. Outra alternativa é pelo fato de ser atualmente um assunto amplamente difundido pelos meios de comunicação e muito presente no cotidiano das pessoas, além do fomento das políticas públicas de cultura de paz, através de ações educativas em instituições de ensino e serviços de saúde.

Em contrapartida, adolescentes em estudo que não vivenciaram situação de violência doméstica perceberam melhor os tipos de violência física e sexual, supostamente por produzirem sintomas visíveis, deixar marcas e serem passíveis de diagnóstico imediato e objetivos, uma vez que "deixa provas" (grifo nosso) da agressão na vítima. O que, corrobora com estudo de Schraiber et. al.(2003) acerca dos significados da violência, no qual evidenciou que mulheres definiram o termo, mais frequentemente, em relação a agressões físicas.

Afirmação que pode ser ilustrada pela resposta de uma adolescente do estudo ao ser indagada sobre o que sua opinião sobre o que causa violência entre as pessoas que vivem na mesma casa (questão 69 – anexo 6).

> *"Sempre tem brigas entre meus pais, por telefone ou por causa de bebida, mas violência mesmo não tem; só briga". (Adolescente do sexo feminino, 13 anos)*

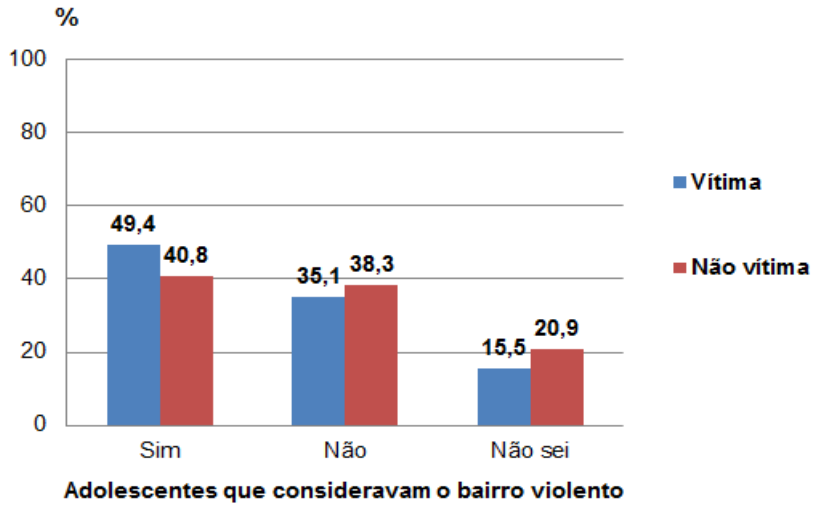
A partir da discussão no que tange à percepção da violência de forma geral, propõe-se para o próximo capítulo discussões acerca da percepção que os adolescentes têm sobre a violência no entorno em que vivem.

5.3.2 Reconhecendo a violência no entorno

Dentre os adolescentes em estudo, aproximadamente 44% (n= 286) consideravam o bairro violento no momento da pesquisa. Dos adolescentes

vitimizados por violência doméstica 49,4% (n= 126) referiram ser o bairro um local violento (Figura 13).

Figura 13 - Percentual de adolescentes do estudo que consideravam o bairro violento no momento da pesquisa segundo vitimização por violência doméstica ou não – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



Independente de sexo, adolescentes vitimizados por violência doméstica apresentaram proporções mais elevadas de referência ao bairro como um local violento, em relação aos não vitimizados. Adolescentes do sexo feminino apresentaram diferenças estatísticas quando estratificadas por vítimas ou não de violência doméstica (p = 0,030), isto é, mulheres vitimizadas apresentaram maior possibilidade de referir ser o bairro em que vive um local violento em relação às não vitimizadas.

Destaca-se o percentual de adolescentes do estudo que referiram "não sei" para a questão, em que a maior proporção (20,9%) foi verificada entre adolescentes não vitimizados por violência doméstica (Figura 13).

Assim, achados permitem refletir sobre a possível associação entre ser vítima de violência doméstica e perceber melhor as situações violentas em seu entorno a partir de experiências e sentimentos despertados pelas vivências, corroborando com os achados do subcapítulo anterior.

O que chama atenção e merece destaque é a discrepância entre as estatísticas acerca da violência apresentadas pelo distrito administrativo de Parelheiros, a qual o bairro do estudo pertence, e a percepção de violência dos adolescentes sobre o entorno. Observou-se que menos da metade dos adolescentes consideraram o bairro violento no momento da pesquisa, no entanto, as estatísticas desvela a situação do local, em que apresentou índices acima da média em relação ao município de São Paulo no que diz respeito à expressividade dos indicadores de violência (Quadro 1).

Quadro 1 – Dados sobre violência referente ao Distrito Administrativo de Parelheiros – Município de São Paulo/ SP.

Indicador	Ano	Valor do Indicador
Homicídios[1]	2011	14,77 óbitos por homicídio por 100 mil habitantes*
Agressão a crianças (0 a 14 anos) [1]	2007	171,10 internações de crianças por causas relacionadas a possíveis agressões, por 100 mil crianças nessa faixa etária**
Homicídio juvenil (15 a 29 anos) [1]	2011	35,40 óbitos por homicídio de jovens do sexo masculino, por 100 mil habitantes dessa faixa etária****
Crimes violentos fatais[1]	2006	47,88 crimes violentos fatais por cem mil habitantes, por local de ocorrência*****
Agressões a adolescentes do sexo feminino (10 a 19 anos)[2]	2012	25 casos notificados de agressão por familiares a adolescentes do sexo feminino
Agressões a adolescentes do sexo masculino (10 a 19 anos)[2]	2012	8 casos notificados de agressão por familiares a adolescentes do sexo masculino

Fonte: Observatório Cidadão - Rede Nossa São Paulo, 2012[1]; Prefeitura Municipal São Paulo, 2012b[2].
*2º pior índice do ano para o município de São Paulo segundo Subprefeituras;
**Acima da média para o município de São Paulo (146,85 por 100 mil crianças nessa faixa etária);
*** Acima da média para o município de São Paulo (26,52 por 100 mil habitantes dessa faixa etária);
****Pior índice do para o município de São Paulo segundo Subprefeituras.

O que se reforça no discurso de um adolescente sobre o bairro

> *"O tráfico de drogas no bairro está crescendo e os policiais presenciam e não fazem nada, e eu já presenciei".* (Adolescentes do sexo masculino, 14 anos)

Portanto, verifica-se uma alta vulnerabilidade no local em questão quando comparado aos outros distritos administrativos do município de São Paulo, e, portanto, uma percepção distorcida, por vezes, permeada por conceitos de

normalidade e banalização dos adolescentes sobre os acontecimentos no entorno, mesmo que tenham sido submetidos a situações violentas dentro do ambiente doméstico.

E, embora o adolescente tenha sofrido violência no ambiente doméstico, e esse faça parte do entorno, ele não o reconhece como violento o que reforça o ideal de que por pertencer à esfera do privado, a violência doméstica diz respeito somente aos pais ou responsáveis a quem cabe o direito de escolha sobre os métodos para impor disciplina e educação (AZEVEDO e GUERRA; 1989).

Pois, de acordo com Mullin et. al. (1995) e Osofsky (1995), crianças e adolescentes em contato com situação de violência cotidianamente, seja na condição de vítima ou testemunha, podem desenvolver uma dessensibilização emocional, isto é, podem passar a percebê-la como componente normal da realidade, e por vezes, passar a incorporá-la ao seu contexto cultural.

Observa-se, ainda, que os indicadores para homicídios e agressões a crianças foram mensurados pelo desfecho óbito e internação. No entanto, se verificarmos nesse estudo a relação entre adolescentes que foram vitimizados por violência doméstica e procuraram o serviço de saúde por questões decorrentes do evento constata-se que mais de 80% dos que foram vítimas de violência não chegaram a acessar um serviço de saúde. Portanto, não foram a óbito, nem internados, e então, não entrariam para essas estatísticas, subnotificando assim os dados referentes à violência, o que pode ser ratificado pelos dados de notificação de apenas 33 casos de violência doméstica entre adolescentes de 10 a 19 anos, de ambos os sexos para o ano de 2012 para o distrito administrativo em questão.

Dessa forma, é possível perceber a gravidade do caráter silencioso a qual está revestida a violência doméstica dentre essa população ao compararmos os achados desse estudo acerca da prevalência do evento (n= 255) com os casos notificados no ano de 2012 (n= 33), conforme verificado no Quadro 1, uma vez que representa apenas uma parte da população do distrito administrativo.

Logo, observa-se que grande parte dos adolescentes em estudo não percebeu a violência no seu entorno, portanto, o próximo subcapítulo se propõe a verificar como se dá a percepção e reconhecimento de si e de outras pessoas, enquanto potenciais vítimas de violências.

5.3.3 (Re) conhecendo a violência em si e no outro

No intuito de investigar a percepção dos adolescentes em estudo acerca da vivência de violência, propôs-se a seguinte questão: "Você considera que já sofreu algum tipo de violência alguma vez na vida?" (questão 34 – anexo 6), em que a violência é auto-referida, ou seja, expressa o entendimento do adolescente sobre o que é ter sofrido violência em algum momento da vida.

Assim, dentre os adolescentes em estudo, 36,5% (n= 236) referiram ter sido vítimas de violência em algum momento na vida. Entre os adolescentes que referiram terem sido vitimizados por violência doméstica nos 6 meses anteriores à pesquisa 57,4% (n=143) referiram terem sofrido algum episódio de violência na vida. Isto é, aproximadamente metade dos adolescentes que vivenciaram violência no ambiente doméstico a desconsideraram, já que não a conceberam como situação de violência.

Achados esses que corroboram com estudo de Schraiber et. al. (2003) no qual verificou que apesar de 69,6% das mulheres entrevistadas referirem ter vivenciado agressão física, psicológica ou sexual, apenas 36,6% dessas consideraram ter sofrido violência.

Pois, ainda segundo a autora,

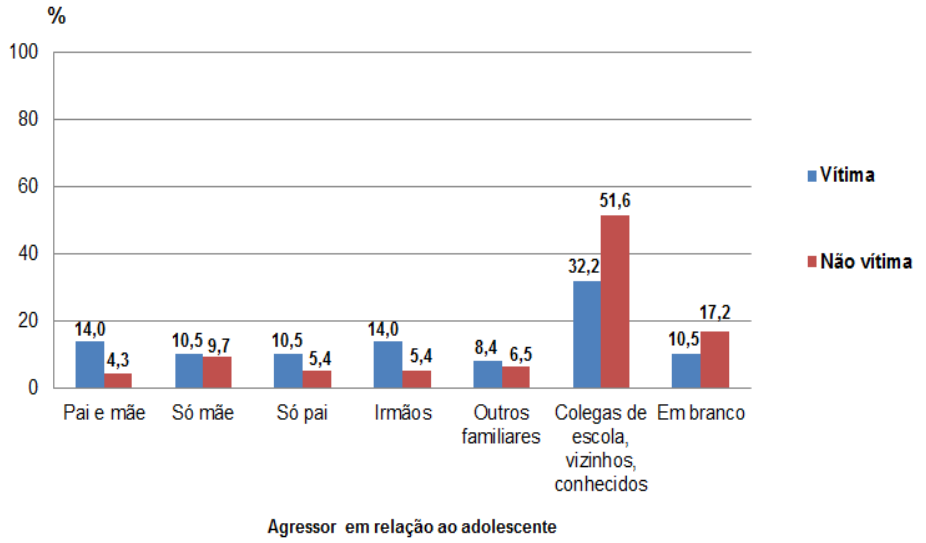
> "via de regra, violência parece ser um termo reservado à criminalidade e usado para expressar o que ocorre no espaço público como, por exemplo, a violência geral das grandes cidades, cometida por desconhecidos, enquanto os problemas com vizinhos, colegas de trabalho e escola não são reconhecidos como violência" (SCHRAIBER et. al. 2003, p.51).

Verifica-se ainda, que ao estratificar os adolescentes em vitimizados ou não por violência doméstica, observou-se que mulheres vitimizadas por violência doméstica consideraram ter sido vítima de violência em maior proporção que adolescentes do sexo masculino e vitimizados (60,0%), cuja tendência também foi observada entre os sexos para o grupo dos não vitimizados. Condição que nos permite reflexões acerca de possíveis interpretações relacionadas à cultura machista que institui como conceito de normalidade a aceitabilidade reações violentas a determinadas situações em prol da defesa pessoal e que, portanto, não se constituiria uma violência.

Ressalta-se que, ainda assim, aproximadamente 50% dos homens e 40% das mulheres que relataram terem sido vitimizadas por violência doméstica nos 6 meses anteriores ao estudo não consideraram ter sido vítima de violência em algum momento da vida, reforçando a não percepção da violência quando cometida no ambiente doméstico.

Por outro lado, 24,8% (n= 23) dos adolescentes não vitimizados por violência doméstica, referiram ter sido vítima dos pais ou irmãos em algum momento da vida, o que, portanto, caracterizaria situação de violência doméstica (Figura 14).

Figura 14 - Agressores dos adolescentes que consideraram ter sido vítima de violência em algum momento da vida segundo vitimização ou não por violência doméstica – Bairro Vargem Grande - Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo – SP (2012).



No entanto, tal fato pode ser explicado pelo fato do questionamento acerca da vivência de violência doméstica (questão 38) ter sido delimitado aos seis meses anteriores à pesquisa, no qual, estes adolescentes poderiam ter sido vitimizados por esse tipo de violência em período anterior ao indagado.

Dentre os agressores dos adolescentes que consideraram ter sido vítimas de violência em algum momento da vida e que foram vitimizados por violência doméstica, apenas 57,4% (n= 82) deles referiram ter sido agredido por algum familiar (Figura 14), evidenciando expressiva discrepância entre esse dado e a

prevalência de violência doméstica nesse estudo (38,9%; n=255). Isto é, quase um terço dos adolescentes vitimizados por violência doméstica não considerou como violência a experiência vivenciada no contexto doméstico e explicitada na questão 38 – anexo 6).

O que também foi verificado no estudo de Schraiber et. al. (2003), em que 63,4% das mulheres que vivenciaram situação de violência não perceberam o vivido como violento, pois, apesar de 85% dos agressores terem sido familiares, ao nomear o evento, não aparece a definição de violência doméstica.

Desse modo, algumas características exerceriam influência sobre as representações da violência, e se relacionariam com a diferenciação entre o que acontece com a vítima e o que ocorre em geral na sociedade que vão desde "a pressão de ordem sociocultural que estigmatiza a violência do âmbito doméstico até o não reconhecimento desta forma de violência como violação do direito" (SCHRAIBER et. al., 2003, p. 51).

No que tange ao reconhecimento da violência no outro, observou-se que neste estudo, adolescentes vitimizados por violência doméstica, referiram conhecer pessoas que sofreram algum tipo de violência em maior proporção que os não vitimizados (67,7%), cujas diferenças estatísticas são significantes ($p<0,001$) (Tabela 15).

Tabela 15 – Conhecimento de pessoas que vivenciaram situação de violência segundo vitimização ou não por violência doméstica e sexo - Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

	SEXO						TOTAL		
	Masculino			Feminino					
	Vítima	Não Vítima	P	Vítima	Não Vítima	P	Vítima	Não Vítima	P
	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	
Você conhece alguém que sofreu algum tipo de violência? (n= 649 §)			0,415			< 0,001∞			<0,001∞
Sim	56,0 (47)	44,6 (83)		73,7 (123)	50,9 (108)		67,7 (170)	48,0 (191)	
Não	28,6 (24)	40,3 (75)		13,8 (23)	28,8 (61)		18,7 (47)	34,2 (136)	
Não sei	4,8 (4)	3,8 (7)		3,0 (5)	3,8 (8)		3,6 (9)	3,8 (15)	
Não lembro	9,5 (8)	9,7 (18)		9,0 (15)	13,7 (29)		9,2 (23)	11,8 (47)	
Em branco	1,2 (1)	1,6 (3)		0,6 (1)	2,8 (6)		0,8 (2)	2,3 (9)	
Total % (n)	100 (84)	100 (186)		100 (167)	100 (212)		100 (251)	100 (398)	

§Foram excluídos os dados referentes aos adolescentes (7) que não responderam a variável sexo.
∞ p< 0,05 pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer.

Logo, adolescentes que sofreram violência doméstica apresentaram maior possibilidade de conhecer pessoas que vivenciaram alguma situação de violência quando comparados aos que não sofreram e, que, no entanto não se reconheceram como vítimas potenciais de violência mesmo tendo sido submetido a ela no contexto doméstico.

Quanto aos agressores, adolescentes vitimizados por violência doméstica conheciam pessoas que tinham sido agredidas por familiares – pai (10,0%), mãe (5,9%), irmãos (5,9%), tio(s) ou primo(s) (4,7%) e madrasta/padrasto (7,6%) em maior proporção que os não vitimizados, porém esses tinham maior conhecimento de pessoas que tinham sido agredidas por colegas de escola, vizinhos ou conhecidos (30,0%) que aqueles. Ou seja, adolescentes que referiram ter vivenciado situação de violência doméstica perceberam-na nos outros melhor que os que não a vivenciaram.

Os achados permitem refletir acerca do rigor metodológico que deve se atentar ao abordar o tema, uma vez que a revelação de situação de violência, principalmente de natureza doméstica e/ou sexual, tem se constituído um problema de difícil intervenção, tanto para o campo da pesquisa científica, das práticas sociais de assistência, quanto para o serviço de saúde (SCHRAIBER et. al., 2003).

Dessa forma, considera-se a possibilidade dos adolescentes terem omitido informações sobre violência doméstica quando perguntados diretamente sobre o assunto, o que pode se constituir um meio de não se colocar como parte dessas estatísticas, ora pelo medo de ser identificado, ora pela sensibilidade que reveste o

tema, no qual também é verificado em estudos cujas temáticas suscitam preconceitos e julgamentos de cunho moralizante, como aborto, DST/AIDS, entre outros.

Por outro lado, desvela-se a possível invisibilidade da violência quando manifesta no ambiente doméstico, cuja aceitação pode estar embasada pelo poder disciplinador necessário à educação dos filhos que ao fundamentar-se na ideia, culturalmente aceita, da dominação dos pais sobre os filhos, perde-se o limite entre punição física como norma educativa ou agressão (Eisenstein & Souza, 1993). E que se torna aceitável, uma vez que questioná-la representaria uma falta de respeito aos mais velhos e detentores do poder a quem caberia a decisão pelo método disciplinador.

Desse modo, ao apresentar a realidade da violência em geral e suas interfaces com a violência doméstica, o próximo capítulo busca verificar associações com características sociodemográficas e de consumo de álcool e drogas pelos familiares dos adolescentes em estudo.

5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS POR FAMILIARES

O presente capítulo discute as associações encontradas entre violência doméstica, características sociodemográficas e consumo de álcool e drogas por familiares.

Testar associações medindo a estimativa de risco de o evento ser observado na amostra estudada é importante, pois oferecem subsídios que norteiam a tomada de decisão na prática clínica e na gestão em saúde, a fim de fomentar políticas públicas para grupos e populações específicas.

Barros e Hirakata (2003) observaram em estudo que a Regressão de Poisson com variância robusta é uma das melhores alternativas para a análise de estudos transversais com desfecho binário. Pois, além de oferecer estimativas intervalares e o

ponto corretos – quando ajustadas as variâncias, a razão de prevalência é mais facilmente interpretável aos não especialistas que o Odds Ratio.

Desse modo, na Tabela 16 são apresentados os resultados da distribuição dos adolescentes escolares segundo violência doméstica e possíveis variáveis associadas.

No presente estudo, houve maior frequência de vitimização por violência doméstica entre adolescentes do sexo feminino, que declararam ter faixa etária entre 14 e 15 anos e moravam com ambos os pais (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição dos adolescentes escolares segundo violência doméstica e possíveis variáveis associadas - Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

Variável	Violência doméstica				P
	Não vítima		Vítima		
	n	%	n	%	
Sexo[§]					0,001[∞]
Masculino	186	46,7	84	33,5	
Feminino	212	53,3	167	66,5	
Idade					0,135
11 a 13	209	53,3	116	45,5	
14 a 15	171	43,6	128	50,2	
16 a 17	12	3,1	11	4,3	
Cor/ raça					0,312
Branca	103	25,7	67	26,3	
Parda	179	44,6	117	45,9	
Amarela	21	5,2	19	7,5	
Indígena	10	2,5	11	4,3	
Outras[1]	30	7,5	12	4,7	
Preta	58	14,5	29	11,4	
Religião					0,492
Tem religião[2]	288	72,2	177	69,7	
Não tem religião[3]	111	27,8	77	30,3	
Recursos[4]					0,459
Possui os 3 recursos	283	70,6	173	67,8	
Não possui os 3 recursos juntos	118	29,4	82	32,2	
Número de moradores					0,319
menos de 3	13	3,2	5	2,0	
de 3 a 4	159	39,7	88	34,6	
de 5 a 6	175	43,6	128	50,4	
mais de 6	54	13,5	33	13,0	
Coabitação					0,026[∞]
Pai e mãe	282	70,3	155	60,8	
Só mãe	103	25,7	78	30,6	
Só pai	10	2,5	14	5,5	
Nenhum dos pais	6	1,5	8	3,1	
Uso de álcool entre familiares					0,432
Não	210	54,8	127	51,6	
Sim	173	45,2	119	48,4	
Uso de drogas entre familiares					0,589
Não	349	93,1	226	94,2	
Sim	26	6,9	14	5,8	

[§]Foram excluídos os dados referentes aos adolescentes (7) que não responderam a variável sexo.
[∞] p< 0,05 pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fischer.
[1] Não sabe ou não respondeu.
[2] Católica; Evangélica/ Protestante, Espírita.
[3] Não tenho religião, mas acredito em Deus; Não acredito em Deus.
[4] Água, energia e esgoto.

Os dados da tabela 16 foram semelhantes aos das estimativas do modelo de Regressão de Poisson com variância robusta univariada (Tabela 17).

Tabela 17 – Estimativas do modelo univariado de regressão de Poisson com variância robusta para violência doméstica. Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

Variável	Violência Doméstica		
	P	RP[∞]	IC[†] 95%
Sexo			
Masculino (referência)			
Feminino	0,001*	1,42	[1,15; 1,75]
Idade			
11 a 13 anos (referência)			
14 a 15 anos	0,069	1,20	[0,99; 1,46]
16 a 17 anos	0,204	1,34	[0,85; 2,10]
Coabitação			
Pai e mãe (referência)			
Só mãe	0,069	1,21	[0,99; 1,50]
Só pai	0,007*	1,64	[1,15; 2,36]
Nenhum dos pais	0,047*	1,61	[1,01; 2,58]
Cor/ raça			
Branca (referência)			
Parda	0,980	1,00	[0,79; 1,27]
Amarela	0,330	1,21	[0,83; 1,75]
Indígena	0,214	1,33	[0,85; 2,08]
Outras	0,219	0,72	[0,43; 1,21]
Preta	0,349	0,85	[0,60; 1,20]
Religião			
Tem religião (referência)			
Não tem religião	0,488	1,08	[0,87; 1,32]
Recursos			
Possui os 3 recursos (referência)			
Não possui os 3 recursos juntos	0,455	1,08	[0,88; 1,32]
Número de moradores			
de 3 a 4 (referência)			
menos de 3	0,523	0,78	[0,36; 1,67]
de 5 a 6	0,117	1,19	[0,96; 1,47]
mais de 6	0,698	1,06	[0,78; 1,46]
Uso de álcool entre familiares			
Não (referência)			
Sim	0,431	1,08	[0,89; 1,31]
Uso de drogas entre familiares			
Não (referência)			
Sim	0,601	0,89	[0,58; 1,37]

*p< 0,05 pela regressão de Poisson com variância robusta univariada.
[∞] RP = Razão de Prevalência.
[†] IC = Intervalo de Confiança.

Foram encontradas associações apenas em relação às categorias das variáveis sexo e coabitação ($p < 0,05$). No entanto, nota-se que a variável idade apresentou valor de $p<0,20$, devendo, também, ser avaliada no modelo múltiplo.

Por conseguinte, na tabela 18 são apresentadas estimativas do modelo múltiplo de regressão de Poisson com variância robusta para violência doméstica considerando as variáveis que apresentaram p < 0,20 na tabela 16.

Tabela 18 – Estimativa do modelo múltiplo de regressão de Poisson com variância robusta para violência doméstica. Bairro Vargem Grande – Distrito Administrativo de Parelheiros, Município de São Paulo - SP, 2012.

	Violência Doméstica		
Variável	**P**	**RP[∞]**	**IC[†] 95%**
Sexo			
Masculino (referência)			
Feminino	<0,001*	1,47	[1,20; 1,80]
Idade			
11 a 13 anos (referência)			
14 a 15 anos	0,124	1,16	[0,96; 1,41]
16 a 17 anos	0,120	1,38	[0,92; 2,07]
Coabitação			
Pai e mãe (referência)			
Só mãe	0,160	1,16	[0,94; 1,42]
Só pai	0,008*	1,52	[1,11; 2,08]
Nenhum dos pais	0,132	1,53	[0,88; 2,67]

§ Inclusão das variáveis, simultaneamente, com p < 0,20 na tabela 15.
*p< 0,05 pela regressão de Poisson com variância robusta multivariada.
∞ RP = Razão de Prevalência.
† IC = Intervalo de Confiança.

Nota-se que apenas sexo e coabitação apresentaram significantes para vitimização do adolescente por violência doméstica (p<0,05) no modelo univariado (Tabela 17).

No entanto, verificou-se nesse estudo que, após análise múltipla ambos os fatores permaneceram significativamente associados positivamente à vitimização por violência doméstica: ser do sexo feminino (RP=1,47; IC95%: 1,20; 1,80) e morar somente com o pai (RP= 1,52; IC95%: 1,11; 2,08). Isto é, em ambos os modelos, as variáveis continuaram sendo importante na explicação da violência doméstica.

Assim, deparamo-nos, novamente com a influência de gênero para esse estudo, expresso pelo aumento da estimativa de risco de vitimização para as mulheres em relação aos homens.

D'Oliveira et. al. (2009) também identificaram desigualdade entre os gêneros no que tange os fatores de risco socioculturais para ocorrência de violência doméstica.

Em estudo sobre violência doméstica entre mulheres em diversos países, Ellsberg et. al. (2006) verificou que variações nas estimativas de prevalência entre e dentro dos países não foram evidenciadas mesmo após ajustadas por características sociodemográficas. Conforme achados desse estudo, característica sociodemográfica também não esteve associada positivamente com vitimização por violência doméstica, exceto para coabitação.

Habigzang et. al. (2005) observou que ser do sexo feminino mostrou-se um fator de risco para exposição à violência doméstica, em que fatores como abuso de álcool no paciente, desemprego, mãe passiva ou ausente e dificuldades econômicas estiveram associados à exposição à violência doméstica. De acordo com Reichenheim et.al. (2006), condições socioeconômicas desfavoráveis estiveram associadas à violência por parceiro íntimo no Brasil.

Quanto ao uso de álcool e drogas por familiares, não foi verificada associação significante entre violência doméstica e consumo dessas substâncias por familiares.

Dados esses que refutam a hipótese inicialmente proposta, no qual a prevalência de violência doméstica entre adolescentes estaria relacionada às características sociodemográficas e com o consumo de álcool e drogas por familiares.

No entanto há que se destacar a expressiva prevalência do uso de álcool entre os familiares, embora não tenham sido encontradas associações, desvelando então uma questão de Saúde Pública dentre a população de estudo acrescida das situações de exclusão tanto pelo não acesso aos equipamentos básicos de saneamento e lazer ao qual estão inseridos.

Os achados divergem com dados amplamente difundidos no que diz respeito à associação entre consumo de álcool e drogas e perpetração de violência doméstica, que pode ser ilustrado pelo estudo de Babu e Kar (2010) no qual se verificou que uso de álcool pelo marido estavam associadas à violência física, psicológica e sexual e pertencer à classe mais inferior evidenciou associação com violência física entre casais indianos.

D'Oliveira et. al. (2009), em estudo sobre violência realizado em São Paulo e Pernambuco verificou-se que violência física conjugal entre os pais da mulher, abuso sexual na infância, e problemas com a bebida mostraram-se associados à violência por parceiro íntimo em ambos locais.

Portanto, observa-se um número expressivo de estudos que observaram alta prevalência do consumo de álcool e drogas entre perpetradores de violência doméstica e o associaram com o aumento da chance de ocorrência do evento (PAREDES et. al. 2010; TEIXEIRA et. al. 2010; BOTT et. al. 2012).

No entanto, em pesquisa sobre crenças e percepções acerca de conflitos interparentais, adolescentes escolares não atribuíam obrigatoriamente ao efeito do álcool o fato do pai bater na mãe; para esses os fatores socioculturais melhor fundamentavam a ocorrência. Enquanto que os não expostos à violência estabeleciam nexo causal entre o evento e o consumo de álcool (SANI, 2003).

Zaleski et. al. (2010) indicam que idade mais jovem para ambos os parceiros do sexo masculino e feminino, os homens sem afiliação religiosa e as mulheres que são donas de casa são preditores significativos de violência.

Dentre as consequências da exposição à violência doméstica estudos evidenciam fatores de risco que vão desde transtornos alimentares (Bifulco et. al., 2002), distúrbios somáticos (Schoemaker et. al., 2002) e apresentam repercussões sobre a saúde mental da vítima (Fleitlich & Goodman, 2001; Paula et. al., 2007). Além de que vivenciar abuso na infância e adolescência, crescer com a violência doméstica, e experimentar ou perpetrar outras formas de violência na idade adulta, aumenta o risco de violência por parceiro íntimo (Abramsky, 2011), podendo ser um marcador preditivo para a conduta transgressora e transtornos de comportamento criminoso posterior (Falbo et. al., 2004).

Logo, devem ser consideradas as diferentes experiências de violência doméstica, sob a perspectiva de gênero, pois evidências revelam que as consequências do evento sobre a vida e saúde de meninos e meninas se manifestam de diferentes modos e requerem políticas públicas que levem em conta a especificidade de cada grupo (Holt et. al. 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Achados desse estudo acerca da prevalência de violência doméstica dentre adolescentes apresentou expressiva frequência, reafirmando a relevância da perspectiva de gênero para o mote da violência doméstica - intimamente relacionada ao sexo feminino - apesar de não evidenciar associação positiva com consumo de álcool ou drogas entre familiares e características sociodemográficas (exceto coabitação e sexo). Embora não tenham sido encontradas associações, o estudo desvela importante questão de Saúde Pública dentre a população de estudo, no qual destaca o lugar de excluído frente às situações de não acesso a equipamentos básicos de saneamento, de lazer e vulnerabilidades a qual estão inseridos.

No entanto, observa-se que a violência doméstica é uma realidade subnotificada/velada, uma vez que essa pesquisa fornece referencial para reafirmar/comprovar a existência dessa dentre a população de estudo, cujas estatísticas de ocorrência de violência doméstica para o local no mesmo ano da realização do estudo (2012) encontravam-se subestimadas.

Verifica-se ainda que, os adolescentes apresentam boa percepção acerca da violência de modo geral, principalmente no que tange ao tipo psicológico. No entanto, quando passa a se considerar a violência no âmbito doméstico, verificou-se que não se reconheceram como vítimas potenciais de violência mesmo tendo sido submetido à situação de violência doméstica. O que também se desvela é a mudança no perfil de gênero quanto à perpetração da violência no qual a mulher a pratica quase que em relação de igualdade com os homens, ora por revidar à violência com violência, ora pela opção de meios violentos para solução de conflitos.

Dentre os fatores limitantes do estudo, pode se destacar a homogeneidade da população de estudo, dado o local de execução da pesquisa, o que pode ter restringido a associação. Há, ainda, a possibilidade de as variáveis sociodemográficas elegíveis não terem sido sensíveis para estabelecerem associações com violência doméstica, em que se sugere que variáveis, como renda, relação morador/cômodo, escolaridade, sejam incluídas para avaliar a associação. No entanto, tais limitações

não inviabilizam os resultados, uma vez que a amostra foi representativa para o estudo.

No que tange delineamento metodológico da pesquisa, observa-se que estudos transversais apesar de serem menos dispendiosos, rápidos e permitirem estimar prevalência, não possibilitam estabelecimento de inferências para determinar a direção dos eventos. Para identificação e compreensão dos fatores de risco para o evento, sugere que sejam realizados estudos longitudinais e que se valham de metodologia qualitativa com técnicas de análises de discurso, por exemplo.

Merece destaque a maneira como foi abordada a questão sobre o desfecho principal desse estudo, no qual se optou por elencar situações que caracterizam o evento em vez de questionar diretamente sobre exposição ou não à violência doméstica (vide anexo 6 - questão 38). A estratégia permitiu diminuir risco de vieses, uma vez que o tema já é permeado pela questão do sigilo, no qual deve ser considerada a possibilidade de omissão nas informações dadas pelos adolescentes, em função da natureza do tema.

Logo, "confirma-se, assim, para fins diagnósticos ou de conhecimento nas pesquisas, a opção de se indagar sobre o tema por meio de perguntas diretas que descrevam atos concretos e específicos e não pelo termo violência" (Schraiber et. al., 2003, p. 50-51).

Contudo, deve ser considerada a possibilidade de estender esse estudo a outras localidades e populações, uma vez que a pesquisa evidencia sensibilidade para detectar o evento, a fim de contribuir com a redução da subnotificação e invisibilidade social da violência doméstica, compreender as situações de risco para a ocorrência do evento entre adolescentes e fatores associados dada a relevância desse estudo para o campo da Saúde Pública.

Por fim, os achados desse estudo indicam a necessidade de políticas públicas que considerem a perspectiva de gênero segundo os pressupostos intersetoriais e de promoção de saúde, uso de substâncias psicoativas e cultura de paz, a fim de romper com o ideal de violência como método de educação e disciplina perpetrado pela família e entre a família. Pois, Schraiber et. al. (2003) alerta que além da questão da omissão quanto ao vivido e dos sub-registros, as recusas à tomada da situação violenta como problema da intervenção acabam sendo atitudes cúmplices e

igualmente ocultadoras da violência, no qual medidas urgentes devem ser tomadas para que situações de violência possam ser prevenidas, identificadas e respeitadas, legitimando o sofrimento causado por ela à vítima e aos familiares que partilham da vivência.

7. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.G.; PINHEIRO, L.C.; LIMA, F.S.; MARTINELLI, C.C. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina:** desafios para políticas públicas – Brasília : UNESCO, 2002.

ABRAMSKY, T.; WATTS, C.H.; GARCIA-MORENO, C.; DEVRIES, K.; KISS, L.; ELLSBERG, M.; JANSEN, H.A.; HEISE, L. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Bio Med Central**, v. 16, n. 11, p. 1-17, 2011.

ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Maus tratos contra crianças e adolescentes** – proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais de saúde. 2ª ed. Petrópolis, Autores & Agentes & Associados, 2002.

ACEVES, M.J.; HINSHAW, S.P.; MENDOZA-DENTON, R; PAGE-GOULD, E. Seek Help from Teachers or Fight Back? Student Perceptions of Teachers' Actions during Conflicts and Responses to Peer Victimization. **Journal of Youth and Adolescence**, New York, v. 39, n.6, p. 658-669, 2010.

AGUDELO, S. F. La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. **Boletin Epideniologico de la OPS**, v.11, n. 2., p. 01-07, 1990.

ALIKASIFOGLU, M; ERGINOZ, E; ERCAN, O; UYSAL, O; KAY-MAK, D; IITER, O. Violent behavior among Turkish high school students and correlates of physical fighting. **European Journal of Public Health**, v. 14, p. 173-177, 2004.

ANDRADE, S.S.C.A.; YOKOTA, R.T.C.; SÁ, N.N.B.; SILVA, M.M.A.; ARAÚJO, W.N.; MASCARENHAS, M.D.M.; MALTA, D.C. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1725-1736, set, 2012.

ASSIS, S.G. **Criança, violência e comportamento:** um estudo em grupos sociais distintos. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992, p.113-114. Relatório Final de Pesquisa.

ASSIS, S. G. Violência Doméstica: estudo epidemiológico sobre a vitimização física dos adolescentes de Duque de Caxias – Rio de Janeiro. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 28, n.1, p. 51-60, 1995.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. **Labirinto de espelhos**: formação da auto-estima na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; SANTOS, N.C.; MALAQUIAS, J.V.; OLIVEIRA, R.V.C. Violência e representação social na adolescência no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v.16, n.1, p. 43-45, 2004.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In MINAYO, M.C.S. e SOUZA, E.R.(org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO E TRABALHO DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2007. Análise dos Indicadores de Desenvolvimento Humano para o Município de São Paulo. Disponível em http://pt.scribd.com/doc/36563285/Analise-Indicadores-Cidade-de-Sao-Paulo-IDH-1. Acesso em jul 2013.

AVANCI, J.Q.; ASSIS, S.G.; OLIVEIRA, R.V.C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2334-2346, 2008.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. (org). **Crianças Vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo. Iglu Editora, 1989.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Infância e violência doméstica**: perguntelho – o que os profissionais querem saber. São Paulo: IPUSP/Laboratório de Estudos da Criança, 1994.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **A violência doméstica na Infância e na Adolescência.** São Paulo. Ed. Robe, 1995.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Infância e Violência Doméstica**: fronteiras do conhecimento. 2. ed. São Paulo: Cortez,1997.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em desconstrução. In: **Direitos negados**: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil. UNICEF: Brasília, 2006.

BABU, B.V.; KAR, S.K. Domestic violence in Eastern India: factors associated with victimization and perpetration. **Public Health**, v. 124, n. 3, p. 136-148, 2010.

BARBOSA FILHO, V.C.; CAMPOS, W.; LOPES, A.S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 901-917, oct., 2012.

BARROS, A.J.D.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodoly**, v. 3, n. 21, oct., 2003.

BAZON, M.R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-332, fev., 2008.

Biblioteca Didática de Tecnologias Ambientais. Unicamp, 2005. Disponível em http://www.fec.unicamp.br/~bdta/. Acesso em 02 abr 2013.

BIFULCO, A.; MORAN, P.M.; BAINES, A.; BUNN, A.; STANFORD K. Exploring psychological abuse in childhood: association with other abuse and adult clinical depression. **Bulletin of Menninger Clinic**, v. 66, p. 241-258, 2002.

BIGIO, R.S.; VERLY JÚNIOR, E; CASTRO, M.A.; CÉSAR, C.L.G.; FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L. Determinants of fruit and vegetable intake in adolescents using quantile regression. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 448-456, 2001.

BORDIN, I.A.S; SILVESTRE, P.C.; NASCIMENTO, R.; DUARTE, C.S. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria ,** v. 28, n. 4, p. 290-296, dez., 2006.

BORGES, A V L. **Adolescência e vida sexual**: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BOTT, S; GUEDES, A; GOODWIN, M.; MENDOZA, J.A. **Violence Against Women in Latin America and the Caribbean**: a comparative analysis of

population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012.

BOURDIER, P. **A "juventude" é apenas uma palavra**. Entrevista a Anne-Marie Métailié, publicada em Les Jeunes et le premier emploi, Paris, Association des Ages, 1978.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/91764/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90. Acesso em 15 mai de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência contra a criança e o adolescente**: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. – Brasília, Secretaria de Assistência Social, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências,** 2001a. Portaria GM/MS Nº 737 DE 16/05/01 publicada no DOU Nº 96. Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf. Acesso em 14 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes.** Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife, 2002b. EDUPE.

BRASIL. Ministério da Educação. **Ensino Fundamental de nove anos.** Secretaria de Educação Básica. Departamento de Políticas de Educação Infantil e Ensino Fundamental. Coordenação geral do Ensino Fundamental, 2004. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/noveanorienger.pdf. Acesso em 24 de jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal**: saúde, um direito de adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, DF; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. (Painel de Indicadores do SUS, 5) – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2010. Disponível em http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php. Acesso em set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2011a. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def . Acesso em jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA** : vigilância de violências e acidentes. Secretaria de Vigilância de Violência e Acidentes. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2011b.

BRITO, A.M.; ZANETTA, D.M.; MENDONÇA, R.C.V.; BARISON, S.Z.P.; ANDRADE, V.A.G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Revista Ciência & Saúde Coletiva ,** Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 143-149, 2005.

CAMPOS, J. C. S. **Lesões corporais em crianças e adolescentes vítimas de violência familiar na região da grande Vitória.** 2006. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade de Campinas, Campinas.

CAMPOS, M.A.M.R. **Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde.** 2006. Dissertação (Mestrado).: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARDIA, N; SCHIFFER, S. Violência e desigualdade social. **Revista Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 54, n.1, June/Sept. 2002.

CASTELLAR, C. Psicanálise e adolescência: considerações teórico-técnicas. In: CASTELLAR, C. & FREITAS, L.A. **Crise da adolescência**: visão psicanalítica. Rio de Janeiro: Rocco; 1989.

CASTRO, I.R.R.; CARDOSO, L.O.; ENGSTROM, E.M.; LEVY, R.B.; MONTEIRO, C.A**.** Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2279-88, 2008.

CAVALCANTI, A. L. Maus-tratos Infantis: Guia de Orientação Para Profissionais de Saúde. Editora Idéia, João Pessoa, 2001.

CAVALCANTI, A. L.; DUARTE, R. C. Perfil da criança e do adolescente vítimas de violência doméstica. **Revista Brasileira de Ciências e Saúd**e, São Caetano do Sul, v. 8, n. 2, p. 183-190, mai.-ago., 2004.

CAVALCANTI, A.L.; MARTINS, V.M. Perfil epidemiológico da criança e adolescente vítimas de violência física: estudo no departamento de medicina legal de Campina Grande/PB. **Revista Salusvita**, Bauru, v. 27, n. 3, p. 341-352, 2008.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. National Youth Risk Behavior Survey (YRBS). Trends in the Prevalence of Behaviors that Contribute to Violence National YRBS: 1991–2011. Disponível em http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/pdf. Acesso em 09 mar 2013.

CESCHINI, F.L.; ANDRADE, D.R.; OLIVEIRA, L.C.; ARAÚJO JÚNIOR, J.F.; MATSUDO, V.K.R. Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4., p. 301-306, 2009.

COSTA, L.F.; FÉRES-CARNEIRO, T. Reorganizações familiares: as possibilidades de saúde a partir da separação conjugal. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 8 (Supl), p. 495-504, 1992.

COSTA, L. R. S.; SUCASAS, P. S.; PIRES, C. C.; PRADO, N. L. Maus-tratos infantis: manifestações bucofaciais e aspectos de interesse odontológico.

Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, v. 1, n. 1, p. 49-55, jan. 1997.

COSTA, C.O.M.; SILVA, M.C.M.; SANTOS, J.S.; TELES, C.; SOUZA, K.E.P.; MELO, B.O. Estilo de vida de adolescentes: consumo alimentar de bebida alcoólica em Teixeira de Freitas - Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 28, n. 2, p.151-156, 2004.

COSTA, M.C.O.; CARVALHO, R.C.; BÁRBARA, J.F.R.S.; SANTOS, C.A.S.T.; GOMES, W.A.; SOUSA, H.L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, set./out., 2007.

COKER, A. L., DERRICK, C., LUMPKIN, J. L., ALDRICH, T. E., OLDENDICK, R. Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. **American Journal of Preventive Medicine**, v.19, n.4, p.316-20, 2000.

COUNTS, D.A., BROWN, J.K., CAMPBELL, J.C. (org). Sanctions & Sanctuary: cultural perspective on the beating of wives. **Westview Press**, Boulder, Colorado, 1992.

CRUZEIRO, A.L.S.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUZA, L.D.M.; FARIA, A.D.; PINHEIRO, R.T.; SILVEIRA, I.O.; FERREIRA, C.D. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2013-2020, 2008.

DAY, V. P.; TELLES, L.E.B.; ZORATTO, P.H.; AZAMBUJA, M.R.F.; MACHADO, D.A.; SILVEIRA, M.B.; DEBIAGGI, M; REIS, M.G.; CARDOSO, R.G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 25, (suplemento 1), p. 9-21, abr. 2003.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S.H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 347-381, 2000.

DEB, S; MODAK, S. Prevalence of violence against children in families in Tripura and its relationship with Socio-economic factors. **Journal of Injury and Violence Research,** v. 2, n.1, p. 5-18, jan., 2010.

DEL RIO, V. **Cidade da Mente, Cidade Real**: percepção ambiental e revitalização na área portuária do Rio de Janeiro. In: Percepção Ambiental : a experiência brasileira. São Paulo: Studio Nobel; São Carlos, SP: Universidade Federal de São Carlos, 1996.

DESLANDES. S. F. (org.). **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Fiocruz/Ensp/Claves – 2ª edição. Rio de Janeiro – 2001

DICIONÁRIO AURÉLIO. Disponível em http://www.dicionariodoaurelio.com/Percepcao.html. Acesso em 25 abr 2013.

Di SCALA, C.; SEGE, R.; LI, G.; REECE, R. M. Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, Chicago, v. 154, n. 1, p. 16-22, Jan. 2000.

D'OLIVEIRA, A.F.; SCHRAIBER, L.B.; FRANÇA-JUNIOR, I; LUDERMIR, A.B.; PORTELLA, A.P.; DINIZ, C.S.; COUTO, M.T.; VALENÇA, O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.2, p. 299-310, 2009.

DESLANDES. S. F. **"Prevenir a Violência**: um desafio para profissionais de saúde". Fiocruz/Ensp/Claves - Rio de Janeiro – 1994.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 41, n. 5, p. 839-848, 2007.

EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. **Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes.** Rio de Janeiro, 1993: Vozes.

ELLSBERG, M., JANSEN, A.F.M.H., HEISE, L., WATTS, C. H., MORENO, C.G. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet,** vol. 368, p. 1260–1269, 2006.

FALBO NETO, G.H.; CAMINHA, F.; AGUIAR, F. et al. Incidence of child and adolescent abuse among incarcerated females in the northeast of Brazil. **Journal of Tropical Medicine**, São Paulo, v. 50, p. 292–296, 2004.

FARIAS JÚNIOR, J.C.; MENDES, J.K.F.; BARBOSA, D.B.M. Associação entre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Santa Catarina, v. 9, n. 3, p.250-256, 2007.

FERRAZ, A. **Para punir, Lei da Palmada vai passar a exigir testemunha da agressão.** O Estado de São Paulo, Brasília, 14 dez. 2011. Disponível em http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,para-punir-lei-da-palmada-vai-passar-a-exigir-testemunha-da-agressao,811078,0.htm. Acesso em 25 dez.2011.

FERREIRA, K. M. M. Violência Doméstica/Intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife, 2002. EDUPE.

FERRIANI, M. G. C.; BERTOLUCCI, A.P.; SILVA, M. A. I. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 342-348, mai-jun; 2008.

FIALHO, F.A.P. **Introdução às Ciências da Cognição.** 1ª ed. Florianópolis: Insular, 2001.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: Cross sectional survey. **British Medical Journal**, v. 323, p. 599-600, 2001.

FRANÇA-JÚNIOR I. Abuso sexual na infância: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu , v. 7, n.12, p. 23-38, 2003.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

GARCIA, A.F.G.; SILVA, M.J.F.; MENEZES, V.A. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: um estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, vol. 8, n. 3, p. 301-307, set./dez. 2008.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** LTC – Livros técnicos e científicos. Editora S.A., Rio de Janeiro, 1989.

GOMES, M.L.M.; FALBO-NETO, G.H.; VIANA, C.H.; SILVA, M.A. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um serviço de apoio à mulher, Recife, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.6, Supl 1, p. 27-34, 2006.

GOMES, R. **Os homens cuidam pouco da saúde.** Entrevista concedida à Agência Fiocruz de Notícias em 13/03/2009 às 16:22. Disponível em http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2377&sid=3&tpl=printerview. Acesso em 15 mai. 2013.

GUIMARÃES, J.A.T.L.; VILLELA, W.V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 8, p. 1647-1653, ago, 2011.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; AZEVEDO, G. A.; MACHADO, P. X. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 341-348, 2005.

HANSON, R.F.; BORNTRAGER, C; SELF-BROWN, S.; KILPATRICK, D.G.; SAUNDERS, B.E.; RESNICK, H.S.; AMSTADTER, A. Relations among gender, violence exposure, and mental health: the National Survey of adolescents. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 78, p. 313-321, 2008.

HATHAWAY, J. E.; MUCCI, L. A.; SILVERMAN, J. G.; BROOKS, D. R.; MATHEWS, R.; PAYLOS, C. A. Health status and a health care use of Massachusetts: women reporting partner abuse. **American Journal of Preventing Medicine**, v. 19, n.4, p.302-307, 2000.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Population Reports**, v.27, n.4, p.1-43, 1999.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. Intimate partner violence. In: KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. (org.). **World report on violence and health.** Geneva: WHO; 2002. p.91-121.

HOLT, S.; BUCKLEY, H.; WHELAN, S. The impact of exposure to domestic violence on children and Young people: a review of the literature. **Child Abuse & Neglect**, v. 32, p. 797 – 810, 2008.

HOOKS, B. **Violence in intimate relationships**: a feminist perspective. In: O'TOOLE, L. L., SCHIFFMAN, J. R. (org.) Gender violence. Interdisciplinary perspectives. New York: New York University Press, 1997. p.279-284.

HORTA, R.L.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, R.T.; MORALES, B.; STREY, M.N. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.775-783, abr., 2007.

HORTA, R.L.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, R.T.; KRINDGES, M. Comportamentos violentos de adolescentes e coabitação parento-filial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 979-985, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar** – PeNSE, 2009. [publicação na internet]. Rio de Janeiro; 2009. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf. Acesso em 25 out 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**, 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf . Acesso em 05 nov 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios** – PNAD: 2011. Rio de Janeiro, v. 31, p.1-135, 2011. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Volume_Brasil/pnad_brasil_2011.pdf. Acesso em 15 dez 2012.

INFOCIDADE, 2010. Disponível em http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/13_domicilios_por_faixa_de_rendimento_em_sa_2010_233.html. Acesso em jul 2013.

IPEA - Instituto de Pesquisas e Economia Aplicada. **PNAD 2009** - Primeiras análises: investigando a chefia feminina de família. Brasília, Nº 65, 2010. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101111_comunicadoipea65.pdf. Acesso em 23 fev. 2013.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **The Lancet**, v. 359, n. 9315, p.1423-1429, 2002.

JEWKES, R.; LEVIN, J.; PENN-KEKANA, L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. **Social Science *&* Medicine**, v. 55, n.9, p.1603-1617, 2002.

KISHOR, S; JOHNSON, K.S. Profiling domestic violence: a multi-country study. Caverton: ORC Macro; 2004.

LEVISKY, D. L. Adolescência: pelos caminhos da violência. In: **Adolescência e violência**: a psicanálise na prática social. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LINETZKY, B. **Encuesta mundial de la salud escolar**. Resultados de 2007. Argentina. Disponível em http://www.who.int/chp/gshs/2007_GSHS_Report_ARG_ES.pdf . Acesso em mai 2013).

LIU, R.T.; ALLOY, L.B.; ABRAMSON, L.Y.; WHITHOUSE, W.G. Emotional maltreatment and depression: prospective prediction of depressive episodes. **Depression and Anxiety**, v. 26, p.174-181, 2009.

LOPES, E. **Câmara aprova Lei da Palmada com multa a quem não denunciar maus-tratos**. O Estado de São Paulo, Brasília, 14 dez. 2011. Disponível em http://estadao.br.msn.com/ultimas-noticias/c%C3%A2mara-aprova-lei-da-palmada-com-multa-a-quem-n%C3%A3o-denunciar-maus-tratos. Acesso em 25 dez.2011.

LÓPEZ, P.P.; LIMA, R.C.; MATHIEU, G. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. **Revista Espanhola de Salud Publica**, n.5, p.577- 84, 2002.

LUZ M.T.M.; SILVA, R.C. **Vulnerabilidade e adolescências.** In: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento, Brasília; 1999. v.1. p.93-96.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde**: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas, Campinas.

MARINHEIRO, A.L.V. **Violência Doméstica**: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP. 2003. 136 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 530-537, jul./ago., 2005.

MENEGHEL, S.N.; GIUGLIANI, E.J.; FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 327 – 335, abr-jun, 1998.

MENEZES, D. M. A; BRASIL, K. C. Dimensões psíquicas e sociais da criança e do adolescente em situação de rua. **Revista Psicologia, Reflexão e Crítica,** Porto Alegre, v.11, n.2, p.327-344, 1998.

MENGHINI, F. B. **As trilhas interpretativas como recurso pedagógico**: caminhos traçados para a educação ambiental. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

MINAYO, M.C.S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal, M.F. (org.). **Violência e criança.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 95-11.

MINAYO, M.C.S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: **Violência faz mal à saúde**. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2004. p. 13-16.

MINAYO, M. C. S. Social Violence from a Public Health Perspective. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10 (supplement 1), p. 07-18, 1994.

MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.; NJAINE, K.; DESLANDES, S.F.; SILVA, C.M.F.P. et. al. Fala galera: juventude, violência e cidadania no município do Rio de Janeiro [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz; 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 7-32, 1999.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde,** Manguinhos, v. 3, p. 513-531, nov. 1997.

MOORE, G.F.; ROTHWELL, H.; SEGROTT, J. An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 5, n. 6, p. 1-14, 2010.

Múltiplos Olhares. Disponível em http://olharesdiversos-blogped.blogspot.com. Acesso em 20 set. 2011.

MULLIN, C.R.; LINZ, D. Desensitization and resensitization to violence against women: effects of exposure to sexually violent films on judgments of domestic violence victims. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 69, p. 449-59, 1995.

MUULA, A.S.; HERRING,P.; SIZIYA, S.; RUDATSIKIRA, E. Bullying victimization and physical fighting among Venezuelan adolescents in Barinas: results from the Global School-Based Health Survey 2003. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 35, n.38, p.1-5, 2009.

NAGASSAR, R.P.; RAWLINS, J.M.; SAMPSON, N.R.; ZACKERALI, J.; CHANKADYAL, K.; RAMASIR, C.; BOODRAM, R. The prevalence of domestic violence within different socioeconomic classes in central Trinidad. **West Indian Medical Journal,** v. 59, n. 1, 2010.

OBSERVATÓRIO DO CIDADÃO. Rede Nossa São Paulo, 2011a. Disponível em http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/regioes.php?regiao=28&distrito=56. Acesso em 09 de jun de 2013.

OBSERVATÓRIO DO CIDADÃO. Rede Nossa São Paulo, 2011b. http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/Quadro_da_Desigualdade_em_SP.pdf. Acesso em jul 2013.

OBSERVATÓRIO DO CIDADÃO. Rede Nossa São Paulo, 2012. Dados sobre Violência por subprefeitura. Disponível em http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/regioes.php?regiao=28&distrito=0&tema=14. Acesso em 18 mar 2013.

OLIVEIRA, C. C.; ALMEIDA, M.A.S.; MORITA, I. Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 412-420, 2011.

OMRAM, A. R., 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, (Part 1), p. 509-538, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, 2002.** Disponível em http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf. Acesso em 19 set. 2010.

OSOFSKY, J.D. The effects of exposure to violence on young children. **American Psychologist**, v. 50, p. 782-788, 1995.

PAREDES, J. M. H.; VENTURA, C.A.A. Consumo de alcohol y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18(spe), p. 557-564, 2010.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 11-17, 2007.

PEDEN, M; OYEGBITE,K; OZANNE-SMITH,J; HYDER,A.A.; BRANCHE,C; FAZLUR RAHMAN, A.K.M.; RIVARA,F; BARTOLOMEOS,K. World report on child injury prevention. World Health Organization; Unicef, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_NMH_VIP08.01_eng.pdf>. Acesso em: jan. 2013.

PERES, F. **Adolescência: em busca dos sujeitos sociais.** 1995. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PERES, F; ROSEMBURG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 53-58, 1998.

PHEBO, L; MOURA, A.T.M.S. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 187-196, 2005.

PICKETT, W; CRAIG, W; HAREL, Y; CUNNINGHAM, J; SIMPSON, K; MOLCHO, M; MAZUR, J; DOSTALER, S.; OVERPECK, M.D.; CURRIE, C.E.; HBSC VIOLENCE AND INJURIES WRITING GROUP**.** Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury, **Pediatrics,** v.116, p. 855-863, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/parelheiros/historico/index.php?p=411. Acesso em 14 jun. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. 2012a. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758. Acesso em 23 abr 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes. Notificação de violências e acidentes no município de São Paulo, 2012b. Secretaria Municipal da Saúde Prefeitura Municipal São Paulo. Disponível em http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/SIVVA/agressao/AGRESSAO.DEF. Acesso em 19 mai de 2013.

POLANCZYK, G.V.; ZAVASCHI, M.L; BENETTI, S.; ZENKER, R.; GAMMERMAN, P. W. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 8-14, 2003.

RAMOS, M.L.C.O.; SILVA, A.L. da. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo – Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.1, p. 136-146, 2011.

REICHENHEIM, M.E.; SOUZA, E.R.; MORAES, C.L.; JORGE, M.H.P.M.; SILVA, C.M.F.P.; MINAYO, M.C.S. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**. London, p.75-89, maio. 2011. Disponível em: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf. Acesso em mar. 2012.

REIS, A. O. A. **O discurso da Saúde Pública sobre a adolescente grávida: Avatares.** 1993. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, M.A.; FERRIANI, M.G.C.; REIS, J.N. Violência Sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2004.

ROBINSON,J.; HAYDES, P.; MANTZ-SIMONS, L. Children's story stem responses: A measure of program impact on developmental risks associated with dysfunctional parenting. **Child Abuse and Neglect,** v. 24, n.1, p. 99-110, 2000.

RODRIGUES, A. A. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes no Distrito Federal, 2000.** Disponível em: <http://www.cecria.org.br>. Acesso em: 20 Jan 2013.

RODRIGUEZ, M. A.; QUIROGA, S. S.; BAUER, H. M. Breaking the silence. **Archives of Family Medicine,** v.5, p.153-8, 1996.

RUDATSIKIRA, E.; MUULA, A.S.; SIZIYA; S. Variables associated with physical fighting among US high-school students. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, v. 4, n.16, p.1-8, 2008a.

RUDATSIKIRA, E.; MUULA, A.S.; SIZIYA; S. Prevalence and correlates of physical fighting among school-going adolescents in Santiago, Chile. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, p.197-202, 2008b.

SAFFIOTI, H. I. B**.** Violência Doméstica ou a Lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, Márcia (org.). **Violência em Debate**. São Paulo: Moderna, 1997. p.39-57.

SALBER, P. R., McCAW, B. Barriers to screening for intimate partner violence. time to reframe the question. **American Journal of Preventive Medicine**, v.19, n.4, p.276-278, 2000.

SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; DOSSI, A.P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SANI, A. I. M. S. **As crenças, o discurso e a acção**: as construções de crianças expostas à violência interparental. 2003. Tese. (Doutorado). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

SARTI, C. A. **A família com ordem simbólica**. In: Seminário Internacional sobre a criança e o jovem na América Latina, Marília, 2001. Mesa redonda. Marília; 2001.

SCHOEMAKER, C.; SMIT, F.; BIJL, R.B.; VOLLEBERG, W.A.M. Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 32, p. 381-388, 2002.

SCHOR, N. **Adolescência e anticoncepção:** conhecimento e uso. 1995. Tese (Livre docência em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violence against women: interfaces with Health care. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.3 , n.5, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A.A. Violência contra a mulher : estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISS, L.; DURAND, J.; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu v.7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T.; HANADA, H.; LISS, L.B.; DURAND, J.G.; PUCCIA, M.I.; ANDRADE, M.C. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.3, p. 359-367, 2007a.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I; DINIZ, S.; PORTELLA, A.P.; LUDERMIR, A.B.; VALENÇA, O.; COUTO, M.T. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007b.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I. e Grupo de estudos em População, Sexualidade e Aids. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, suppl.1, p. 127-137, 2008.

SCHRAIBER, L.B.; LATORRE, M.R.D.O.; FRANÇA-JUNIOR, I; SEGRI, N.J.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.4, p. 658-666, 2010.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Revista **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, 1995.

SHAHINFAR, A.; KUPERSMIDT, J.B.; MATZA, L.S. The relation between exposure to violence and social information processing among incarcerated adolescents. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 110, p. 136-141, 2001.

SHARMA, B. R.; GUPTA, M. Child abuse in Chandigarh, India, and its implications. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, Edinburgh, v. 11, n. 5, p. 248-256, 2004.

SILVA, A. M.; VIEIRA, L. J. E. S. Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,** São Paulo, v. 35, n.1, p. 4-10, 2001.

SILVA, L.M.P.; NASCIMENTO, C.A.D.; SILVA, I.R.; GUIMARÃES, K.N. et. al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

SILVA, L.L.; COELHO, E.B.S.; CAPONI, S.N.C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.21, p.93-103, 2007.

Sistema de Diagnóstico da Situação da Criança e do Adolescente na Cidade de São Paulo. Disponível em www.criancaeadolescente2007.com.br/modulo/relatorio. Acesso em 27 nov. 2011.

SOUSA, S.; CORREIA, T.; RAMOS, E.; FRAGA, S.; BARROS, H. Violence in adolescents: social and behavioural factors. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 24, n. 1, p. 47–52, 2010.

TAVARES, B.F.; BERIA, J.U.; LIMA, M.S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública***,* São Paulo, v. 35, n. 2, p. 150-158, 2001.

TAVARES, C.M. **Adolescência e anticoncepção:** iniciação sexual e uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes da Ilha de Santiago, Cabo Verde – África Ocidental. 2009. Tese (Doutorado em Saúde pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TEIXEIRA, S.A.M.; TAQUETTE, S. R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Revista da Associação Médica Brasileira,** São Paulo, v. 56, n. 4, p. 440-446, 2010.

TOMIO, A. G. S. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar do município de Itajaí-SC.** 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. **The Annals of Family Medicine,** v. 2, n. 2, p. 156-60, 2004.

VAGOSTELLO, L.; OLIVEIRA, A.S.; SILVA, A.M.; DONOFRIO, V.; MORENO, T.C.M. Violência Doméstica e escola: um estudo em escolas públicas de São Paulo. **Revista Paidéia,** Belo Horizonte, v. 13, n. 26, p. 191-196, 2003.

VARGAS, J.D. Familiares ou desconhecidos?: a relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n. 40, p. 63-82, 1996.

VITAL, J.F. **Avaliação dimensional da versão em português da Conflict Tactis Scales Parent-Child:** um instrumento de aferição de violência contra crianças e adolescentes. 2010. Tese. (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ZALESKI, M.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RAMISETTY-MIKLER, S.; CAETANO, R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.1, 2010.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012.** Crianças e Adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro – RJ. FLACSO Brasil, 1ª edição. 2012.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. Revista Tempo Social, São Paulo, v. 9, n.1, p. 5–41, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rapport mondial sur la violence et la santé**. Genebra: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Inequalities in young people's health.** Health behavior in school-aged children international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: WHO; 2008.

ANEXOS

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Escolas e Secretarias de Educação)

Título do Projeto: Violência Doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo.

Prezado (a) Senhor (a);

Meu nome é Janaína Maria Ralo, terapeuta ocupacional, aluna do Programa de Pós-graduação - nível Mestrado - da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) sob a orientação da Professora Doutora Néia Schor. Assim, venho através desse apresentar minha proposta de pesquisa cujo objetivo é identificar o que adolescentes pensam sobre a violência doméstica e fatores relacionados a ela, a ser realizada com escolares dos 8º e 9º anos do Ensino Fundamental e 1ª série do Ensino Médio do período diuturno nas escolas do bairro Vargem Grande.

Desse modo, a fim de atingir os objetivos propostos, a metodologia da pesquisa presume que os escolares respondam a um questionário acerca do assunto. Será assegurado aos pais e/ou responsáveis a confidencialidade das informações, bem como à escola garantia de que nos resultados da pesquisa a escola não será mencionada e que os dados serão utilizadas exclusivamente para fins dessa pesquisa.

Em qualquer etapa da pesquisa, qualquer representante da instituição de ensino campo de estudo terá acesso ao profissional responsável pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas. Em caso de dúvida sobre a ética da pesquisa, ou se houver alguma consideração a fazer, o representante da instituição poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

É garantida ao representante da instituição, aos alunos e responsáveis a liberdade de, a qualquer momento, retirar seu consentimento para que esta pesquisa seja realizada na instituição sob sua direção. Em momento algum haverá qualquer risco ou desconforto para o representante da instituição participante, seja no âmbito físico, seja no moral ou ético. Por outro lado, a participação neste estudo não evidencia benefícios diretos aos participantes. Não haverá despesas para a instituição

participante, nem para os alunos em nenhuma fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Assim, a autorização para a participação do aluno na pesquisa será concedida pelo pai e/ou responsável e pelo mesmo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No entanto, para a efetivação do projeto, necessitamos da colaboração de V. Sª, no que diz respeito à autorização para a aplicação dos questionários junto aos alunos da instituição a qual responde legalmente.

Atenciosamente;

Janaína Maria Ralo

_____

Declaro estar ciente do exposto e autorizo a coleta dos dados para a pesquisa.

Nome da Escola:_____

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Responsável: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Disponibilizo contato para eventuais esclarecimentos:

Janaína Ralo (pesquisadora) – tel: (11) 8989 1793

E-mail: janainaralo@bol.com.br

Professora Doutora (Orientadora do Estudo) : Néia Schor - tel: (11) 3061 7703

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – tel (11) 3061 7779

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pai ou responsável)

Título do projeto: Violência Doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo.

Pesquisador responsável: Janaína M. Ralo

Prezados pai (s) e ou responsável (is);

Este projeto tem por objetivo identificar o que adolescentes pensam sobre a violência doméstica e fatores relacionados a ela, a ser realizada nas escolas do bairro Vargem Grande pela pesquisadora Janaína M. Ralo para desenvolvimento de um trabalho de mestrado, vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), sob a orientação da Professora Doutora Néia Schor.

Assim, será necessária a aplicação de um questionário aos adolescentes sobre violência. O questionário é anônimo, ou seja, não necessita de colocar nome, não será lido, nem analisado pela escola, será agrupado com as resposta dadas por alunos de outras escolas do bairro, as respostas são confidenciais, ou seja, secretas e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade, trazendo riscos mínimos aos envolvidos. Mediante as respostas dos alunos será elaborado o trabalho de mestrado que fornecerá informações que poderão ajudar na elaboração de políticas públicas de prevenção à violência e conseqüente melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O aluno, o pai(s) ou responsável(is) serão esclarecidos sobre qualquer dúvida em relação ao trabalho. É garantida ao adolescente e responsável, a liberdade de, a qualquer momento, retirar seu consentimento para a participação nesta pesquisa. A participação é voluntária e a recusa em participar, em momento algum, acarretará qualquer risco ou desconforto para o responsável e adolescente em relação à escola, seja no âmbito físico, seja no moral ou ético. Por outro lado, a participação neste estudo não evidencia benefícios diretos ao participante. Não haverá despesas para os responsáveis, nem para os alunos em nenhuma fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Esse termo serve para comprovar que o pai ou responsável está de acordo e autoriza seu (sua) filho (a) a ser entrevistado (a).

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Nome do pai ou responsável _____

Assinatura do pai ou responsável _____

Janaína M. Ralo

_____

Em caso de dúvidas ou para ter mais informações sobre o estudo entrar em contato com:

Janaína Ralo (pesquisadora) – tel: (11) 8989 1793
E-mail: janainaralo@bol.com.br
Professora Doutora (Orientadora do Estudo) : Néia Schor - tel: (11) 3061 7703
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – tel (11) 3061 7779

Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Aluno)

Título do projeto: Violência Doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo.
Pesquisador responsável: Janaína M. Ralo

Prezado aluno;

Este projeto tem por objetivo identificar o que adolescentes pensam sobre a violência doméstica e fatores relacionados a ela, a ser realizada nas escolas do bairro Vargem Grande pela pesquisadora Janaína M. Ralo para desenvolvimento de um trabalho de mestrado, vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), sob a orientação da Professora Doutora Néia Schor.

Assim, será necessário a aplicação de um questionário a adolescentes sobre violência. O questionário é anônimo, ou seja, não necessita de colocar nome, não será lido, nem analisado pela escola, será agrupado com as resposta dadas por alunos de outras escolas do bairro. Lembrando que as respostas são confidenciais, ou seja, secretas e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Mediante as respostas dos alunos será elaborado o trabalho de mestrado que fornecerá informações que poderão ajudar na elaboração de políticas públicas de prevenção à violência e conseqüente melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O aluno, o pai(s) ou responsável(is) serão esclarecidos sobre qualquer dúvida em relação ao trabalho. É garantida ao adolescente e responsável, a liberdade de, a qualquer momento, retirar seu consentimento para a participação nesta pesquisa. A participação é voluntária e a recusa em participar, em momento algum, acarretará qualquer risco ou desconforto para o responsável e adolescente em relação à escola, seja no âmbito físico, seja no moral ou ético. Por outro lado, a participação neste estudo não evidencia benefícios diretos ao participante. Não haverá despesas para os responsáveis, nem para os alunos em nenhuma fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Esse termo serve para comprovar que você concorda em responder o questionário da pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Nome do aluno Assinatura do aluno

_____ ____ _____

Janaína M. Ralo

_____

Em caso de dúvidas ou para ter mais informações sobre o estudo entrar em contato com:

Janaína Ralo (pesquisadora) – tel: (11) 8989 1793 E-mail: janainaralo@usp.br
Professora Doutora (Orientadora do Estudo) : Néia Schor - tel: (11) 3061 7703
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – tel (11) 3061 7779

Anexo 4. Folder informativo: locais de atendimentos às vítimas de violência doméstica

Saiba como ajudar as pessoas que sofrem violência...

UBS Vargem Grande (Posto de Saúde)
Avenida das Araras, 49 – Vargem Grande
CEP: 04896-260
Tels: (11) 5921 2111
Responsável: Dênis Monteiro Leite

Conselho Tutelar Parelheiros
Endereço: Rua Nazle Nauad Lutfi, 169
CEP 04891-020
Tels.: (11) 5926 0834/ 5921-2546 Fax: 5921-992
Responsáveis (Conselheiros): Genivaldo Lima dos Santos
Ivania Menezes Vidal Bucher; José Marcolino da Silva;
José Severino Gomes e Zilda Ribeiro Muzzo dos Santos

Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
Endereço: Av. Sadamu Inoue, 5.252, Parelheiros
CEP 04883- 025
Tel.: (11) 5920-4162/5920-4163
Responsável: Adriana Telles (Supervisora)

Anexo 5. Instrumento de Coleta de Dados (Questionário)

Segue abaixo a correspondência adotada para a categorização e seus respectivos números nesse instrumento:

Não sabe/não lembra: 99
Recusa ou em branco: 77
Não se aplica: 88
Não lembra: 22
Para NÃO: 0
Para SIM: 1

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Janaína Ralo e Néia Schor

Nº ____

Caro Estudante,

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem por objetivo identificar o que adolescentes pensam sobre a violência doméstica e fatores relacionados a ela, a ser realizada com escolares dos 8º e 9º anos do Ensino Fundamental e 1ª série do Ensino Médio do período diuturno nas escolas do bairro Vargem Grande.

Sua participação é muito importante, por isso pedimos que respondam de maneira honesta e sincera para podermos traçar um "desenho" sobre a violência.

Lembramos que não é preciso colocar seu nome nessa folha!

Muito obrigada!

_____

Data:___ / ___ / ____ Turma:_____

Nome da Escola: _____

N	Questão	Resposta	Cód.
1	Qual o seu sexo?	1( ) Feminino 2( ) Masculino	Q1
2	Qual a sua idade completa em anos?	1( ) 13 anos 4( ) 16 anos 2( ) 14 anos 5( ) Outro_____ 3( ) 15 anos _____	Q2
3	Como você classifica sua cor ou raça?	1( ) Branca 5( )Indígena 2( ) Amarela 77( ) Recusa 3( ) Preta 99( ) Não sabe 4( ) Parda(mistura de raças)	Q3
4	Onde você nasceu?	1 Cidade: _____ 2 Estado: _____	Q4
5	Em que bairro você mora?	1( ) Vargem Grande 2( ) Jardim Silveira 3( ) Colônia 4( ) Outro, qual? _____	Q5
6	Qual sua religião?	1( ) Católica 2( ) Evangélica/Protestante 3( ) Espírita 4( )Não tenho religião, mas acredito em Deus 5( )Não acredito em Deus	Q6
7	O local onde você mora é:	1( ) Alugado 2( ) Próprio (Terreno próprio) 3( ) Próprio (Terreno ocupado) 4( ) Outros. Qual?_____	Q7
8	Na sua casa tem energia elétrica?	0( ) Não 1( ) Sim	Q8
9	Tem rede de esgoto?	0( ) Não 1( ) Sim	Q9
10	Tem água encanada?	0( ) Não 1( ) Sim	Q10

	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Janaína Ralo e Néia Schor		Nº _____
N	**Questão**	**Resposta**	**Cód.**
11	Quantas divisões/cômodos têm na sua casa?	1( ) Um 4 ( ) Quatro 2( ) Dois 5 ( ) Cinco 3( ) Três 6 ( ) Mais. Quantos?_____	Q11
12	Quantas pessoas moram em sua casa, incluindo você?	1( ) Duas 3( ) Quatro 2( ) Três 4( ) Cinco 5( ) Mais. Quantas? _____	Q12
13	Com quem você mora? Marque com X **todas** as corretas – pode ser assinalada mais de uma.	1( ) Pai 10( ) Tio(s) 2( ) Mãe 11( ) Companheiro(a) 3( ) Padrasto 12( ) Sogro 4( ) Madrasta 13( ) Primo(s) 5( ) Irmão 14( ) Sobrinho(s) 6( ) Irmã 15( ) Amigo (s) 7( ) Avó 16( ) Filho (a) 8( ) Avô 17( ) Outros,quais?_____ 9( ) Tia(s) _____	Q13
14	Quais dessas pessoas que moram na sua casa trabalham? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) Pai 10( ) Tio(s)/Tia(s) 2( ) Mãe 11( ) Marido/Esposa 3( ) Padrasto 12( ) Sogro /Sogra 4( ) Madrasta 13( ) Primo(s) 5( ) Irmão 14( ) Sobrinho(s) 6( ) Irmã 15( ) Amigo (s) 7( ) Avó 16( ) Filho (a) 8( ) Avô 17( ) Outros,quais?_____ 9( )Namorado(a) _____	Q14
15	Quem é o(a) chefe da família?	_____	Q15
15 a	Com o que ele(a) trabalha hoje?	_____	Q15a
16	Você faz algum curso fora da escola?	0( )Não. (Se **NÃO**, passe para a questão 18) 1( ) Sim. Qual?_____ _____	Q16
17	É pago?	0( )Não 1( ) Sim Se sim, quem paga?_____	Q17
18	Quando você procura um serviço de saúde? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( )Só quando fico doente. 2( ) Para tomar vacina. 3( ) Para controle da saúde/para saber se está tudo bem. 4( ) Outros motivos, quais? _____ _____ 5( ) Nunca procurei um serviço de saúde. Passe para a questão 19.	Q18
19	Você tem cadastro no Posto de Saúde do bairro?	0( ) Não 22( ) Não Lembro 1( ) Sim 99( ) Não sei	Q19

	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Janaína Ralo e Néia Schor	Nº _____
N	**Questão**	**Resposta**	**Cód.**
20	Você já procurou ou esteve em um serviço de saúde?	0( ) Não. Se **NÃO** passe para a questão 22. 1( ) Sim	Q20
21	O que aconteceu com você para ir até o serviço de saúde?	_____ _____ _____	Q21
22	Nos últimos **6 meses** você foi a um serviço de saúde?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 24. 1( ) Sim	Q22
23	Se **SIM**, qual(is) dos serviços? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) Posto de Saúde 4( ) CAPS 2( ) AMA 5( )Hospital 3( ) Pronto Socorro 6( )Outros, quais?_____ _____	Q23
24	No momento, você está namorando ou possui um companheiro?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 26. 1( ) Sim	Q24
25	Se sim, há quanto tempo?	_____	Q25
26	Já iniciou a vida sexual?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 30. 1( ) Sim	Q26
27	Com que idade?	( ) 12 anos ( ) 15 anos ( ) 13 anos ( ) 16 anos ( ) 14 anos ( ) Outra, qual?_____ _____	Q27
28	Na última relação sexual você usou algum método para evitar uma gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis (DSTs e AIDS)?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 30. 1( ) Sim 22( ) Não lembro. Passe para a questão 30. 99( ) Não sei. Passe para a questão 30.	Q28
29	Se **SIM**, qual?	_____	Q29
30	Você considera seu bairro violento?	0( )Não 1( ) Sim 99( ) Não sei	Q30
31	Você conhece alguém que sofreu algum tipo de violência?	0( )Não (Se **NÃO**, passe para a questão 33). 1 ( ) Sim 22( ) Não lembro (Passe para a questão 33). 99( ) Não sei (Passe para a questão 33).	Q31
32	Se **SIM**, Quem foi o agressor?	1( ) namorado(a) 5( )padrasto 2( ) mãe 6( )irmão/irmã 3( ) pai 7( ) outros, quem?_____ 4( )madrasta _____ 99( ) Não sei _____	Q32

	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Janaína Ralo e Néia Schor		Nº _____
N	**Questão**	**Resposta**	**Cód.**
33	Das situações listadas ao lado, marque com um X o que <u>você considera</u> um tipo de violência: Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) Insultar alguém e fazer com que se sinta mal a respeito de si mesmo. 2( ) Humilhar alguém diante de outras pessoas. 3( ) Ameaçar machucar alguém de quem você gosta. 4( ) Dar tapas e jogar coisas em alguém que possa machucá-lo. 5( ) Empurrar ou dar um tranco/chacoalhão em alguém. 6( ) Dar chutes, arrastar ou surrar alguém. 7( ) Estrangular ou queimar alguém de propósito. 8( ) Ameaçar usar arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra alguém. 9( ) Realmente usar arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra alguém. 10( ) Forçar fisicamente alguém a manter relações sexuais mesmo que ele não queira. 11( ) Impedir alguém de se alimentar ou tomar banho dentro da sua própria casa. 12 ( ) Outros. Quais? _____ _____	Q33
34	Você considera que já sofreu algum tipo de violência alguma vez na vida?	0( ) Não (Se **<u>NÃO</u>**, passe para a questão 38) 1( ) Sim	Q34
35	Se **SIM**, Quem foi o agressor? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) namorado (a) 6( ) irmão 2( ) mãe 7( ) irmã 3( ) pai 8( ) avó 4( ) padrasto 9( ) avô 5( ) madrasta 10( ) vizinho 99( ) Não lembro 11( )Outros,quem?_____ _____	Q35
36	Contou para alguém?	0( ) Não (Se **<u>NÃO</u>**, passe para a questão 38) 1( ) Sim	Q36
37	Para quem? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) namorado (a) 6( ) irmão 2( ) mãe 7( ) policial 3( ) pai 8( ) padre/religioso 4( )padrasto 9( ) vizinho 5( ) madrasta 10 ( ) médico/profissional 6( ) irmã de saúde 11( ) outros, quem? ____ _____	Q37

	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Janaína Ralo e Néia Schor		Nº _____
N	**Questão**	**Resposta**	**Cód.**
38	Marque com um X se **nos últimos <u>6 meses</u>, alguém da sua casa** tratou você da seguinte forma: Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) Fez com que se sentisse mal a respeito de si insultou você. 2( ) Humilhou você diante de outras pessoas. 3( ) Ameaçou machucar alguém de quem você gosta. 4( ) Deu tapas e jogou coisas que pudesse machucar você. 5( ) Empurrou ou deu um tranco/chacoalhão em você. 6( ) Deu chutes, arrastou ou surrou você. 7( ) Estrangulou ou queimou você de propósito. 8( ) Ameaçou usar arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você. 9( )Realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você. 10( ) Forçou você a manter relações sexuais mesmo que você não quisesse. 11( ) Impediu você de se alimentar ou tomar banho na sua casa. 12 ( ) Outros. Quais? _____ _____ 13 ( ) Ninguém da minha casa me tratou assim nos últimos 6 meses. <u>Passe para a questão 45</u>.	Q38
39	Se você marcou pelo menos uma das respostas da questão acima (38), quem da sua casa tratou você dessa maneira? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) mãe 3( ) pai 4( ) padrasto 4( ) madrasta 5( ) irmão 6( ) irmã 7( )avó 8( )avô 9( )tio 10( )tia 11( )primo(a) 12( )outros, quem?___ _____	Q39
40	Você contou para alguém?	0( ) Não (Se **<u>NÃO</u>**, passe para a questão 45) 1( ) Sim	Q40
41	Para quem? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) namorado (a) 2( ) mãe 3( ) pai 4( ) padrasto 4( ) madrasta 5( ) irmão 6( ) irmã 7( ) vizinho 8( ) policial 9( ) médico/profissional de saúde 10( )padre/religioso 11( )outros, quem? _____	Q41

	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Janaína Ralo e Néia Schor		Nº ___
N	**Questão**	**Resposta**	**Cód.**
42	Você procurou atendimento médico ou ajuda de um serviço de saúde?	0( ) Não , se **NÃO** passe para a questão 44. 1( ) Sim	Q42
43	Se **SIM**, qual(is) dos serviços? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) Posto de Saúde 4( ) CAPS 2( ) AMA 5( )Hospital 3( ) Pronto Socorro 6( )Outros, quais?___ _____ _____	Q43
44	Você acha que isso afetou sua saúde física?	0( ) Não ( ) Sim 99 ( ) Não sei	Q44
44 a	Você acha que isso afetou sua saúde mental?	0( ) Não ( ) Sim 99 ( ) Não sei	Q44a
45	Marque com um X se **nos últimos 6 meses, alguém da sua casa** tratou **outra pessoa que mora junto com você** da seguinte forma: Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) Fez com que sentisse mal a respeito de si insultou ela. 2( ) Humilhou ela diante de outras pessoas. 3( ) Ameaçou machucar essa pessoa. 4( ) Deu tapas e jogou coisas que pudesse machucar ela. 5( ) Empurrou ou deu um tranco/chacoalhão nela. 6( ) Deu chutes, arrastou ou surrou ela. 7( ) Estrangulou ou queimou ela de propósito. 8( ) Ameaçou usar arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra ela. 9( )Realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra ela. 10( ) Forçou ela a manter relações sexuais mesmo que ela não quisesse. 11( ) Impediu ela de se alimentar ou tomar banho em casa. 12 ( ) Outros. Quais? _____ _____ _____ _____ 13 ( ) Ninguém da minha casa foi tratado assim por outra pessoa que more junto comigo. <u>Passe para a questão 48.</u>	Q45
46	Se **SIM**, quem? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) mãe 7( ) irmã 3( ) pai 8( ) avó 4( ) padrasto 9( ) avô 4( ) madrasta 10( ) tio 5( ) irmão 11 ( ) tia 6( ) primo 12 ( )prima 13( ) outros, quem? _____	Q46

	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Janaína Ralo e Néia Schor		Nº ___
N	**Questão**	**Resposta**	**Cód.**
47	Quem foi o agressor? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) mãe 7( ) irmã 3( ) pai 8( ) avó 4( ) padrasto 9( ) avô 4( ) madrasta 10( ) tio 5( ) irmão 11 ( ) tia 6( ) primo 12 ( )prima 13( ) outros, quem? _____	Q47
48	Na sua vida, você já agrediu alguém?	0( ) Não. Se **NÃO**, passe para a questão 49. 1( ) Sim	Q48
48 a	Se **SIM**, quem?	_____	Q48a
49	Você tem medo de alguém próximo a você?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 50. 1( ) Sim	Q49
49 a	Se **SIM**, de quem?	_____	Q49a
50	Alguém na sua casa faz uso de álcool?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 53 . 1( ) Sim 99( ) Não sei	Q50
51	Se **SIM**, com que freqüência?	1( ) 1 vez na semana 2( ) de 2 a 3 vezes na semana 3( ) 4 a 7 vezes na semana	Q51
52	Quem usa essas substâncias? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) pai 2( )mãe 3( )irmãos 4( ) outros, quem?_____ _____	Q52
53	Alguém na sua casa faz uso de drogas?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 56. 1( ) Sim 99( ) Não sei	Q53
54	Se **SIM**, com que freqüência?	1( ) 1 vez na semana 2( ) de 2 a 3 vezes na semana 3( ) 4 a 7 vezes na semana	Q54
55	Quem usa essas substâncias? Lembrete: **pode ser marcado X em mais de uma resposta.**	1( ) pai 2( )mãe 3( )irmãos 4( ) outros, quem?_____ _____	Q55
56	Você já fez uso de **Álcool**?	1( )Já fiz, mas não uso mais. (Passe para a questão 58). 2( ) Já fiz e ainda faço uso. 3( ) Nunca usei. (Passe para a questão 58).	Q56
57	Se ainda usa, com que freqüência faz uso?	1( ) 1 vez na semana 2( ) de 2 a 3 vezes na semana 3( ) todos os dias da semana	Q57

	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Janaína Ralo e Néia Schor		Nº ___
58	Você já fez uso de **Drogas**?	1( )Já fiz, mas não uso mais. (Passe para a questão 60). 2( ) Já fiz e ainda faço uso. 3( ) Nunca usei. (Passe para a questão 60).	Q58
59	Se ainda usa, com que freqüência faz uso?	1( ) 1 vez na semana 2( ) de 2 a 3 vezes na semana 3( ) todos os dias da semana	Q59
60	O que **tem no seu bairro** para as pessoas da sua idade se distrair/divertir? Descreva.	_____ _____ _____ _____	Q60
61	O que você faz para se distrair/divertir aos finais de semana?	_____ _____ _____ _____	Q61
62	Você ouve rádio?	0( ) Não. Se **NÃO** passe para a questão 65. 1( ) Sim	Q62
63	Com que freqüência?	1( ) 1 vez na semana 2( ) de 2 a 3 vezes na semana 3( ) todos os dias da semana	Q63
64	Quais estações?	_____ _____ _____	Q64
65	Você assiste televisão?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 67. 1( ) Sim	Q65
66	Se **SIM**, que programas mais gosta de assistir?	_____ _____ _____ _____	Q66
67	Você tem acesso à internet?	0( ) Não, se **NÃO** passe para a questão 69. 1( ) Sim	Q67
68	Se **SIM**, onde acessa a internet?	( ) em casa ( ) biblioteca ( ) na escola ( ) no CEU ( ) lan house /cyber ( ) Outro, qual?_____ _____	Q68

69. Em sua opinião o que gera a violência entre as pessoas que vivem na mesma casa?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

70. Se você quiser dizer mais alguma coisa sobre os temas que foram abordados no questionário e que não foi perguntado, use o espaço abaixo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Agradecemos pela sua participação, sua contribuição foi muito importante!

Janaína Maria Ralo

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/2273498482616907
Última atualização do currículo em 16/04/2013

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Sorocaba (2009), é especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família. No presente momento cursa Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. Possui experiência em atuação com adolescentes em conflito com a lei na Fundação C.A.S.A. - Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Sorocaba/SP). Atualmente atua no NASF - Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família como Terapeuta Ocupacional. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Janaína Maria Ralo
Nome em citações bibliográficas	RALO, J. M.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2011
Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Violência doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo,Orientador: Neia Schor.
Palavras-chave: Violência Doméstica; Adolescência; Adolescentes; Violência Intrafamiliar; Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.

2010 - 2011
Especialização em Saúde Pública - Estratégia de Saúde da Família. (Carga Horária: 488h).
Centro Universitário São Camilo.
Título: Violência doméstica na Adolescência como questão de Saúde Pública: análise da produção científica brasileira da última década.
Orientador: Shirlei Mariotti Gomes Coelho.

2006 - 2009
Graduação em Terapia Ocupacional.
Universidade de Sorocaba, UNISO, Brasil.
Título: A Terapia Ocupacional no pólo industrial sorocabano: um caminho a ser trilhado..
Orientador: Jamile Cristina Albiero Silva.
Bolsista do(a): Governo Federal.

Neia Schor

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/6165875000902993
Última atualização do currículo em 21/05/2013

possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1972), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1978) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1985). Atualmente é professor titular da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: adolescência, saúde reprodutiva, anticoncepção, aborto e gênero. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Neia Schor
Nome em citações bibliográficas SCHOR, N.;SCHOR, NÉIA

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Dr. Arnaldo, 715 Sala 218
CERQUEIRA CÉSAR
01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667773
Fax: (11) 38530240
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/121/12

04 de junho de 2012.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **5.ª/12 Sessão Ordinária**, realizada em **11/05/2012**, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2335**, intitulado "**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**", do **grupo III**, sob responsabilidade da pesquisadora **Janaina Maria Ralo** e orientação da Professora **Néia Schor**, considerando-o **HOMOLOGADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): **1)** Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; **2)** Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; **3)** Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; **4)** Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **5)** Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. **Néia Schor**
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública/USP