



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

NATÁLIA AMARAL HILDEBRAND

RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E LINHA DE CUIDADO

CAMPINAS

2017

**NATÁLIA AMARAL HILDEBRAND**

**RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E LINHA DE CUIDADO**

*Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Ciências, na área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.*

**ORIENTADOR: MARIA DE LURDES ZANOLLI**

**COORIENTADOR: ELOISA HELENA RUBELLO VALLER CELERI**

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO**

**FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA**

**ALUNA NATÁLIA AMARAL HILDEBRAND, E ORIENTADA PELA**

**PROF(A). DR(A). MARIA DE LURDES ZANOLLI.**

**CAMPINAS**

**2017**

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** CAPES, 01-P-4525/2013  
**ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-2715-6956>

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

H544r Hildebrand, Natália Amaral, 1981-  
Resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e linha de cuidado / Natália Amaral Hildebrand. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Maria de Lurdes Zanolli.  
Coorientador: Eloisa Helena Rubello Valler Celeri.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Resiliência psicológica. 2. Violência doméstica. 3. Saúde mental. 4. Criança. 5. Adolescente. I. Zanolli, Maria de Lurdes, 1954-. II. Celeri, Eloisa Helena Rubello Valler, 1959-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Resilience in children and adolescents victims of domestic violence and care line

**Palavras-chave em inglês:**

Resilience, Psychological

Domestic violence

Mental health

Child

Adolescent

**Área de concentração:** Saúde da Criança e do Adolescente

**Titulação:** Doutora em Ciências

**Banca examinadora:**

Maria de Lurdes Zanolli [Orientador]

Tamara Beres Lederer Goldberg

Sheila Cavalcante Caetano

Angélica Maria Bicudo

Marcos Tadeu Nolasco da Silva

**Data de defesa:** 14-02-2017

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde da Criança e do Adolescente

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**NATÁLIA AMARAL HILDEBRAND**

**Orientador (a) PROF(A) DR(A) MARIA DE LURDES ZANOLLI**

**Coorientador (a) PROF(A). DR(A) ELOÍSA HELENA RUBELLO VALLER CELERI**

## **MEMBROS:**

- 1. PROF(A). DR(A). MARIA DE LURDES ZANOLLI**
- 2. PROF(A). DR(A). TAMARA BERES LEDERER GOLDBERG**
- 3. PROF(A). DR(A). SHEILA CAVALCANTE CAETANO**
- 4. PROF(A).DR(A). ANGÉLICA MARIA BICUDO**
- 5. PROF(A).DR(A). MARCOS TADEU NOLASCO DA SILVA**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: 14 de fevereiro de 2017**

*Dedico este trabalho ao meu marido Victor,  
meus pais Renato e Evani e aos meus filhos.  
Muito obrigada por todos os momentos de  
apoio, incentivo e paciência.*

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli, pelo constante aprendizado, confiança, atenção, amizade, paciência e dedicação.

À coorientadora Profa. Dra. Eloísa Helena Rubello Valler Celeri, pelo constante aprendizado, confiança, atenção, amizade, paciência e dedicação.

Ao Prof. Dr. André Moreno Morcillo, responsável pela análise estatística, por seus ensinamentos, orientação e paciência.

Aos sujeitos deste estudo e suas famílias pela participação na pesquisa.

A toda equipe do CREAS e dos Serviços Especializados conveniados que se empenharam colaborando com esse estudo.

Às escolas e profissionais da educação que contribuíram com a pesquisa.

À Secretaria de Assistência, Cidadania e Inclusão Social e a Secretaria Estadual de Educação por autorizarem a realização deste estudo.

Aos Prof.(os) Dr.(os) Marcos Tadeu Nolasco da Silva e Paulo Dalgalarrodo pela participação na qualificação, críticas e sugestões.

Aos Prof.(os) Dr.(os) Marcos Tadeu Nolasco da Silva, Angélica Maria Bicudo, Tamara Beres Lederer Goldberg e Sheila Cavalcante Caetano pela participação na defesa da tese, críticas e sugestões.

Aos Prof.(os) Dr.(os) Amilton dos Santos Júnior, Eduardo Henrique Teixeira, Mariana Porto Zambom, Maria Ângela Reis de Góes Monteiro Antônio e Roberto Teixeira Mendes por aceitarem participar como membros suplentes na qualificação e defesa da tese.

A minha família pelo apoio, incentivo e paciência. Em especial ao meu marido Victor, aos meus pais Renato e Evani e aos meus filhos.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo apoio financeiro.

## RESUMO

**Introdução:** A exposição de crianças/adolescentes a fatores de risco, como a violência doméstica, pode desencadear transtornos mentais precoces. Os estudos sobre a resiliência têm contribuído amplamente com a promoção de saúde, linha de cuidado infanto-juvenil e desenvolvimento de pessoas em situação de risco social e emocional.

**Objetivo:** Estudar a resiliência em crianças/adolescentes vítimas de violência doméstica, conhecer a linha de cuidados desses sujeitos e, comparar com um grupo de escolares que não tenha sofrido violência doméstica.

**Método:** Tratou-se de estudo quanti-qualitativo. Os sujeitos desta pesquisa foram crianças/adolescentes (9-16 anos) vítimas de violência doméstica e seus responsáveis (díades)-G1, acompanhadas em serviços especializados do município de Campinas; e, um grupo de escolares-G2 com as mesmas características que não tenham sofrido violações de direitos. Foram aplicados nas díades instrumentos estruturados: *SDQ-Strengths and Difficulties Questionnaires*; *RSCA-Resiliency Scales for Children and Adolescents*; *SSA-Social Support Appraisals*; RAF-Inventário de Recursos no Ambiente Familiar; e semiestruturados: Diagrama da Escolta e um questionário psicossocial. Foram realizadas análises uni/multivariada e análise de conteúdo temático a partir de categorias.

**Resultados:** A resiliência foi alta nas três escalas do RSCA em ambos os grupos, com diferença significativa na subescala reatividade emocional. Os sujeitos que tiveram maior chance de baixa resiliência apresentaram ausência de percepção do suporte social do professor, dos amigos e de outras pessoas da comunidade. O estabelecimento de rotina/regras na vida das crianças/adolescentes associou-se a resiliência. A violência doméstica infanto-juvenil foi fator de risco para desenvolvimento de transtornos mentais (SDQ-versão responsáveis). Baixa resiliência de reatividade emocional foi mais presente em sujeitos do sexo feminino e naqueles que apresentaram maior possibilidades de problemas de saúde mental (SDQ-versão autoavaliação). Foram fatores de risco para o G1 e suas famílias: vulnerabilidade socioeconômica, famílias monoparentais, separação dos pais e disputas judiciais pela guarda, abandono do genitor, responsáveis com problemas de saúde mental, envolvimento com a criminalidade, prostituição, uso considerado problemático de bebida alcoólica e substâncias psicoativas, histórico de moradia em situação de rua, mortes de pessoas importantes, violência na escola, abrigo, trabalho infantil, problemas escolares e alimentares. No G2 a escolaridade do responsável foi maior e as crianças iniciaram antes a educação infantil. A rede de proteção social foi referência de suporte para famílias do G1. Nos

dois grupos os serviços de saúde mental públicos foram o principal apoio e para as crianças/adolescentes a família foi a principal fonte de cuidados físicos e emocionais. Nos dados qualitativos encontrou-se importante miséria emocional, social e afetiva dos responsáveis.

**Conclusões:** A violência doméstica ocorre associada a inúmeros fatores de risco que aumentam as possibilidades de desenvolvimento de transtornos mentais precocemente, enquanto que a resiliência funciona como fator de proteção para o adoecimento emocional. A miséria afetiva e social dos responsáveis gera um maior risco de adoecimento em crianças/adolescentes impedindo o desenvolvimento da resiliência. Sugere-se que a rede de suporte para a família possa ser um dos focos das ações de cuidado nesta área.

**Palavras Chaves:** Resiliência Psicológica, Violência Doméstica, Saúde Mental, Criança, Adolescente, Fatores de Risco, Fatores de Proteção.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The exposure of children/adolescents to risk factors, such as domestic violence, may cause early mental disorders. The resilience studies have largely contributed to the health promotion, the child-juvenile care line and the development of people at social and emotional risk.

**Objective:** To study resilience in children/adolescents victims of domestic violence, to understand the care line of these subjects and to compare them with a group of schoolchildren who did not experience domestic violence.

**Method:** This was a quantitative-qualitative study. The research subjects were children/adolescents (9-16 years) victims of domestic violence and their respective guardians (dyads)-G1, under monitoring in specialized services at Campinas city; and a control group of schoolchildren-G2 with the same characteristics that had not suffered violations of their rights. Structured instruments/tools were applied in the dyads: SDQ-Strengths and Difficulties Questionnaires; RSCA-Resiliency Scales for Children and Adolescents; SSA-Social Support Appraisals; RAF- Home Environment Resources Scale; and semi-structured instruments/tools: the Convoy of Social Support and an elaborated questionnaire psychosocial. Univariate/multivariate analyses were performed as well as thematic content analysis by categories.

**Results:** The resilience capacity was high in the three scales of RSCA in both groups, with significant difference in the emotional reactivity subscale. The subjects who had a higher chance of low resilience presented an absence of social support perception from the teacher, friends and other people in the community. The establishment of routine/rules in the children/adolescents lives was associated with resilience. Child-juvenile domestic violence was a risk factor for the development of mental disorders (SDQ-parents version). Low resilience of emotional reactivity was more present among the female subjects and those who presented more possibilities of mental health problems (SDQ-self-rated version). Risk factors for the G1 and their families were: socioeconomic vulnerability, single-parent families, parent's separation and custody disputes, parent abandonment, parents with mental health problems, criminality involvement, prostitution, problematic use of alcohol and psychoactive substances, history of housing on the street, death of important people, school violence, sheltering, child labor, school and food problems. In the G2 the guardians schooling was higher and the children started earlier their education. The social protection network was a support reference for families in the G1. In both groups the mental health public services were

the main support and for the children/adolescents the family was the main source of physical and emotional care. In the qualitative data it was found an important emotional, social and affective misery in the guardians.

**Final Considerations:** The domestic violence is associated with numerous risk factors that increase the possibilities of developing early mental disorders, while the resilience is a protective factor for emotional illness. The social and affective misery of the guardians generates higher risk of illness in children/adolescents preventing the resilience development. It is suggested that the family support network should be one of the focuses of the care actions in this area.

**Key words:** Psychological Resilience, Domestic Violence, Mental Health, Child, Adolescent, Risk Factors, Protection Factors.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1	Quadro Sinóptico: Avaliações das crianças e adolescentes.....	92
----------	---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Condições socioeconômicas e infraestrutura de moradia familiar por grupo .....	41
Tabela 2.	Caracterização da situação conjugal dos responsáveis e presença na vida dos filhos por grupo .....	43
Tabela 3.	Cuidador Principal nomeado pelo responsável que participou da entrevista por grupo .....	48
Tabela 4.	Escolaridade, frequência em atividade socioeducativa e religião das crianças/adolescentes e responsáveis por grupo .....	46
Tabela 5.	Violência Doméstica contra as crianças ou adolescentes relatadas pelo responsável por tipo, agressores e por grupo .....	48
Tabela 6.	Situações de violência sofridas pelas crianças ou adolescentes na escola por grupo .....	49
Tabela 7.	Situações adversas sofridas pelas crianças ou adolescentes na escola por grupo .....	50
Tabela 8.	Situações adversas relatadas pelo responsável em relação à criança/adolescente por grupo .....	51
Tabela 9.	Situações adversas relatadas pelo responsável em relação a alguém da família por grupo .....	52
Tabela 10.	Sintomas relacionados à problemas de saúde mental apresentados por alguém da família que convive com a criança ou adolescente relatados pelos responsáveis .....	54
Tabela 11.	Criminalidade ou Prostituição por alguém da família que convive com a criança ou adolescente por grupo relatados pelos responsáveis .....	55
Tabela 12.	Uso de bebida alcoólica ou substâncias psicoativas por alguém da família que convive com a criança/adolescente considerados problemáticos por grupo relatadas pelo responsável .....	56
Tabela 13.	Serviços de acompanhamento considerados referências de suporte social para as famílias de acordo com relato dos responsáveis por grupo.....	58
Tabela 14.	Referências de suporte social citadas pelos responsáveis, crianças e adolescentes por grupo .....	59
Tabela 15.	Sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes quanto ao sono, alimentação e problemas na escola de acordo com relato dos responsáveis por grupo .....	61
Tabela 16.	Prevalência de Resiliência – RSCA .....	62

Tabela 17.	Distribuição da Resiliência (Escala I) quanto ao grupo, sexo, idade, SSA e RAF .....	63
Tabela 18.	Distribuição da Resiliência (Escala II) quanto ao grupo, sexo, idade, SSA e RAF .....	64
Tabela 19.	Distribuição da Resiliência (Escala III) quanto ao grupo, sexo, idade, SSA e RAF .....	65
Tabela 20.	Modelo multivariado final da Resiliência nas três Escalas .....	67
Tabela 21.	Odds Ratio Bruto de SDQ - C/A em relação à Resiliência nas três Escalas .....	69
Tabela 22.	Odds Ratio Bruto de SDQ - R em relação à Resiliência nas três Escalas.....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Anormal (categoria do instrumento SDQ)
APA	Associação Psiquiátrica Americana
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i> (Inventário de Comportamento Infantil)
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EF	Ensino Fundamental
L	Limítrofe (categoria do instrumento SDQ)
LOAS	LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
N	Normal (categoria do instrumento SDQ)
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAEFI	Programa de Acompanhamento Especializado às Famílias e Indivíduos
RAF	Inventário de Recursos no Ambiente Familiar
RSCA	<i>Resiliency Scales for Children and Adolescents</i> (Escala de Resiliência de Crianças e Adolescentes)
SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaires</i> (Questionário de Capacidades e Dificuldades)
SDQ C/A	<i>Strengths and Difficulties Questionnaires</i> (Questionário de Capacidades e Dificuldades) versão de autoaplicação crianças e adolescentes de 11 a 16 anos.
SDQ R	<i>Strengths and Difficulties Questionnaires</i> (Questionário de Capacidades e Dificuldades) versão aplicada com os responsáveis sobre as crianças e adolescentes de 4 a 16 anos.

SGD	Sistema de Garantias de Direitos
SISNOV	Sistema de Notificação de Violência
SM	Salários Mínimos
SPA	Substâncias Psicoativas
SSA	<i>Social Support Appraisals</i> (Questionário de Percepção do Suporte Social de crianças e adolescentes)
SSA A	<i>Social Support Appraisals</i> - Subitem de avaliação da Percepção do Suporte Social das crianças/adolescentes sobre os Amigos
SSA F	<i>Social Support Appraisals</i> - Subitem de avaliação da Percepção do Suporte Social das crianças/adolescentes sobre a Família
SSA O	<i>Social Support Appraisals</i> - Subitem de avaliação da Percepção do Suporte Social das crianças/adolescentes sobre outras pessoas da comunidade
SSA P	<i>Social Support Appraisals</i> - Subitem de avaliação da Percepção do Suporte Social das crianças/adolescentes sobre os Professores
SSA T	<i>Social Support Appraisals</i> - Subitem de avaliação da Percepção do Suporte Social das crianças/adolescentes total
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TPAS	Transtornos de Personalidade Antissocial
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
VDCCA	Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes
VIJ	Vara da Infância e Juventude
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial de Saúde)

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1. Apresentação .....	19
1.2. Revisão de Literatura.....	20
1.2.1. A violência doméstica contra crianças e adolescentes e suas manifestações.....	20
1.2.2. Resiliência.....	23
1.2.3. Avanços nas políticas públicas Infanto Juvenis: promoção de saúde e social.....	25
1.2.4. Rede de proteção e linha de cuidado: crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e suas famílias.....	28
1.2.5. O serviço especializado e o fluxo de atendimento no município de Campinas.....	30
2. Objetivos.....	33
2.1. Objetivo Geral.....	33
2.2. Objetivos Específicos.....	33
3. MATERIAL E MÉTODO.....	34
3.1. Método.....	34
3.2. Sujeitos, critérios de inclusão, exclusão e aspectos éticos.....	34
3.2.1. Sujeitos/Participantes.....	34
3.2.2. Instrumentos .....	34
3.2.3. Procedimentos e limitações do estudo.....	36
3.3. Análise Estatística.....	37
3.4. Análise Qualitativa.....	38
4. RESULTADOS.....	40
4.1. Caracterização geral da população.....	40
4.2. Caracterização das situações de violências.....	47
4.3. Caracterização de fatores adversos ou de risco.....	49

4.4. Caracterização dos serviços de acompanhamento familiar e referências de suporte social para as famílias.....	57
4.5. Possibilidades de problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes a partir do SDQ e do relato dos responsáveis.....	60
4.6. Prevalência da resiliência, caracterização e comparação com os outros instrumentos utilizados.....	61
4.7. Casos de violência.....	70
4.7.1 Grupo 1: Maior Gravidade.....	70
4.7.2 Grupo 2: Gravidade Intermediária.....	77
4.7.3 Grupo 3: Menor Gravidade.....	86
5.DISCUSSÃO.....	93
5.1. Caracterização da população: possíveis fatores adversos ou protetivos na construção da resiliência.....	93
5.1.1. Fatores socioeconômicos e condições de moradia.....	93
5.1.2 Aspectos socioeducativos e religiosos das famílias.....	94
5.1.3. Situação conjugal dos responsáveis, dinâmica familiar de cuidados e proteção com as crianças e adolescentes e suas consequências.....	95
5.2. Fatores adversos ou de risco que ocorreram nas famílias.....	99
5.2.1. Fatores adversos que ocorreram na vida das crianças ou adolescentes.....	99
5.2.2. Fatores adversos que ocorreram na vida dos responsáveis ou com alguém da família que convive com a criança ou adolescente.....	102
5.3. Caracterização da violência e suas consequências.....	106
5.3.1 A violência intrafamiliar.....	106
5.3.2 A violência na escola.....	109
5.4. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes.....	110
5.5. Resiliência, caracterização e comparação com os outros instrumentos utilizados.....	113
5.6. Rede de suporte social das famílias.....	118
5.6.1 Serviços de acompanhamento familiar: rede de proteção e linha de cuidados infanto-juvenil.....	118
5.6.2. Referências de suporte social para os responsáveis e para as crianças e adolescentes.....	122

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
8. APÊNDICES.....	142
Apêndice 1: Roteiro de Entrevista: Aspectos sociodemográficos e psicossociais.....	142
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I.....	145
Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II.....	147
9. ANEXOS.....	149
Anexo 1: Fluxograma de atendimento à violência doméstica contra crianças e adolescentes – Campinas 2004 (Violência sem lesão).....	149
Anexo 2: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão de avaliação com os pais (4 a 16 anos) .....	150
Anexo 3: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão Auto Avaliação (11 a 16 anos).....	152
Anexo 4: Escala de Resiliência para Crianças e Adolescentes (RSCA) .....	153
Anexo 5: Questionário de Percepção de Suporte Social .....	156
Anexo 6: Diagrama de Escolta .....	158
Anexo 7: Inventário de Recursos no Ambiente Familiar (RAF) .....	159
Anexo 8: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	161
Anexo 9: Autorização da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social de Campinas - SP.....	164
Anexo 10: Autorização da Secretaria do Estado de Educação – Diretoria Regional de Ensino – Região de Campinas Leste.....	165
Anexo 11: Autorização da Secretaria do Estado de Educação – Diretoria Regional de Ensino – Região de Campinas Oeste.....	166

# 1. INTRODUÇÃO

## *1.1. APRESENTAÇÃO*

A violência é um fenômeno relacional presente na humanidade desde os primórdios da sua existência. Entretanto, atitudes agressivas causam muitos sofrimentos a todos os envolvidos e impedem que os seres humanos convivam em sociedade de forma saudável.

Os índices de violência e de mortalidade decorrentes de atos violentos são altíssimos, tornando a violência social um problema de saúde pública, especialmente a violência intrafamiliar, que muitas vezes, tem como principais vítimas crianças e adolescentes

Diante desse contexto, as pesquisas científicas têm contribuído com o conhecimento sobre esse fenômeno a partir de todas suas faces. E na prática, os serviços públicos nas áreas de saúde, assistência social, educação e sistema de garantias de direitos têm buscado exercer seu papel de forma efetiva, refletindo sobre sua atuação no enfrentamento do problema.

Iniciei minha atuação profissional como psicóloga de um Serviço Especializado de acompanhamento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e suas famílias. Nesse trabalho, tive a experiência de escutar o sofrimento emocional que esses sujeitos apresentavam tão precocemente, decorrente das situações de violência e de outros inúmeros fatores de risco psicossociais presentes em suas histórias de vida. Isso me levou a desejar estudar profundamente a complexa dinâmica de vida familiar dessas pessoas.

Com o objetivo de conhecer a relação existente entre os temas violência doméstica e saúde mental na infância e adolescência, enquanto fator de risco, iniciei os estudos com a pesquisa de Mestrado, que foi realizada com famílias acompanhadas por Serviços Especializados conveniados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) no município de Campinas.

O sofrimento mental na infância e adolescência é algo significativo que traz consequências devastadoras na vida desses sujeitos. Para melhor compreender o tema violência doméstica, suas consequências e as possibilidades de promoção saúde, continuei desenvolvendo pesquisa na área e, para isso, estudei o processo de resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Este estudo também foi realizado com famílias acompanhadas em Serviços Especializados conveniados ao CREAS no município de Campinas, comparadas com um grupo de escolares com as mesmas características.

Esta Tese de Doutorado foi dividida em Seis Capítulos. Este primeiro capítulo contém a Introdução, com uma breve apresentação do trabalho e a Revisão de Literatura, na qual, discute-se a violência doméstica contra crianças e adolescentes, conceitos e controvérsias sobre o tema resiliência, a atuação das políticas públicas infanto-juvenis, da promoção social e de saúde, da rede de proteção e sobre a linha de cuidados para essas famílias. Os objetivos encontram-se no segundo capítulo. O terceiro capítulo descreve a metodologia utilizada (quanti-qualitativa). O quarto capítulo traz os resultados quantitativos e a apresentação de 15 casos selecionados para aprofundar o tema estudado a partir de uma análise qualitativa. O quinto capítulo discute os resultados quanti-qualitativos de forma conjunta e, o sexto capítulo apresenta as considerações finais.

## *1. 2. REVISÃO DE LITERATURA*

### *1.2.1. A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES*

A violência está difundida em todas as camadas da sociedade, impactando diretamente na saúde dos indivíduos. Os custos econômicos e sociais gerados para o Estado e para as famílias são altíssimos, correspondendo à terceira maior causa de mortalidade na população geral e a primeira entre os adolescentes e crianças a partir de um ano(1,2).

A Organização Mundial de Saúde (OMS)(3) classifica morbidade e mortalidade por causas externas como todas as formas de violência e acidentes. Entretanto, atos violentos tratam-se de ações intencionais e, faz-se necessário estudá-los separadamente, principalmente quando se trata da violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCCA).

A violência é descrita frequentemente por sinônimos como agressão, maus-tratos ou abuso(4). O termo Maus Tratos é utilizado com frequência quando se trata de situações de violência contra crianças e adolescentes, mas tem sido criticado por muitos estudiosos pela conotação moral que carrega. Maus tratos ou VDCCA não se resumem apenas ao ato agressivo. Trata-se de um fenômeno complexo que envolve fatores sociais, culturais, dinâmica e estrutura familiar(5).

A OMS(6) define Maus Tratos ou a violência doméstica contra crianças e adolescentes como todas as formas de abuso ou violência (física, emocional ou psicológica, sexual, negligência, exploração comercial ou outra), no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder do adulto, sendo este capaz de causar qualquer tipo de dano real ou potencial para o desenvolvimento, capacidade de sobrevivência, saúde ou dignidade de uma criança ou adolescente.

Os quatro tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes são(7):

- 1) **Violência Física:** ocorre quando alguém tenta ocasionar algum dano por meio de força física ou com o auxílio de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões corporais.
- 2) **Violência Sexual:** uma ação a partir do estabelecimento de uma relação de poder, na qual uma pessoa, obriga outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas.
- 3) **Violência Psicológica:** toda ação ou omissão que possa ocasionar prejuízos ou danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento biopsicossocial do sujeito. É a forma mais subjetiva, podendo associar-se frequentemente com agressões corporais.
- 4) **Negligência ou Abandono:** omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles que necessitam de cuidados, atenção ou orientação, em função da imaturidade ou alguma condição física, permanente ou temporária.

A violência doméstica é um fenômeno muito frequente tanto no Brasil como em outros lugares do mundo, sendo sua incidência muito variada, uma vez que os diversos países encontram-se em etapas diferentes no que diz respeito à capacidade para a coleta dos dados(8).

No Relatório Mundial sobre violência e saúde de 2002, as pesquisas estimaram que no ano 2000, 1,6 milhões de pessoas morreram em todo o mundo por variadas formas de violência(3). Em 2014 foi elaborado o Relatório Mundial sobre a prevenção da violência(9), representando os dados compilados de 133 países, ou 88% da população mundial. Este apontou que, em 2012, cerca de 475 mil pessoas foram assassinadas em todo o mundo, sendo essa a terceira causa de mortes para homens entre 15 e 44 anos.

Em relação aos dados mundiais de violência intrafamiliar ou doméstica foi constatado que, uma em cada quatro crianças sofre violência física; uma em cada cinco meninas já foi vítima de abuso sexual; e uma em cada três mulheres já foi vítima de violência física. Apesar dos números serem altos, houve progressos, pois a taxa de homicídios diminuiu 16% entre os anos de 2000 e 2012(3,9).

No Brasil, os atendimentos realizados na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) relativos a violências e acidentes (causas externas) representam, em média, 700 mil internações por ano(2,10). De acordo com Ministério da Saúde dentre as principais causas de

morte de crianças e jovens estão os acidentes e a violência. Na infância, a maior parte dessas situações ocorreram em âmbito doméstico e na adolescência em espaços extradomiciliares(11,12).

O mapa da violência de 2012(13) apontou dados preocupantes, pois o Brasil ocupa a 4ª posição de taxa de homicídios de crianças e adolescentes entre 92 países analisados em todo mundo, apresentando o índice de 13 homicídios para cada 100 mil crianças e adolescentes. Comparando a outros países como Inglaterra ou Portugal esse número chega a ser de 50 a 150 vezes maior.

Em relação aos índices de violência doméstica contra crianças e adolescentes no Brasil, foram registradas 159.222 situações, pelo Laboratório de Estudos da Criança da Universidade de São Paulo (USP), entre 1996 e 2007. Desses dados, 65.669 foram as situações de negligências ou 41,2% do total dos casos. Em relação à violência física, foram 49.481 ou 31,1%. Quanto à violência psicológica, foram 26.590 ou 16,7% e à violência sexual foram 17.482, sendo 11%. Apesar de significativo, este índice é muito menor do que o quadro real, pois muitas das situações não são notificadas(14).

O atendimento às vítimas de violência doméstica no Brasil encontra-se pouco estruturado. Tal fator associado a ausência de denúncias por parte das vítimas dificulta o estabelecimento de estimativas seguras quanto à incidência real deste quadro no país(2,8,15–17). A subnotificação das denúncias ocorre, pois muitas vezes a vítima e os outros familiares se calam diante da dinâmica familiar abusiva, fenômeno denominado como complô do silêncio(18).

A violência doméstica ocorre de forma cíclica e, a criança que sofre maus tratos poderá reproduzi-los das mais variadas formas(19). As agressões e abusos recorrentes ocasionam consequências graves para a criança ou o adolescente e afetam negativamente seu crescimento físico, cognitivo, emocional e social(7,20).

Estudos apontam que vivenciar situações de maus tratos na infância e juventude pode ser um importante fator de risco para o desenvolvimento dos transtornos mentais(8,21–30). Os prejuízos e sintomas decorrentes de situações de violência se manifestam na infância e juventude e, quando não tratados, podem se agravar, gerando consequências ainda mais graves na vida adulta(7,31,32).

### *1.2.2.RESILIÊNCIA*

A partir da década de 50, estudos longitudinais, começaram a observar que alguns sujeitos, apesar de expostos a ambientes com múltiplos riscos psicossociais conseguiam permanecer emocionalmente saudáveis, abrindo-se um novo campo de estudos, baseado no conceito da resiliência e de vulnerabilidade(33–40). O termo resiliência é um conceito genérico que vem sendo utilizado em várias áreas do conhecimento. Ele advém do campo da física e corresponde a função que um determinado corpo tem, de readquirir integralmente suas propriedades, após a ação de um agente externo que modifica sua forma primária(41).

Os estudos iniciais sobre a resiliência surgiram das pesquisas sobre os fatores de risco. Quando um sujeito era exposto a situações adversas, pressupunha-se que, este possuía competências ou atributos para superá-las, que advinham unicamente de qualidades individuais e permanentes como a personalidade. Tal ideia foi sendo modificada e, a influência dos fatores externos como, o suporte social adequado (de familiares, de amigos e de outras pessoas significativas), passou a ser considerada, ocorrendo uma mudança de paradigma nas áreas da psiquiatria e psicologia(34,42).

O constructo resiliência vem sendo amplamente estudado e tem sido muito utilizado no campo da saúde mental e da violência doméstica infanto-juvenil, mas por se tratar de um tema recentemente incorporado a essas áreas ainda apresenta muitas controvérsias(43).

De acordo com Costa e Bigras(34), a capacidade de resolver problemas cognitivos, sociais, de buscar novas soluções, comunicação adequada, demonstrar empatia, responder positivamente ao contato e conseguir desenvolver um projeto de vida para o futuro são competências ou atributos que algumas crianças e adolescentes desenvolvem e, podem se configurar como preditores de resiliência.

O enfoque utilizado nesse estudo para compreender o conceito de resiliência está concentrado na análise e descrição de processos e mecanismos. Estes possuem um caráter transicional, mediado pelas capacidades individuais do sujeito aliada aos fatores sociais, destacando a importância do compartilhamento e ressignificação de experiências. A possibilidade de transformações dos sujeitos mostra que o desenvolvimento da resiliência está pautado no seu contexto socio-histórico e cultural. Portanto, a resiliência familiar e comunitária deve ser analisada em conjunto com esses fatores(33,44,45).

Por outro lado, o conceito de vulnerabilidade define que, uma pessoa vulnerável teria maior chance de exposição ao adoecimento ou, outros agravos sociais e, isso seria resultante de um conjunto de aspectos sociais, individuais, coletivos e pragmáticos(46). As

influências negativas ou riscos presentes no contexto social e histórico do sujeito poderiam dificultar o alcance de um estado saudável e adequado. Isso, aliado à ausência de fatores de proteção, modificaria a forma como a pessoa responderia às possíveis ameaças(42,40,43,33,35,39).

Alguns fatores considerados de risco, como condição socioeconômica de vulnerabilidade, rupturas familiares, vivência de situações de violência, doença crônica, perdas importantes, uso de álcool e outras substâncias psicoativas, entre outros, poderiam afetar o desenvolvimento da resiliência nos indivíduos ou famílias. Entretanto, a visão subjetiva que uma pessoa tem de uma determinada situação a partir da sua percepção, interpretação e história de vida, aliada à presença de fatores de proteção poderia auxiliar no seu desenvolvimento emocional, de forma saudável(47).

Algumas características pessoais e ambientais podem ser apontadas como fatores de proteção ou preditores de resiliência, como: 1) atributos individuais, autonomia, autoestima e competência social; 2) coesão familiar ou figuras significativas que promovam suporte emocional em situações de privação ou discórdia e 3) disponibilidade de sistemas de suporte externos que encorajem e reforcem os esforços ou as tentativas positivas do sujeito, assim como suas competências(35,39).

Os fatores de risco e proteção não devem ser considerados como conceitos diferentes, pois tratam-se apenas de polos opostos de uma mesma questão. As condições de risco, vulnerabilidade ou a presença de fatores de proteção não se apresentam de forma estática na vida de cada indivíduo. Essas variações, aliada a capacidade individual, irá interferir em como ela vivenciará as situações adversas e como as compreenderá, positiva ou negativamente(35,39).

Os fatores de risco, ocorrem muitas vezes associados uns aos outros, e uma situação adversa leva a outra que pode ser ainda pior, ocasionando um acúmulo de fatores de risco(35,47–49). Não é possível, estabelecer relações causais, já que não se sabe qual deles seria o mais grave. Por exemplo, a condição socioeconômica de vulnerabilidade pode levar um indivíduo ao uso de álcool e ao aumento da violência intrafamiliar ou, poderia ser o contrário

Os aspectos protetivos têm como função reduzir o impacto dos riscos, alterando a forma como o indivíduo é exposto a cada uma dessas situações adversas. Assim, as reações negativas que podem surgir em cadeia, após a exposição da pessoa ao risco, seriam amenizadas. Também seria necessário estabelecer a capacidade de autoestima e autoeficácia

por meio de uma relação de afeto e suporte social segura. E, criar oportunidades de reverter os efeitos negativos dessas situações traumáticas(47).

Nos estudos sobre o tema, verificam-se muitas controvérsias, principalmente no que diz respeito à mensurabilidade psicológica da resiliência(33). Por essas divergências teóricas, observam-se nos achados definições variadas, sendo fundamental discutir a respeito dos questionamentos existentes em torno das formas de mensuração da resiliência.

O constructo resiliência pode ser definido como um estado que descreve o processo que determinado indivíduo enfrenta e consegue superar, advindo de fatores externos e adversos. Ser resiliente em uma situação de risco, não é garantia de que o sujeito conseguirá novamente ser resiliente em outras, sendo difícil prever tal situação. Modificações que ocorrem na rede de apoio social podem ter um impacto significativo na capacidade de superação do sujeito. Por isso, é necessário estudar a resiliência explorando todas as suas faces dentro de um determinado contexto. Ressalta-se a necessidade de compreendê-la como um processo, sendo fundamental a realização de estudos com avaliações multidimensionais(50,33,46).

As controvérsias e indagações que circundam a elaboração do conceito de resiliência precisam ser revistas e discutidas amplamente. Estudos aprofundados sobre o tema, poderão auxiliar a capacitação dos profissionais que atuam em trabalhos com indivíduos e grupos em situação de vulnerabilidade(36).

Estudar a resiliência enquanto um processo dinâmico torna-se relevante para conhecê-la, com o objetivo de tratar a população de forma geral e especificamente a infanto-juvenil vítima de violência, buscando evitar o adoecimento e o desenvolvimento de transtornos mentais em etapas tão precoces da vida.

### *1.2.3. AVANÇOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS INFANTO-JUVENIS: PROMOÇÃO DE SAÚDE E SOCIAL*

No Brasil, nos últimos 40 anos ocorreram significativos avanços nas áreas jurídicas, de promoção social e de promoção de saúde com um crescente reconhecimento da criança e adolescente como sujeito de direitos que propiciaram o surgimento de um conjunto de políticas públicas destinadas à atenção e cuidado infanto-juvenil(46).

Os marcos legislativos voltados para as Políticas Nacionais de Direitos Humanos ocorreram a partir da década de 80, com a reelaboração da Constituição Federal em 1988(51) e, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990(52).

Estas ações passaram a focar especificamente as situações de violência a partir de 1996, quando a Assembleia Geral da ONU (Organização das Nações Unidas) declarou esse tema como um problema de saúde pública. O Ministério da Saúde, gestor do SUS, seguindo as recomendações da OMS publicou importantes medidas para implantação de políticas públicas a serem desenvolvidos nesta área, definindo um sistema de notificação de suspeitas ou situações confirmadas de violência contra crianças e adolescentes (Portaria MS/GM nº 1968, de 25 de outubro de 2001), publicando as portarias sobre a Política Nacional de Redução da Morbidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001) e sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria no. 1836 – GM/2003)(46).

As principais modificações nas políticas públicas sociais ocorreram a partir de 2003, inicialmente com o processo de implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que organizou a oferta da assistência social no Brasil, promovendo melhoria da qualidade de vida e proteção social das famílias, crianças, adolescentes, jovens, pessoas com deficiência e idosos, que dela necessitassem(53).

Os serviços socioassistenciais passaram a ser organizados em dois níveis: proteção social básica e proteção social especial. A primeira, por meio do acompanhamento realizado pelos CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), tem como objetivo a prevenção das situações de riscos sociais, o fortalecimento dos vínculos familiares e sociais e, o acesso dos sujeitos aos direitos de cidadania, através de atividades psicossociais e socioeducativas. A segunda, por meio do acompanhamento realizado pelos CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) tem como objetivo a proteção de pessoas que passaram por alguma forma de violação de direitos (violência e discriminações sociais), através de atendimentos psicossociais (individuais ou coletivos), apoio e orientação especializados(53,54).

No final da década de 80, a área da saúde também passou por mudanças significativas de atuação, a partir de uma nova proposta de política pública mundial, inicialmente pensada e difundida pela OMS. A saúde pública no Brasil, baseada nos princípios estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde e, seguindo as diretrizes mundiais, realizou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)(55,56).

Nesse período surgiu o conceito de Promoção de Saúde que busca compreender os processos de saúde e de doença, abarcando o conjunto de intervenções que os cercam, associando à valores como a qualidade de vida, saúde, equidade, democracia, cidadania,

desenvolvimento, parceria, entre outros(47,57). Ao cuidar da vida, o principal objetivo é reduzir a vulnerabilidade ou as chances de adoecer, prevenindo que tal processo resulte em incapacidades, sofrimento crônico e a morte prematura da população(58).

Nesse sentido o Ministério da Saúde(58), define a promoção da saúde, como:

Uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Em relação às situações de violência, a Política Nacional de Promoção de Saúde(58), preconiza a importância da prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, através do fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e, do investimento, sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde, para atuarem de forma adequada na identificação e encaminhamento das situações de violência intrafamiliar e sexual.

O Manual Pan-americano de identificação e promoção da resiliência em crianças e adolescentes(37), já apontava a importância da Promoção de Saúde como um processo de atuação conjunto, de responsabilidade compartilhada entre os indivíduos, comunidades e o poder público. O caminho para melhorar as condições de saúde da população deve estar pautado na construção da resiliência dos sujeitos, considerados únicos, com capacidades e características pessoais adequadas, aliado a um ambiente propício que possibilita um desenvolvimento contínuo, apesar da exposição a condições adversas.

A promoção da saúde infanto-juvenil, a partir dessa proposta de atuação deve estar pautada no desenvolvimento da resiliência de crianças e adolescentes, considerando as características pessoais de cada um, a dinâmica familiar e o contexto socioeconômico, político e cultural, no qual, esse sujeito está inserido. Os agentes de promoção de saúde e educadores têm um papel fundamental na promoção da resiliência em cada etapa da vida dessas crianças e adolescentes. As ações desses profissionais podem ser efetivadas nas diferentes etapas do desenvolvimento infanto-juvenil, desde a gestação até a adolescência. Essa dinâmica é denominada processo em espiral e, vai promovendo cada vez mais o fortalecimento emocional das pessoas(37).

Estudos sobre as linhas de cuidados infanto-juvenis e rede de proteção são essenciais quando se trata do conceito da resiliência enquanto um processo. A implementação de programas voltados à proteção e promoção da qualidade de vida é estratégia necessária, principalmente no atendimento de crianças e adolescentes em risco para que estas tenham a

possibilidade de responder as demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrentam ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento.

#### *1.2.4. REDE DE PROTEÇÃO E LINHA DE CUIDADO: CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUAS FAMÍLIAS*

Rede de Proteção pode ser definida como a articulação de pessoas, serviços, organizações ou instituições que tem como objetivo comum compartilhar causas ou projetos. Para isso é fundamental a existência de uma articulação política eficaz, baseada na cooperação mútua, na realização de ações conjuntas e na divisão de responsabilidades e competências. Esse conceito vem ampliar a discussão, visto que o trabalho em rede é uma técnica fundamental na prática de atendimento às vítimas de violência doméstica(59).

O conceito de rede de proteção articula-se com o conceito de linha de cuidado, estratégia voltada à atuação dos profissionais de forma interligada, intra e intersetorialmente. As políticas envolvendo a linha de cuidado e atenção às crianças, adolescentes e famílias em situação de violência estabelecem que cada município deve estruturar uma rede de proteção integrada, organizando parcerias entre os serviços de saúde geral, saúde mental, promoção social em todos os níveis de complexidade, educação, segurança pública e, os Sistemas de Garantias de Direitos (SGD), como Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude – VIJ, Conselho Tutelar – CT, conselhos de direitos e sociedade civil(46).

Ainda existem problemas importantes quanto à efetividade da atuação e como a rede de proteção funciona na prática. Algumas correntes de pensamento e interesses dominantes responsabilizam apenas os sujeitos em questão, associadas à abstenção das responsabilidades do Estado. E, por isso, muitas vezes as políticas públicas são voltadas à redução dos custos, o que significa a precarização dos serviços. Para que as políticas públicas infanto-juvenis, fundamentais no processo de construção da resiliência, sejam efetivadas, torna-se necessário refletir sobre a atuação do Estado quanto à implementação e efetividade das mesmas(47).

Estudos realizados no Brasil tanto nas áreas de promoção social, quanto de saúde mental, apontam algumas propostas de atendimentos especializados na área de violência. Entretanto, verifica-se que as ações e estratégias ainda são individualizadas e na prática, muitas dessas não se concretizam ou não têm continuidade. As dificuldades encontradas, ressaltadas nessas pesquisas indicam que os principais problemas encontrados são: a dificuldade quanto à articulação do trabalho em rede e a precarização dos serviços, que por

sua vez atendem demandas excessivas em condições graves de saúde mental e violência(25,60–64).

A atuação das políticas públicas voltadas a promoção social, tem tido como foco prioritariamente a vulnerabilidade socioeconômica dessa população, principalmente relacionada a situações de pobreza, mas isso não garante efetivamente a proteção de crianças e adolescentes contra a violência doméstica. O enfrentamento e prevenção da VDCCA requer uma ampla reflexão sobre a atuação profissional com as famílias, utilizando estratégias que se efetivem na prática. Isso possibilita o aperfeiçoamento do trabalho em rede e também a efetividade das ações do SGD(65).

Com relação aos serviços de promoção social no município, Campinas, existem 11 CRAS, localizados nas regiões de maior vulnerabilidade social da cidade e, três CREAS (Central, Sul e Noroeste), responsáveis pelo atendimento da população de todas as regiões(66).

Num estudo, realizado em 2012 no município de Campinas(30), a autora constatou progressos na linha de cuidado e rede de proteção no atendimento à VDCCA, com aumento importante na notificação de supostos casos de violência contra crianças e adolescentes. Esses avanços foram observados entre 5 e 10 anos, após a implantação dos serviços de promoção social básica e especializada neste município, progressos que podem estar relacionados com o trabalho que vem sendo realizado. Entretanto, a articulação da rede de serviços ainda se encontra centrada nas ações individuais dos profissionais, havendo a necessidade de mudanças.

Quanto ao atendimento em saúde mental, pode-se verificar, nas últimas décadas um aumento de investimentos nas políticas públicas que preconizam mudanças dos modelos de atenção e gestão na atuação prática, principalmente no que diz respeito a população infanto-juvenil. Entretanto, o foco do tratamento das questões relativas aos transtornos mentais ainda tem sido prioritariamente à população adulta, não somente no Brasil, mas também em outras partes do mundo(8,67).

Com relação aos serviços de saúde mental infanto-juvenis no município de Campinas, atualmente contam-se com dois serviços, os CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil). Estes realizam o atendimento às crianças e adolescentes acometidos por transtornos mentais graves. Os casos de menor gravidade têm sido atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, em conjunto com as outras demandas, ou por outros serviços como Universidades ou entidades socioassistenciais. Verifica-se que, assim como em outras cidades

brasileiras, de médio e grande porte, Campinas ainda apresenta um indicador de expansão aquém do necessário na implantação das políticas públicas de atenção à saúde mental infanto-juvenil(68,69).

A implementação de programas voltados à proteção, promoção de saúde e da qualidade de vida são estratégias necessárias, principalmente no atendimento de crianças e adolescentes em risco. Assim, ampliam-se as possibilidades de respostas desses sujeitos frente às demandas da vida cotidiana, de forma positiva, apesar das adversidades que enfrentam ao longo de seu ciclo vital(37,46).

O desenvolvimento da resiliência em sujeitos expostos a inúmeras condições adversas surge como uma alternativa para evitar o adoecimento psíquico precoce e, um importante foco de atuação das políticas de promoção de saúde infanto-juvenil. Portanto, esse estudo visa compreender de forma aprofundada como ocorre o funcionamento da resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, a dinâmica dessas famílias, e o papel da rede de proteção e linha de cuidado nas quais elas estão inseridas. E, com esse conhecimento, refletir sobre as possibilidades de atuação profissional tornando essas ações mais efetivas.

#### *1.2.5. O SERVIÇO ESPECIALIZADO E O FLUXO DE ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS*

Os serviços de acompanhamento especializado no atendimento às crianças/adolescentes vítimas de violência doméstica e suas famílias existem no município de Campinas há algumas décadas. Nos últimos 40 anos, os avanços das áreas jurídicas, de promoção social e de saúde, refletiram em novas formas de atuação desses serviços, que foram reorganizados a partir da implantação do SUAS e do SUS.

Antes da implantação do SUAS, que ocorreu em 2003 no município de Campinas, o acompanhamento às famílias em situação de violência doméstica era realizado por Organizações Não Governamentais (ONGs) ou entidades socioassistenciais, pelos serviços públicos de saúde e promoção social separadamente(66,70,71).

O fluxo de atendimento às supostas situações de violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Campinas foi estabelecido em 2004 (Anexo 1). Este determina que, quando há uma suspeita ou confirmação de violência infanto-juvenil, a denúncia deve ser efetuada nos órgãos responsáveis, Conselho Tutelar – CT e/ou Vara da Infância e Juventude – VIJ. Ela pode ser anônima (disque-denúncia), ou realizada por pessoas que se identificam, como familiares ou pessoas da comunidade. A denúncia realizada por

profissionais, ocorre por meio de elaboração de relatórios ou pela utilização SISNOV (Sistema de Notificação de Violência). Este é um sistema *on-line* ao qual, serviços como a Saúde, Educação e Assistência Social tem acesso para realizar a notificação de violência de forma segura quanto à preservação da identidade do profissional, sendo efetuada em nome do serviço e não do indivíduo(71).

Após a notificação de suposta violência, o Conselho Tutelar convoca a família para atendimento com o objetivo de realizar uma avaliação familiar. Ao identificar a necessidade de acompanhamento, o CT ou em alguns casos, a VIJ (quando já existe um processo em andamento) encaminham a família para atendimento especializado nos órgãos públicos ou entidades socioassistenciais.

Em 2007, através da reestruturação no fluxo de atendimento à VDCCA, os serviços públicos e socioassistenciais não governamentais se juntaram para realização desse trabalho, seguindo as diretrizes do Governo Federal baseados no SUAS/LOAS(53). O acompanhamento das famílias em situação de risco passou a ser realizado pelas entidades socioassistenciais sob coordenação do CREAS, vinculado à Secretaria de Cidadania e Inclusão Social. Este serviço foi denominado como Programa de Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica(71).

O fluxo de atendimento continuou seguindo os mesmos princípios anteriores, com algumas mudanças. A partir da denúncia no CT, a família era direcionada para o CREAS, que era responsável pela triagem dos casos e realização de encaminhamento para atendimento nas entidades socioassistenciais. O acompanhamento psicossocial familiar era realizado por uma equipe (um psicólogo e um assistente social), na ONG que atuava na região de moradia dessas pessoas(71).

Em 2011, o Programa de Atendimento passou por uma nova reorganização, chamando-se PAEFI (Programa de Acompanhamento Especializado às Famílias e Indivíduos). Foram incluídos nesse programa, além de crianças e adolescentes em situação de risco, outras formas de violações de direitos contra os indivíduos, como violência contra o idoso, mulher, deficientes, etc. Por isso, outras entidades socioassistenciais que atuavam nesses seguimentos passaram a compor o Programa de Atendimento Especializado. O objetivo do acompanhamento continuou seguindo a lógica do Programa anterior e, as ONGs atuavam de acordo com suas especificidades no atendimento às vítimas de violência(66).

Em 2013 o Serviço passou por novas mudanças com relação à especificidade de atuação das entidades socioassistenciais, que passaram a atender, ainda sob coordenação do

CREAS, todas as formas de violência: contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência. O objetivo dessa mudança era de não segmentar o acompanhamento familiar. Essa forma de atuação do PAEFI se manteve até o momento em que essa pesquisa foi realizada(66).

## **2. OBJETIVOS**

### *2.1. OBJETIVOS GERAL*

Estudar resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica acompanhadas em Serviços Especializados conveniados ao CREAS do município de Campinas (Grupo 1 – G1) e conhecer a rede de proteção desses sujeitos. E compreender esse mesmo processo em um grupo de escolares (Grupo 2 – G2), que não tenham sido vítimas de violência doméstica, com as mesmas características quanto idade, região de moradia do município e condições socioeconômicas.

### *2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

1. Caracterizar e contextualizar a população estudada em relação aos aspectos demográficos, culturais, socioeconômicos e educacionais;
2. Conhecer as características de resiliência, histórico de vida e atributos individuais das crianças e adolescentes estudados;
3. Estudar as características da dinâmica e funcionamento familiar e/ou de figuras significativas que promovam suporte social e emocional aos sujeitos deste estudo;
4. Compreender, a partir da perspectiva das famílias estudadas, a linha de cuidado da rede de proteção nas quais elas estão inseridas.
5. Conhecer os fatores de risco e proteção vivenciados por estas famílias que, afetam no desenvolvimento da resiliência nas crianças e adolescentes estudados.

### **3. MATERIAL E MÉTODO**

#### *3.1. MÉTODO*

No presente estudo foram utilizadas as abordagens quantitativa e qualitativa. Inicialmente realizou-se um estudo de delineamento transversal descritivo e analítico, através da aplicação de instrumentos e técnicas estruturadas. Buscando a compreensão dos fenômenos e processos, que são produtos de interpretações histórico-sociais, foram utilizados instrumentos, técnicas e entrevistas semiestruturados(72,73).

#### *3.2. SUJEITOS, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E ASPECTOS ÉTICO*

##### *3.2.1. SUJEITOS/PARTICIPANTES*

Participaram deste estudo 166 crianças e adolescentes, de 9 a 16 anos e, seus respectivos responsáveis (díades). Destes, 100 foram caracterizados como vítimas de violência doméstica (G1), atendidos em Serviços Especializados conveniados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) no Município de Campinas (São Paulo – Brasil) e 66 estudantes de escolas estaduais, que não tenham sofrido nenhuma situação de violência (G2).

Em ambos os grupos, G1 e G2, optou-se por uma amostra intencional(73), seguindo o critério de saturação(68,69). A faixa etária das crianças/adolescentes selecionadas foi escolhida em função dos instrumentos utilizados e dividida em quatro categorias (9-10 anos, 11-12 anos, 13-14 anos e 15-16 anos) e, como segundo critério, optou-se por seguir a divisão do município, em cinco regiões (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste).

No G1 foram selecionados no mínimo 20 crianças/adolescentes por região do município (5 regiões) e no mínimo 5 sujeitos por faixa etária (4 categorias). Já no G2 foram selecionados no mínimo 12 crianças/adolescentes por região do município e no mínimo 3 por faixa etária.

Por se tratar de famílias em condição de vulnerabilidade psicossocial e em situação de violência e, em função dos inúmeros fatores de risco vivenciados, já era de conhecimento que a amostra apresentaria grande dificuldade de adesão ao acompanhamento proposto, de tal forma que o número de sujeitos seria ampliado caso fosse avaliado como necessário.

Foram excluídos da amostra participantes com diagnóstico prévio de transtorno neurológico ou deficiência intelectual (realizado por serviços de saúde, psiquiátrico ou neurológico).

### 3.3.2. INSTRUMENTOS

Para identificar as possibilidades de problemas de saúde mental nos sujeitos foi utilizado o “Questionário de Capacidades e Dificuldades” (SDQ), na versão brasileira validada(75) do *Strengths and Difficulties Questionnaire*(23,76) (Anexos 2 e 3). O SDQ é um instrumento que avalia problemas saúde mental infanto-juvenil na faixa etária de 4-16 anos. Possui três versões: de autoaplicação (11-16 anos), de pais e a de professores (4-16 anos). Este é composto por 25 questões, divididos em cinco subescalas, cada uma delas com cinco questões: problemas emocionais, de conduta, hiperatividade, relacionamentos interpessoais e comportamento pró-social. As respostas podem ser: falso, verdadeiro e mais ou menos verdadeiro; e cada item recebe uma pontuação específica de 0 a 10 pontos. Possui um adendo que avalia o impacto dos sintomas, somado à pontuação final. A soma das subescalas permite a classificação em três categorias quanto à saúde mental: normal (N), limítrofe (L) e anormal (A). Quanto maior a pontuação, maior é a possibilidade de problemas. Este mesmo critério pontua cada uma das subescalas e assim permite analisar o tipo de sintoma apresentado, com exceção da categoria pró-social (quanto maior o resultado, melhor é a capacidade do indivíduo). Este é um instrumento de fácil aplicação e dirigido para a população geral(77,78,76,23). No presente trabalho utilizou-se as versões para responsáveis das crianças nas idades de 9-16 anos e a versão de autoaplicação de 11-16 anos. De acordo com as instruções de interpretação do SDQ (<http://www.sdqinfo.com/>) é indicado em amostra de alto risco o agrupamento das categorias L e A, o que foi feito em relação à prevalência em decorrência da gravidade do risco de adoecimento mental. Na comparação entre o G1 e o G2, por este último não apresentar fator de risco de exposição a violência, optou-se por estudar as categorias separadamente(23,76).

Para conhecer as características da resiliência com as crianças e adolescentes aplicou-se a *Resiliency Scales for Children and Adolescents* (RSCA) de Prince-Embury(79), na versão brasileira validada(80), (Anexo 4), que possibilita avaliar os atributos individuais de crianças e adolescentes na faixa etária de 9-18 anos, significativos para o processo de resiliência. É composta por três escalas principais, que contém de 20 a 24 questões cada, com dez subescalas. As escalas possuem três categorias teóricas principais: 1ª escala - Sentido do Controle - avalia características como otimismo, auto eficácia e adaptabilidade; a 2ª. escala – Relacionamento – analisa características como confiança, apoio, conforto e tolerância; e, 3ª. escala - Reatividade Emocional - analisa características como sensibilidade, recuperação e prejuízo.

O terceiro instrumento utilizado foi o *Social Support Appraisals (SSA)*(81), na versão brasileira validada(82,83), (Anexo 5), para avaliar a percepção do apoio social, em crianças e adolescentes na faixa etária de 9-18 anos, recebido da família, dos amigos, dos professores e de outras pessoas da comunidade.

Foi utilizado também o Diagrama da Escolta, na versão brasileira adaptada para crianças e adolescentes(84) a partir do Diagrama da Escolta de Kahn e Antonucci(85) (Anexo 6). A forma de apresentação consiste em três círculos concêntricos e hierárquicos. No diagrama são inseridas as pessoas próximas e importantes para o sujeito de acordo com a importância e grau de intimidade, assim como os recursos de suportes externos. Este se trata de um instrumento de aplicação individual(86).

Com os responsáveis foi utilizado um questionário semiestruturado com um roteiro pré-definido(73), com categorias possíveis de serem analisadas, elaborado pela pesquisadora a partir de estudos bibliográficos, dos instrumentos utilizados e parte dele baseado na Escala de Eventos Adversos(87) sobre aspectos sócio demográficos, psicossociais, possíveis eventos adversos e características de resiliência a partir da história de vida, dinâmica e funcionamento familiar e/ou de figuras significativas que promovam suporte emocional e o sistema de suporte externo (Apêndice 1). O objetivo deste foi excluir as crianças e adolescentes que possam ter sido vítimas de situações de violência doméstica (no G2) e também caracterizar e contextualizar a população.

Também foi utilizado com os responsáveis, o Inventário de Recursos no Ambiente Familiar (RAF)(87,88) (Anexo 7). Este instrumento foi desenvolvido para a população brasileira para levantamento de recursos do ambiente familiar e tem sido utilizado em estudos da área educacional e clínica para verificar supervisão e organização das rotinas, oportunidades de interação com os pais, presença de recursos no ambiente físico e caracterização da família(88–95).

### 3.3.3. PROCEDIMENTOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Com o G1 as entrevistas para aplicação dos instrumentos foram realizadas no Serviço Especializado que acompanhava a família, nos dias agendados para o atendimento, no local de moradia dos sujeitos ou na escola/núcleo socioeducativo que os mesmos frequentavam, com consentimento dos participantes e dos responsáveis (Apêndices 2 e 3: Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE). Isso foi necessário em função do alto índice de absenteísmo nas entrevistas agendadas. Apenas 50% delas foram realizadas no

local em que a família frequentava para realização do atendimento. Optou-se, nos casos de absenteísmos, em realizar as entrevistas no local de moradia dos sujeitos (26%), no núcleo sócio educativo ou na escola que a criança/adolescente frequentava (24%). Com o G2 as entrevistas foram realizadas nas escolas que os sujeitos estudam e os responsáveis foram até o local.

Os dados foram coletados entre março de 2014 e fevereiro de 2016. Foram necessários dois anos para a realização das entrevistas, devido ao elevado absenteísmo do G1 nos atendimentos realizados pelo serviço especializado.

As entrevistas foram realizadas com as díades simultaneamente na maioria dos casos. Para isso foi necessária a colaboração de uma psicóloga treinada, tanto com os sujeitos do G1 quanto com os do G2. O objetivo era maximizar o tempo de realização das entrevistas, pois estas tinham a duração de uma hora com o responsável e quarenta minutos com a criança/adolescente.

Para evitar dificuldades na compreensão dos questionários, a pesquisadora responsável ou a profissional especializada e treinada para esta finalidade aplicaram os questionários, mesmo os de autoaplicação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Plataforma Brasil (parecer 371.078) (Anexo 8), pela Secretaria Municipal de Cidadania e Inclusão Social do Município de Campinas (Anexo 9), e pela Secretaria Estadual de Educação (Diretorias Regionais de Ensino Leste e Oeste de Campinas) (Anexos 10 e 11).

### 3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram processados com o software SPSS versão 16.0(96). Foram determinadas as frequências absolutas e relativas das variáveis.

Para avaliar a associação entre as variáveis empregou-se o teste do qui-quadrado ou o teste de Fisher-Freeman-Halton (método exato) quando indicado.

Avaliou-se também a associação entre as variáveis dependentes e independentes pelo *Odds Ratio*, com intervalo de confiança de 95%. Os valores de *Odds Ratio* Bruto (não ajustados) foram determinados por Regressão Logística Univariada (método “ENTER”). Neste caso a variável dependente resiliência (baixa, abaixo da média – AbM, média, acima da média – AcM e alta) foi recodificada formando dois grupos: Resiliência Baixa (baixa/abaixo da média) e Resiliência Adequada (média/acima da média/alta).

Os valores de *Odds Ratio* ajustados foram determinados por Regressão Logística Multivariada (método *Backward Stepwise “Wald”*) com p-valor de inclusão de 0,05 e p-valor de exclusão de 0,10. Foram selecionadas para entrar no modelo multivariado todas as variáveis preditoras com p-valor menor que 0,20 na análise univariada.

Determinou-se a prevalência da baixa resiliência entre o G1 e o G2 com intervalo de confiança de 95% pelo método exato (Mid-P Exato) com o *software OpenEpi* (versão 3.0.1).

### 3.5. ANÁLISE QUALITATIVA

Foram realizadas entrevistas com todas as famílias, com pelo menos um dos responsáveis e com todas as crianças e adolescentes em questão, conforme descrito no item 3.1. Por meio desta técnica buscou-se a captação imediata e corrente a respeito da história de vida familiar, histórico de violência, aspectos sociodemográficos, econômicos, educacionais, culturais, rede de apoio social e linha de cuidado nos quais a família estava inserida.

Para buscar compreender tais aspectos através das entrevistas foi elaborado um roteiro com categorias iniciais criadas a partir de estudos bibliográficos e também baseadas nos instrumentos utilizados. Durante a execução das entrevistas, novas categorias foram surgindo. Foi utilizada a técnica de anotação durante o momento da entrevista, que foi redigida, em seguida, bem como um diário de campo. O objetivo era captar todas as informações verbais e, os aspectos não verbais observados ao longo da mesma(97).

A análise qualitativa permeou a análise quantitativa em cada uma das possíveis categorias delineadas:

- 1) Caracterização da população estudada (crianças, adolescentes e suas famílias);
- 2) Caracterização dos possíveis fatores adversos (fatores de risco acumulados);
- 3) Caracterização de possíveis fatores protetivos na construção da resiliência, presentes na vida das crianças e adolescentes e dos responsáveis;
- 4) Caracterização das situações de violência e suas consequências;
- 5) A violência doméstica como risco para problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes: consequências emocionais ou prejuízos gerados pela exposição constante a violência nomeada como miséria emocional; e, duração e intensidade das situações de violência como fatores de risco que influenciam na gravidade do adoecimento emocional;

- 6) Identificação dos aspectos importantes para a construção da resiliência: características internas das crianças e adolescentes, a importância da percepção do suporte social (família, amigos, professores e outros) e rede de apoio externa na construção de aspectos relativos a resiliência;
- 7) Caracterização dos serviços de acompanhamento familiar e referência de suporte social para as famílias;
- 8) Identificação da linha de cuidado infanto-juvenil e a atuação da rede de apoio social a partir da perspectiva dos responsáveis como fundamentais para a construção de características resilientes nas famílias.
- 9) Identificação de categorias importantes que auxiliam na construção da resiliência a partir dos instrumentos: SDQ(78), Escala de Resiliência – RSCA(80), RAF(93), SSA(83), Diagrama de Escolta(84).

Com o objetivo de compreender o processo de construção da resiliência nesses sujeitos foi realizada análise de conteúdo temático a partir dessas categorias elencadas, buscando identificar núcleos de sentidos, com ênfase no significado, mais que na frequência do fenômeno(72,73,97).

Essa técnica de pesquisa, aliada a observação de campo teve por objetivo interpretar e compreender como essas pessoas utilizavam seus recursos internos e externos e, como isso, influenciava no processo de construção da resiliência e saúde mental.

Para uma análise mais aprofundada sobre aspectos relacionados ao tema estudado, resiliência, foram selecionadas intencionalmente 15 famílias do grupo de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica(72,73,97). Privilegiou-se um número suficiente de sujeitos para que houvesse reincidência das informações, e também escolher um conjunto de informantes que possibilitassem estudar semelhanças e diferenças. As famílias foram elencadas de acordo com a gravidade das situações de violência, fatores de risco envolvidos e consequências emocionais, em: 1) Maior Gravidade; 2) Gravidade Intermediária e 3) Menor Gravidade. A partir desse critério, 15 famílias foram selecionadas, sendo uma de cada gravidade por região do município (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste). Todas as faixas etárias foram contempladas.

## **4. RESULTADOS**

### *4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO*

Das 166 crianças e adolescentes que participaram do estudo 53,6% eram do sexo feminino e 46,4% do sexo masculino. Em relação à faixa etária foram 100 crianças e adolescentes no G1 (vítimas de violência doméstica), sendo 25 em cada faixa etária (9-10 anos; 11-12 anos; 13-14 anos e 15-16 anos). O G2 constituiu-se de 66 crianças e adolescentes (escolares), sendo 15 na faixa etária de 9-10 anos, 16 sujeitos de 11-12 anos; 17 adolescentes de 13-14 anos e 18 adolescentes de 15-16 anos. Em relação às regiões, foram 20 crianças/adolescentes do G1 em cada uma das cinco regiões (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste) e no G2 foram 14 crianças e adolescentes por região nas Sul, Norte e Sudoeste e 12 por região nas Leste e Noroeste.

A população estudada a partir da divisão por grupo (G1 e G2) foi caracterizada de acordo com as condições socioeconômicas (Tabela 1) e infraestrutura de moradia familiar; situação conjugal dos responsáveis e presença na vida dos filhos (Tabela 2); cuidadores principais da criança/adolescente (Tabela 3) e, escolaridade, frequência em atividade socioeducativa e aspectos religiosos das crianças/adolescentes e responsáveis (Tabela 4). Todos esses aspectos foram coletados a partir informações ou do relato dos responsáveis nas entrevistas.

Tabela 1. Condições socioeconômicas e infraestrutura de moradia familiar por grupo

Condições socioeconômicas e infraestrutura familiar	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1.Situação trabalhista do responsável</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>0,002*</b>
Trabalho com direitos trabalhistas	34	34,0	36	54,5	70	42,2	
Trabalho fixo sem direitos trabalhistas	9	9,0	2	3,0	11	6,6	
Trabalho por conta regularmente	15	15,0	14	21,2	29	17,5	
Trabalho por conta às vezes	9	9,0	3	4,5	12	7,2	
Desempregado/Não está trabalhando	8	8,0	9	13,6	17	10,2	
Nunca Trabalhou	1	1,0	1	1,5	2	1,2	
Aposentado	6	6,0	0	0,0	6	3,6	
Pensionista (INSS ou pensão vitalícia: morte do pai ou da mãe)	10	10,0	1	1,5	11	6,6	
Não trabalhando ou trabalha irregularmente, mas tem renda de imóveis ou outras	8	8,0	0	0,0	8	4,8	
<b>2.Renda Familiar Total**</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001*</b>
< que 1 salário mínimo	34	34,0	4	6,1	38	22,9	
Entre 1 – 2 salários mínimos	40	40,0	13	19,7	53	31,9	
Entre 2 – 3 salários mínimos	19	19,0	18	27,3	37	22,3	
Entre 3 –5 salários mínimos	6	6,0	20	30,3	26	15,7	
Mais de 5 até 10 salários mínimos	0	0,0	11	16,7	11	6,6	
Mais de 10 salários mínimos	1	1,0	0	0,0	1	0,6	
<b>3.A família recebe algum benefício social</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>0,002#</b>
Sim	59	59,0	23	34,8	82	49,4	
Não	41	41,0	43	65,2	84	50,6	
<b>4.Número de pessoas que moram na casa</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>0,031#</b>
De 1 – 4	42	42,0	39	59,1	81	48,8	
5 ou mais pessoas	58	58,0	27	40,9	85	51,2	

p – probabilidade; \*probabilidade bilateral do teste exato de Fisher-Freeman-Halton, Monte Carlo; #probabilidade do teste do qui-quadrado; \*\*Incluindo os benefícios sociais.

O G1 apresentou maior vulnerabilidade socioeconômica, com diferença significativa entre os grupos em relação à situação trabalhista do responsável, renda familiar total, família contar com auxílio de benefícios sociais e número de pessoas que moram na casa (Tabela 1).

Quanto à situação trabalhista dos responsáveis das famílias, somente 34% no G1 tinham emprego fixo com direitos definidos pelas leis trabalhistas. Já no G2 54,5% deles encontravam-se nesta categoria (p=0,002).

Com relação à renda familiar, 93% das famílias do G1 recebiam até 3 salários mínimos por mês, sendo que 34% das famílias encontravam-se na categoria de até um salário

mínimo mensal. Além disso, 59% das famílias contavam com benefícios sociais para compor a renda familiar, sendo o Bolsa Família (Programa do Governo Federal), o principal deles. Já no G2 74,3% das famílias recebiam entre 2 e 10 salários mínimos. E, apenas 19,7% recebiam entre 1 a 2 salários mínimos mensais. Neste grupo 34,8% contavam com auxílio dos benefícios sociais para compor a renda familiar. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos com relação à renda familiar ( $p < 0,001$ ) e da utilização de benefícios sociais pelas famílias ( $p = 0,002$ ).

Outro fator de vulnerabilidade referiu-se ao fato de 58% das famílias do G1 terem um grande número de pessoas morando na mesma casa, de 5 a 9 pessoas. Já no G2 apenas 40,9% estavam nessa categoria e, 59,1% das famílias era composta por até 4 pessoas ( $p = 0,031$ ).

Apesar da vulnerabilidade socioeconômica, as famílias apresentaram infraestrutura de moradia adequada em suas residências, não havendo diferenças significativas entre os grupos. Ambos possuíam acesso a saneamento básico (96% das famílias), água encanada (99,4% das famílias) e energia elétrica (100% das famílias).

Nas Tabelas 2 e 3 são apresentadas a caracterização da situação conjugal dos responsáveis, presença e ausência na vida dos filhos e o cuidador principal das crianças e adolescentes.

Tabela 2. Caracterização da situação conjugal dos responsáveis e presença na vida dos filhos por grupo

Situação conjugal do responsável e presença na vida dos filhos	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Situação conjugal atual do responsável</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001#</b>
Com Companheiro	41	41,0	52	78,8	93	56,0	
Separado	51	51,0	11	16,7	62	37,3	
Solteiro, viúvo e outros	8	8,0	3	4,5	11	6,7	
<b>2. Os pais se separaram</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001&amp;</b>
Sim	89	89,0	28	42,4	117	70,5	
Não	11	11,0	38	57,6	49	29,5	
<b>3. Os Responsáveis separados se casaram novamente (quem)</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001#</b>
Mãe	46	46,0	16	24,2	62	37,39	
Pai	10	10,0	6	9,1	16	9,6	
Mãe e Pai	1	1,0	2	3,0	3	3,0	
Não se separaram	11	11,0	38	57,6	49	29,5	
Nenhum se casou novamente	32	32,0	4	6,1	36	21,7	
<b>4. A criança ou adolescente mora com ambos os pais</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001&amp;</b>
Sim	14	14,0	38	57,6	52	31,36	
Não	86	86,0	28	42,4	114	8,7	
<b>5. Ausência da mãe biológica</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>0,015*</b>
Ausência por abandono**	16	16,0	5	7,6	21	2,7	
Ausência por morte***	7	7,0	0	0,0	7	4,2	
Não ausência	77	77,0	61	92,4	138	83,1	
<b>6. Ausência do pai biológico</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001#</b>
Ausência por abandono**	49	49,0	15	22,7	64	38,6	
Ausência por morte	17	17,0	3	4,5	20	12,0	
Não ausência	34	34,0	48	72,7	82	49,4	
<b>7. Motivo das Mortes</b>							
<b>Mãe</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	
Problemas de saúde	7	100,0	0	0,0	7	100,0	
<b>Pai</b>	<b>17</b>	<b>17,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	
Problemas de saúde e acidente	3	17,6	3	100,0	6	30,0	
Assassinato	7	41,2	0	0,0	7	35,0	
Doença em decorrência do alcoolismo	7	41,2	0	0,0	7	35,0	

p – probabilidade; \*probabilidade bilateral do teste exato de Fisher-Freeman-Halton, Monte Carlo; #probabilidade do teste do qui-quadrado; & probabilidade bilateral do teste exato de Fisher; \*\*Quatro crianças adotadas foram colocadas na categoria ausência de pai e de mãe por abandono, pois as crianças ficaram em abrigos por pelo menos 1 ano e meio antes da adoção; \*\*\*todas as mães do G1 e G2 morreram por questões de saúde.

Tabela 3. Cuidador Principal nomeado pelo responsável que participou da entrevista por grupo

Cuidador Principal	Grupo				Total	
	G1		G2			
	N	%	N	%	N	%
Pai	5	5,0	0	0,0	5	3,0
Mãe (51 biológicas e 1 adotiva)	52	52,0	11	16,7	62	37,4
Pais (10 biológicos e 3 adotivos)	13	13,0	38	57,6	52	31,4
Avó	0	0,0	1	1,5	1	0,6
Avós	2	2,0	0	0,0	2	1,2
Irmãos	2	2,0	0	0,0	2	1,2
Tios e outros familiares	5	5,0	1	1,5	6	3,6
Guardiões	2	2,0	0	0,0	2	1,2
Mãe e padrasto	7	7,0	10	15,2	17	10,2
Pai e madrasta	3	3,0	2	3,0	5	3,0
Mãe ou pai e avós	8	8,0	3	4,5	11	6,6
Outros (vizinha que não tem a guarda)	1	1,0	0	0,0	1	0,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>

No G1 verificou-se que apenas 41% dos responsáveis moravam com companheiros(as) (Tabela 2). Desses casais, apenas 11% eram os pais das crianças/adolescentes em questão; ou seja, o filho convivia com o pai e a mãe na mesma casa e, o restante dos casais (30%) eram compostos por um dos pais e, a madrasta ou o padrasto. Já no G2, 78,8% dos responsáveis moravam com companheiros(as). Destes casais, 57,6% eram de pais da criança/adolescente em questão ( $p < 0,001$ ).

Em relação ao número de crianças que moravam com ambos os pais (Tabela 2), verificou-se diferença estatística entre os grupos ( $p < 0,000,1$ ). No G1 foram 14% (14 crianças/adolescentes) e no G2 57,6% (38 crianças/adolescentes).

Quanto ao cuidador principal (Tabela 3), destaca-se que, em algumas famílias existiam mais de um responsável que participava da vida cotidiana das crianças e adolescentes, entretanto não foram nomeados como cuidadores principais.

No G1, 14 sujeitos moravam com ambos os pais, mas em três situações os genitores estavam separados e continuavam morando na mesma casa. Em dois deles, ambos os pais foram nomeados como cuidadores principais. E, em um deles, apenas a mãe, pois o genitor foi acusado de abuso sexual contra a filha. Ele ainda morava na casa por estar em condição precária de saúde. Neste caso, a mãe foi considerada a cuidadora principal.

Observou-se em alguns casos de pais separados que estavam no segundo casamento, que as madrastas ou padrastos não foram nomeados como cuidadores principais; dos 30 casais do G1 que relataram terem companheiros(as), 7 padrastos foram nomeados como cuidadores principais e 3 madrastas, juntamente com pais. No G2, dos 66 responsáveis,

52 tinham companheiros(as). Destes, 38 eram os pais das crianças e adolescentes e ambos foram nomeados como cuidadores principais. Dos outros 24 responsáveis que se casaram novamente, 10 padrastos e 2 madrastas foram considerados como cuidadores principais junto com um dos pais biológicos.

No G1, observou-se um número alto de sujeitos que não convivem com um dos genitores, sendo 23% com ausência da mãe e 66% do pai. Destes, 16% foram abandonados pela mãe e 49% pelo pai. Alguns genitores faleceram, sendo 7% mães e 17% pais. As causas de morte das mães foram em todos os casos por problemas de saúde. Já os pais, 17,6% morreram em decorrência de problemas de saúde ou acidente de carro; 41,2% morreram pelo uso excessivo de bebida alcoólica e; 41,2% foram assassinados por envolvimento com o tráfico de drogas (Tabela 2).

No G2 7,6% das crianças e adolescentes não conviviam com a mãe e 27,2% com o pai. Não houve nenhum caso de falecimento das mães neste grupo. Já os genitores, 4,7% morreram em decorrência de problemas de saúde e 22,7% abandonaram seus filhos. Verificou-se maior risco do G1, pelo número elevado de ausência dos genitores comparado ao G2, tanto em relação à ausência das mães ( $p=0,015$ ) quanto dos pais ( $p<0,001$ ).

Na Tabela 4, as crianças e adolescentes estudados são caracterizadas quanto à escolaridade e atividades complementares socioeducativas; escolaridade dos responsáveis e religião das famílias estudadas por grupo (G1 e G2).

Tabela 4. Escolaridade, frequência em atividade socioeducativa e religião das crianças/adolescentes e responsáveis por grupo

Escolaridade, frequência em atividade socioeducativa e religião das crianças/adolescentes e responsáveis	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. A criança ou adolescente está frequentando a escola</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,043 <sup>&amp;</sup>
Sim	93	93,0	66	100,0	52	31,3	
Não	7	7,0	0	0,0	114	68,7	
<b>2. Idade em que entrou na escola</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<0,001 <sup>*</sup>
1 ano	0	0,0	10	15,2	10	6,0	
2 anos	0	0,0	2	3,0	2	1,2	
3 anos	9	9,0	8	12,1	17	10,2	
4 anos	10	10,0	9	13,6	19	11,4	
5 anos	5	5,0	4	6,1	9	5,4	
6 anos	53	53,0	31	47,0	84	50,6	
7 anos	23	23,0	2	2,0	25	15,1	
<b>3. A criança ou adolescente frequenta núcleo socioeducativo</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,076 <sup>#</sup>
Sim	55	55,0	27	40,9	82	49,4	
Não	45	45,0	39	59,1	84	50,6	
<b>4. Escolaridade do Responsável (em anos cursados)</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<0,001 <sup>*</sup>
De 0 a 8 anos (Fundamental I)	75	75,0	27	40,9	102	61,40	
Ensino Médio (Incompleto e Completo)	21	21,0	30	45,5	51	36,1	
Ensino Superior ou Mais	4	4,0	6	9,1	10	6,0	
Sem Informação	0	0,0	3	4,5	3	1,8	
<b>5. Religião principal da família</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,006 <sup>*</sup>
Católica	17	17,0	22	33,3	39	23,5	
Evangélica	72	72,0	33	50,0	105	63,3	
Espírita	6	6,0	2	3,0	8	4,8	
Outras	3	3,0	2	3,0	5	3,0	
Nenhuma	2	2,0	7	10,0	9	5,4	

p – probabilidade; \*probabilidade bilateral do teste exato de Fisher-Freeman-Halton, Monte Carlo; #probabilidade do teste do qui-quadrado; & probabilidade bilateral do teste exato de Fisher.

A maioria dos sujeitos estava frequentando a escola, sendo 93% do G1 e 100% no G2 (Tabela 4). Entretanto, 76% das crianças e adolescentes do G1 começou a frequentar a escola somente com 6 ou 7 anos de idade e 49% do G2 começou a frequentar nessa faixa etária, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

As crianças/adolescentes do G1 e G2 apresentaram frequência semelhante em atividades socioeducativas, sendo um pouco maior no G1 (55%) do que no G2 (40,9%).

Quanto à escolaridade dos responsáveis, 75% do G1 cursaram apenas o Ensino Fundamental (EF) e apenas 17% conseguiram concluir essa etapa. No G2 40,9% cursaram apenas o EF e 7,6% concluíram essa etapa ( $p < 0,001$ ). No G1, 21% estudaram apenas até o 4º. Ano do EF e no G2 13,6% cursaram até o 4º Ano.

Nos casos 89,4% das famílias frequentavam alguma religião e no G2 82%, não havendo diferenças significativas entre os grupos. Entretanto, ressalta-se que grande parte dos sujeitos estudados eram de religiões evangélicas, com maior predominância entre o G1, sendo 76% e, 50% do G2 ( $p=0,006$ ).

#### *4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA*

Primeiramente foram analisadas as formas de violência ocorridas no âmbito doméstico, violência entre os casais e, em relação às crianças e adolescentes (Tabela 5). Em seguida, as formas de violência sofridas pelas crianças e adolescentes no ambiente escolar (Tabela 6).

De acordo com o relato das famílias, houve alta prevalência de violência entre os casais do G1 (66%), comparado ao G2, que foi de 10,6%, com diferença estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ).

Os quatro tipos mais comuns de VDCCA foram: violência física, psicológica, negligência e/ou abandono e sexual (Tabela 5). Destaca-se que, 63% das crianças e adolescentes do G1, sofreram mais de uma forma de violência e por um ou mais agressores diferentes.

A forma de violência contra crianças e adolescentes mais frequente foi a psicológica em 82% dos casos e, em grande parte dos sujeitos associada a outras formas de violência. A negligência ou abandono esteve presente em 58%, a violência sexual esteve presente em 26% dos casos e a física em 23%. Os agressores principais foram os pais (pai e mãe) em 50,9% dos casos ou somente um dos responsáveis (pai ou mãe) em 30% das famílias (Tabela 5).

Tabela 5. Violência Doméstica contra as crianças ou adolescentes relatadas pelo responsável por tipo, agressores no Grupo 1 (G1).

<b>Fatores relacionados a violência doméstica no G1</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>1. A criança ou adolescente sofreu violência física</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	23	23,0
Não	77	77,0
<b>2. A criança ou adolescente sofreu violência psicológica ou verbal</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	82	82,0
Não	18	18,0
<b>3. A criança ou adolescente sofreu violência sexual</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	26	26,0
Não	74	74,0
<b>4. A criança ou adolescente sofreu negligência ou abandono</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	58	58,0
Não	42	42,0
<b>5. Quem são os agressores de acordo com relato dos responsáveis (pode ser mais de uma pessoa)</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>
Somente o pai	15	12,9
Somente a mãe	15	12,9
Pais	59	50,9
Avô	4	3,4
Padrasto ou madrasta, tios (as) ou outros familiares	22	19,0
Amigos da família	1	0,9

p – probabilidade; #probabilidade do teste do qui-quadrado

Em relação à violência sofrida na escola, os responsáveis relataram que, seus filhos, vivenciaram duas formas diferentes: a psicológica e/ou verbal e a física. Os agressores foram os colegas e os profissionais da educação (Tabela 6).

Observou-se que, as crianças e adolescentes do G1 sofreram violência praticada pelos colegas na escola com maior frequência que o G2, sendo 47% no primeiro grupo e 25,8% no segundo ( $p=0,006$ ). Na escola, a forma de violência mais frequente foi a psicológica ou verbal entre os colegas, presente em 40% dos sujeitos no G1 e 19,5% no G2 ( $p=0,006$ ). Já a violência física foi presente em 26% no G1 e 7,6% no G2 ( $p=0,003$ ).

Observou-se também um número elevado de situações de violência cometidas por profissionais da educação. A principal forma de violência foi a psicológica e/ou verbal presentes em 21% dos sujeitos no G1 e 5% no G2. Houve apenas um relato no G1 (região Leste) de violência física cometida por professor que segurou agressivamente o braço do adolescente e o puxou para fora da sala de aula.

Tabela 6. Situações de violência sofridas pelas crianças ou adolescentes na escola por grupo

Situações adversas que ocorreram na escola com as crianças/adolescentes	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. A criança ou adolescente sofreu agressão de colegas</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100</b>	<b>0,006<sup>#</sup></b>
Sim	47	47,0	17	25,8	64	38,6	
Não	53	53,0	49	74,2	102	61,4	
Sofreu agressão física	26	26,0	5	7,6	31	18,7	<b>0,003<sup>#</sup></b>
Não sofreu agressão física	74	74,0	61	92,4	135	81,3	
Sofreu agressão psicológica	40	40,0	13	19,7	53	31,9	<b>0,006<sup>#</sup></b>
Não sofreu agressão psicológica	60	60,0	53	80,3	113	68,1	
<b>2. A criança ou adolescente sofreu agressão de professores</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100</b>	0,028 <sup>#</sup>
Sim	20	20,0	5	7,6	25	15,1	
Não	80	80,0	61	92,4	141	84,9	
Sofreu agressão física	1	1,0	0	0,0	1	0,6	1,000 <sup>&amp;</sup>
Não sofreu agressão física	99	99,0	66	100,0	165	99,4	
Sofreu agressão psicológica	21	21,0	5	7,6	26	15,7	<b>0,020<sup>#</sup></b>
Não sofreu agressão psicológica	79	79,0	61	92,4	140	84,3	

p – probabilidade; <sup>#</sup>probabilidade do teste do qui-quadrado; <sup>&</sup>probabilidade bilateral do teste exato de Fisher.

#### 4.3. CARACTERIZAÇÃO DE FATORES ADVERSOS OU DE RISCO

Foram analisadas situações adversas ou de risco que ocorreram na vida das crianças e adolescentes (Tabelas 7 e 8) e, outros fatores psicossociais de risco no âmbito familiar, com um ou mais membros da família (Tabelas 9, 10, 11 e 12).

Tabela 7. Situações adversas sofridas pelas crianças ou adolescentes na escola por grupo

Situações adversas que ocorreram na escola com as crianças/adolescentes	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. A criança ou adolescente repetiu algum ano escolar</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001<sup>#</sup></b>
Sim	44	44,0	8	12,1	52	31,3	
Não	56	56,0	58	87,9	114	68,7	
<b>2. Número de vezes que a criança/adolescente repetiu algum ano escolar</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	1,000*
Uma vez	24	54,5	6	75,0	30	57,7	
Duas vezes	10	22,7	2	25,0	12	23,1	
Três vezes	3	6,8	0	0,0	3	5,8	
Quatro vezes	4	9,1	0	0,0	4	7,7	
Cinco vezes	2	4,5	0	0,0	2	3,8	
Seis vezes ou mais	1	2,3	0	0,0	1	1,9	
<b>3. A criança ou adolescente foi suspensa da escola</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>0,003<sup>#</sup></b>
Sim	38	38,0	11	16,7	49	29,5	
Não	62	62,0	55	83,3	117	70,5	
<b>4. Número de vezes que a criança/adolescente foi suspensa na escola</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	0,497*
Uma vez	16	42,1	6	54,5	22	44,9	
Duas vezes	9	23,7	2	18,2	11	22,4	
Três vezes	1	2,6	1	9,1	2	4,1	
Quatro vezes ou mais	12	31,6	2	18,2	14	28,6	

p – probabilidade; \*probabilidade bilateral do teste exato de Fisher-Freeman-Halton, Monte Carlo; <sup>#</sup>probabilidade do teste do qui-quadrado.

Tabela 8. Situações adversas relatadas pelo responsável em relação à criança/adolescente por grupo

Situações adversas relatadas pelo responsável	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. O nascimento de irmãos causou problemas na criança/ adolescente</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,967 <sup>#</sup>
Sim	30	30,0	20	30,3	50	30,1	
Não	70	70,0	46	69,7	116	69,9	
<b>2. A criança/adolescente ficou em instituição de acolhimento</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<0,001 <sup>#</sup>
Sim	17	17,0	0	0,0	17	10,2	
Não	83	83,0	66	100,0	149	89,8	
<b>3. A criança/adolescente tem alguma deficiência</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,152 <sup>&amp;</sup>
Sim	4	4,0	0	0,0	4	2,4	
Não	96	96,0	66	100,0	162	97,6	
<b>4. Alguma pessoa importante para criança/adolescente morreu</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<0,001 <sup>#</sup>
Sim	70	70,0	20	30,3	90	54,2	
Não	30	30,0	46	69,7	76	45,8	
<b>5. A (o) adolescente teve alguma situação de gravidez nessa etapa**</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,518 <sup>&amp;</sup>
Sim	2	2,0	0	0,0	2	1,2	
Não	98	98,0	66	100,0	164	98,8	
<b>6. A criança/adolescente trabalha</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,006 <sup>&amp;</sup>
Sim***	10	10,0	0	0,0	10	6,0	
Não	90	90,0	66	100,0	156	94,0	
<b>7. Atividades exercidas pelas crianças/adolescentes relatadas como trabalho</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	
Ajudam os pais no comércio	3	27,3	0	0,0	3	27,3	
Tráfico de drogas	1	9,1	0	0,0	1	9,1	
Coleta de lixo reciclável	1	9,1	0	0,0	1	9,1	
Bicos diversos (pintores de casas, “flanelinha”, etc)	6	54,5	0	0,0	6	54,5	

p – probabilidade; <sup>#</sup>probabilidade do teste do qui-quadrado; <sup>&</sup>probabilidade bilateral do teste exato de Fisher; <sup>\*\*</sup>Ou a própria adolescente ficou grávida ou a namorada do adolescente ficou grávida; <sup>\*\*\*</sup>Todos que trabalham exercem funções ilegais, sem direitos trabalhistas.

Destaca-se que 44% dos sujeitos do G1 passaram por repetência escolar, enquanto no G2 foram apenas 12,1% ( $p < 0,001$ ). Além disso, as crianças vítimas de violência doméstica também foram suspensas da escola com maior frequência, em 38% no G2 ( $p = 0,003$ ) (Tabela 7).

Além dessas situações vivenciadas na escola, 17% das crianças/adolescentes vítimas de violência passaram por situações de acolhimento institucional (abrigos temporários). E, em dois casos, mais de uma vez, com tempo médio de abrigamento de aproximadamente 2 anos. No G2 não foi relatado nenhum caso de acolhimento institucional ( $p < 0,001$ ) (Tabela 8).

As crianças/adolescentes do G1 vivenciaram um número alto de mortes de pessoas importantes, 70% dos sujeitos (Tabela 8). No G2 30% das crianças/adolescentes passaram tais situações de perdas ( $p < 0,001$ ).

Quanto aos outros fatores de risco ou adversos destacam-se no G1 duas situações de gravidez na adolescência e dez situações de crianças/adolescentes realizando trabalho infanto-juvenil ( $p = 0,006$ ). Nos casos de trabalhos infantis relatados, nenhum dos sujeitos recebia direitos trabalhistas e todos desenvolviam atividades inapropriadas para a idade, inclusive envolvimento com o tráfico de drogas.

Tabela 9. Situações adversas relatadas pelo responsável em relação a alguém da família por grupo

Situações adversas relatadas pelo responsável	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Responsável perdeu o emprego</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	
Sim	16	16,0	14	21,2	30	18,1	0,393 <sup>#</sup>
Não	84	84,0	52	78,8	136	81,9	
<b>2. A família está passando por dificuldades financeiras</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	
Sim	51	51,0	19	28,8	70	42,2	<b>0,005<sup>#</sup></b>
Não	49	49,0	47	71,2	96	57,8	
<b>3. Houve disputa judicial da guarda da criança/ adolescente pelos responsáveis</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	
Sim	39	39,0	9	13,6	48	28,9	<b>&lt;0,001<sup>#</sup></b>
Não	61	61,0	57	86,4	118	71,1	
<b>4. Entre quais responsáveis foi a disputa de guarda**</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	
Entre os pais	21	52,5	9	100,0	30	61,2	
Mãe ou pai com avó ou avós	5	12,5	0	0,0	5	10,2	0,283 <sup>*</sup>
Outros familiares	7	17,5	0	0,0	7	14,3	
Perda do poder familiar total	7	17,5	0	0,0	7	14,3	
<b>5. Alguém da família já morou na rua (a família toda)</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	
Sim	10	10,0	0	0,0	10	6,0	<b>0,006<sup>&amp;</sup></b>
Não	90	90,0	66	100,0	156	94,0	

p – probabilidade; \*probabilidade bilateral do teste exato de Fisher-Freeman-Halton, Monte Carlo; #probabilidade do teste do qui-quadrado; & probabilidade bilateral do teste exato de Fisher; \*\*Podendo ser mais de uma situação de disputa de guarda.

As famílias do G1 apresentaram dificuldades financeiras significativas (Tabela 9) pois, segundo o relato dos responsáveis, 51% delas encontravam-se em situação de vulnerabilidade econômica. Já no G2 28,8% se descreviam nessa situação ( $p = 0,005$ ).

Verificou-se também que, 39% das crianças/adolescentes do G1 passaram por episódios de disputa judicial por sua guarda e, no G2, apenas 13,6% dos sujeitos passaram tais situações ( $p < 0,001$ ). No G1 52,5% das disputas pela guarda foram entre os genitores, 12,5% entre um dos genitores com avós e, 17,5% por outros familiares. Em 17,5% dos casos foi relatado que houve perda total do poder familiar por um período, em decorrência das situações de violência, com retomada da guarda novamente após um tempo. No G2 as disputas judiciais pela guarda das crianças/adolescentes foram todas entre os genitores. Outro achado importante é que 10% das famílias do G1 morou na rua por um período e no G2 não houve nenhum caso ( $p = 0,006$ ).

Nas Tabelas 10, 11 e 12 são apresentados aspectos relativos às outras situações adversas ou fatores de risco que ocorreram no âmbito familiar e que podem ter interferido na vida das crianças e adolescentes estudados, principalmente quanto à construção da resiliência.

Tabela 10. Sintomas relacionados aos problemas de saúde mental apresentados por alguém da família que convive com a criança ou adolescente relatados pelos responsáveis

Possibilidades de problemas de saúde mental de alguém da família que convive com o sujeito	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Alguém da família que convive com a criança ou adolescente tem sintomas relacionados à saúde mental</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001#</b>
Sim	59	59,0	11	16,7	70	42,2	
Não	41	41,0	55	83,3	96	57,8	
<b>2. Quem da família que convive com a criança ou adolescente tem sintomas relacionados à saúde mental (pode ser mais de uma pessoa)</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	
Pai	12	19,0	1	9,1	13	17,6	
Mãe	39	61,9	5	45,5	44	59,5	
Avô	1	1,6	1	9,1	2	2,7	
Avó	5	7,9	2	18,2	7	9,5	
Irmãos/Irmãs	2	3,2	0	0,0	2	2,7	
Tios, outros familiares, padrasto, madrasta	2	3,2	2	18,2	4	5,4	
Guardiões	2	3,2	0	0,0	2	2,7	

p – probabilidade; #probabilidade do teste do qui-quadrado.

Tabela 11. Criminalidade ou Prostituição por alguém da família que convive com a criança ou adolescente por grupo relatados pelos responsáveis

Criminalidade ou Prostituição por alguém da família que convive com o sujeito relatados pelos responsáveis	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Alguém da família tem envolvimento com a criminalidade</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001<sup>#</sup></b>
Sim	67	67,0	15	22,7	83	50,0	
Não	33	33,0	51	77,3	83	50,0	
<b>3. Quem da família tem envolvimento com a criminalidade (pode ser mais de uma pessoa)</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	
Pai	25	34,7	2	13,3	27	31,0	
Mãe	7	9,7	0	0,0	7	8,0	
Avô	9	12,5	3	20,0	12	13,8	
Avó	1	1,4	0	0,0	1	1,1	
Irmãos/Irmãs	7	9,7	1	6,7	8	9,2	
Tios, outros familiares, padrasto, madrasta	21	29,2	9	60,00	30	34,5	
A própria criança/adolescente e cumpre ou cumpriu medida socioeducativa	2	2,8	0	0,0	2	2,3	
<b>4. Alguém da família se prostituiu ou se prostituiu, está ou esteve na exploração sexual</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>0,016<sup>#</sup></b>
Sim	17	17,0	3	4,5	23	13,9	
Não	83	83,0	63	95,5	143	86,1	
<b>5. Quem da família se prostituiu ou se prostituiu, está ou esteve na exploração sexual (pode ser mais de uma pessoa)</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	
Mãe	12	63,2	1	33,3	13	59,1	
Irmã	2	10,5	2	66,7	4	18,2	
Tia ou madrasta	4	21,0	0	0,0	4	18,2	
A própria criança/adolescente	1	5,3	0	0,0	1	4,5	

p – probabilidade; <sup>#</sup>probabilidade do teste do qui-quadrado.

Tabela 12. Uso de bebida alcoólica ou substâncias psicoativas por alguém da família que convive com a criança/adolescente considerados problemáticos por grupo relatadas pelo responsável

Uso de bebida alcoólica ou substâncias psicoativas consideradas problemáticas por alguém da família que convive com a criança/adolescente	Grupo				Total		P
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Alguém da família tem uso considerado problemático de bebida alcoólica</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001#</b>
Sim	67	67,0	20	30,3	87	52,4	
Não	33	33,0	46	69,7	79	47,6	
<b>2. Quem da família tem uso considerado problemático de bebida alcoólica (pode ser mais de uma pessoa)</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>	
Pai	47	43,5	13	43,4	60	43,5	
Mãe	24	22,2	3	10,0	27	19,5	
Avô	9	8,4	3	10,0	12	8,7	
Avó	4	3,7	1	3,3	5	3,6	
Irmãos/Irmãs	4	3,7	0	0,0	4	2,9	
Tios, outros familiares, padrasto, madrasta	18	16,6	10	33,3	28	20,3	
A própria criança/adolescente	2	1,9	0	0,0	2	1,5	
<b>3. Alguém da família tem uso considerado problemático de substâncias psicoativas</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,031#
Sim	55	55,0	25	37,9	80	48,2	
Não	45	45,0	41	62,1	86	51,8	
<b>4. Quem da família tem uso considerado problemático de substâncias psicoativas (pode ser mais de uma pessoa)</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	
Pai	27	34,6	3	12,0	30	29,1	
Mãe	23	29,5	1	4,0	24	12,6	
Avô	9	11,5	4	16,0	13	23,3	
Avó	2	2,6	0	0,0	2	1,9	
Irmãos/Irmãs	6	7,7	1	4,0	7	6,8	
Tios, outros familiares, padrasto, madrasta	9	11,5	16	64,0	25	24,3	
A própria criança/adolescente	2	2,6	0	0,0	2	1,9	

p – probabilidade; #probabilidade do teste do qui-quadrado.

Os responsáveis do G1 apresentaram 59% de possibilidade de problemas de saúde mental e o G2 16,7% (p=0,001). Nos dois grupos as genitoras apresentaram mais sintomas. A segunda pessoa mais citada no G1 foi o genitor e no G2 foram outros familiares como tios, tias, madrasta, padrasto e avós (Tabela 10).

Verificou-se no G1, que 67% dos membros da família que conviviam com os sujeitos tiveram envolvimento com a criminalidade (podendo ser mais de uma pessoa) e, no G2 foram 22,7% (p<0,001). No G1, as pessoas mais citadas foram do sexo masculino, primeiramente o genitor, seguido por outros familiares (padrasto e tios) e, por último os avôs, a genitora e irmãos. No G2, as pessoas mais citadas foram outros familiares (padrasto, madrasta, tios e tias), seguidos pelos avôs e, por último o genitor ou irmãos (Tabela 11).

Observou-se no G1 o relato de 17% de prostituição de alguém da família ou exploração sexual (no caso de crianças ou adolescentes citadas) e 4,5% no G2 ( $p=0,016$ ). Foram citados nos dois grupos apenas pessoas do sexo feminino, primeiramente as irmãs, seguidas pelas mães. No G1, também foram citadas tias ou madrastas e um caso da própria adolescente (Tabela 11).

Quanto ao uso considerado problemático de bebida alcoólica (Tabela 12), também foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ( $p<0,001$ ). No G1 verificou-se frequência de 67% de alguém da família que convivia com a criança/adolescente e no G2 30,3% de frequência. Os responsáveis mais citados por uso de álcool no G1 foram o genitor, seguido da genitora, depois o avô, outros familiares, avó, irmãos e dois casos da própria criança/adolescente. No G2, o pai foi citado com maior frequência, seguido por outros familiares e, por último a mãe, avô e avó.

O uso de substâncias psicoativas considerado problemático (Tabela 12) foi encontrado em 55% no G1 e em 37% no G2 (37,5%). O que se destaca como diferença entre os grupos é a pessoa da família citada que apresenta tal uso. No G1 os principais responsáveis usuários de SPA foram os genitores em 64,1% (pais 34,6% e mães 29,5%), seguidos dos avós, irmãos e outros familiares e, em dois casos, o próprio adolescente. Já no G2, os principais responsáveis citados pelo uso de SPA foram outros familiares, mais distantes da criança/adolescente, em 16 situações (64%), seguidos pelo avô (4), genitor (3) e uma mãe e um irmão.

#### *4.4. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR E REFERÊNCIAS DE SUPORTE SOCIAL PARA AS FAMÍLIAS*

Na Tabela 13 são apresentados os serviços públicos e particulares da rede de cuidados responsáveis pelo acompanhamento às famílias estudadas, citados por elas como referência de suporte social. Na Tabela 14 são apontadas as figuras de referências de suporte social para os responsáveis, crianças e adolescentes.

Tabela 13. Serviços de acompanhamento considerados referências de suporte social para as famílias de acordo com relato dos responsáveis por grupo

Serviços citados pela família como referência de suporte social	Grupo				Total		p
	G1		G2		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Serviços de Saúde Pública</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,164 <sup>#</sup>
Sim	29	29,0	26	39,4	55	33,1	
Não	71	71,0	40	60,6	101	66,9	
<b>2. Quais Serviços da Saúde Pública (pode ser mais de um)</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	
Atendimento com Psicólogo	17	48,6	17	50,0	34	49,3	
Médicos do Centro de Saúde (Clínico Geral e Pediatra)	9	25,7	12	35,3	21	30,4	
Médico Psiquiatra	9	25,7	5	14,7	14	20,3	
<b>3. Serviços de Promoção Social</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<0,001 <sup>#</sup>
Sim	90	90,0	0	0,0	90	54,2	
Não	10	10,0	66	100,0	76	45,8	
<b>4. Serviços de Saúde Particulares ou convênio</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,371 <sup>#</sup>
Sim	10	10,0	4	6,1	14	8,4	
Não	90	90,0	62	93,9	152	91,6	

p – probabilidade; <sup>#</sup>probabilidade do teste do qui-quadrado.

Os serviços de saúde pública foram elencados como referência de suporte por 39,4% dos responsáveis do G2 e por 29% no G1. Os serviços particulares ou atendimento por convênios foram citados em 10% pelo G1 e em 6,1% no G2 (Tabela 13).

O atendimento oferecido por psicólogos foi o tipo de serviço de acompanhamento mais citado nos dois grupos. Os serviços de promoção social, atendimentos realizados pelo CRAS e CREAS, foram citados apenas no G1, em 90%. Os outros 10% não o reconheceram como referência de acompanhamento ( $p < 0,001$ ).

Tabela 14. Referências de suporte social citadas pelos responsáveis, crianças e adolescentes por grupo

Referência de Suporte Social (emocional e cuidados com a saúde)	Grupo				Total		p
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Quem o responsável tem como referência para apoio emocional</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001<sup>#</sup></b>
Família	42	42,0	40	60,6	82	49,4	
Amigos	11	11,0	9	13,6	20	12,0	
Pessoas da religião ou comunidade	8	8,0	9	13,6	17	10,2	
Serviços de Promoção Social	26	26,0	0	0,0	26	15,7	
Serviços da Saúde	0	0,0	4	6,1	4	2,4	
Deus ou Ninguém	13	13,0	4	6,1	17	10,2	
<b>2. Quem a criança ou adolescente tem como referência para apoio emocional</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,869 <sup>#</sup>
Família	59	59,0	37	56,1	96	57,8	
Amigos	28	28,0	21	31,8	49	29,5	
Deus ou Ninguém	13	13,0	8	12,1	21	12,7	
<b>3. Quem a criança ou adolescente tem como referência para cuidados físicos/saúde</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,694 <sup>*</sup>
Família	93	93,0	64	97,0	157	94,6	
Amigos	1	1,0	0	0,0	1	0,6	
Ninguém	6	6,0	2	3,0	8	4,8	

p – probabilidade; <sup>#</sup>probabilidade do teste do qui-quadrado; <sup>\*</sup>probabilidade bilateral do teste exato de Fisher-Freeman-Halton, Monte Carlo.

Os responsáveis de ambos os grupos consideraram como referência de suporte para apoio emocional primeiramente pessoas da família (Tabela 14). Os amigos foram reconhecidos em porcentagens semelhantes nos dois grupos, como segunda referência e “*Deus ou ninguém*” foram citados com frequência de 13% no G1 e em 6,1% no G2. Os serviços especializados da promoção social (CREAS) foram referência de apoio emocional para 26% dos responsáveis do G1 e para nenhum do G2. E, observaram-se diferenças estatisticamente significantes entre os grupos ( $p < 0,001$ ).

As crianças e adolescentes de ambos os grupos se referiram a família como primeira fonte de apoio emocional com porcentagens semelhantes, seguido pelos amigos e por último “*Deus ou ninguém*”. Já em relação aos cuidados quanto à saúde 93% do G1 e 97% do G2 se referiram novamente a família como referência. Uma pequena porcentagem, 6% no G2, relatou não poder contar com ninguém para cuidados em relação à saúde (Tabela 14).

#### *4.5. POSSIBILIDADES DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES A PARTIR DO SDQ E RELATO DOS RESPONSÁVEIS*

A análise dos resultados do SDQ na versão de auto aplicação com os sujeitos de 11 a 16 anos (SDQ C/A), mostrou no G1 uma alta prevalência, de **52%** (soma das categorias A e L) de possibilidades de problemas de saúde mental (36% categoria Anormal e 16% na categoria limítrofe) e 48% na categoria normal. Já no G2 o resultado foi de **33,3%** de possibilidades de problemas de saúde mental (21,6% na categoria anormal, 11,7% na categoria limítrofe) e 66,7% na categoria normal. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos ( $p=0,112$ ).

Por outro lado, na versão de aplicação do SDQ com os responsáveis (SDQ R), no G1, verificou-se que **64%** apresentaram possibilidades de problemas de saúde mental (41% na categoria anormal, 23% limítrofe) e 36% normal. No G2 verificou-se **37,9%** de possibilidades de problemas de saúde mental (30,3% na categoria anormal, 7,6% limítrofe) e 62,1% normal, mostrando diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,002$ ).

Os responsáveis relataram maior presença de sintomas associados ao sono, alimentação e problemas na escola em relação às crianças e aos adolescentes (Tabela 15). Os sintomas relativos aos problemas de sono foram mais frequentes no G2 (42,4%) do que no G1 (35%). Já os problemas relativos à alimentação estiveram presentes em 30% dos sujeitos do G1 e em 12,1% nos do G2 ( $p=0,007$ ). As questões relacionadas à escola também se apresentaram mais frequentes no G1, em 62%, com mais relatos de problemas de aprendizagem ou comportamento, do que no G2 em 42,4% ( $p=0,013$ ).

Tabela 15. Sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes quanto ao sono, alimentação e problemas na escola de acordo com relato dos responsáveis por grupo

Sintomas relatados	Grupo				Total		P
	G1		G2		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Tem problemas relacionados ao sono</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,335#
Sim	35	35,0	28	42,4	63	38,0	
Não	65	65,0	38	57,6	103	62,0	
<b>2. Principal problema relatado</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	0,297*
Dificuldades para dormir	6	17,1	7	25,0	13	20,6	
Insônia	4	11,4	0	0,0	4	6,3	
Agitação noturna	20	57,1	17	60,7	37	58,7	
Pavor noturno	0	0,0	1	3,6	1	1,6	
Outros	5	14,3	3	10,7	8	12,7	
<b>3. Tem problemas relacionados ao apetite</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,007#
Sim	30	30,0	8	12,1	38	22,9	
Não	70	70,0	58	87,9	128	77,1	
<b>4. Principal problema relatado</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	0,416*
Come pouco	10	33,3	2	25,0	12	31,6	
Come muito/obeso	5	16,7	4	50,0	9	23,7	
Come muito/não obeso	10	33,3	1	12,5	11	28,9	
Sintomas de Bulimia (de acordo com relato) <sup>@</sup>	2	6,7	0	0,0	2	5,3	
Sintomas de Anorexia (de acordo com relato) <sup>@</sup>	1	3,3	0	0,0	1	2,6	
Outros	2	6,7	1	12,5	3	7,9	
<b>5. Tem problemas relacionados a escola</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,013#
Sim	62	62,0	28	42,4	90	54,2	
Não	38	38,0	38	57,6	76	45,80	
<b>5. Problemas relatados a escola (cada criança/adolescente pode apresentar mais de um)</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	
Aprendizado	39	47,0	15	45,5	54	46,5	
Comportamento	35	42,2	8	24,2	43	36,9	
Relacionamento	2	2,4	2	6,0	4	3,4	
Outros	7	8,4	8	24,2	15	12,9	

p – probabilidade; #probabilidade do teste do qui-quadrado; \*probabilidade bilateral do teste exato de Fisher-Freeman-Halton, Monte Carlo; % p não calculado; @Sintomas de Bulimia e Anorexia relatados de acordo com o responsável, sem diagnóstico confirmado.

#### 4.6. PREVALÊNCIA DA RESILIÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO COM OUTROS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A Escala de Resiliência para crianças e adolescentes (RSCA) avalia o constructo a partir de cinco classificações (resiliência baixa, abaixo da média – AbM, média, acima da média - AcM e alta). Para fins de análise foram utilizadas apenas duas categorias: 1)

resiliência baixa (baixa e AbM); 2) resiliência média ou mais (média, AcM e alta) (Tabela 16).

Tabela 16. Prevalência de Resiliência – RSCA

Escala de Resiliência (RSCA)	Grupo				Total		p
	G1		G2				
	N	%	N	%	N	%	
<b>1. Escala I de Resiliência</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,750 <sup>#</sup>
Resiliência Baixa	28	28,0	17	25,8	45	27,1	
Resiliência Média ou Mais	72	72,0	49	74,2	121	72,9	
<b>2. Escala II de Resiliência</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	0,567 <sup>#</sup>
Resiliência Baixa	8	8,0	7	10,6	15	9,0	
Resiliência Média ou Mais	92	92,0	59	89,4	151	91,0	
<b>3. Escala III de Resiliência</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>0,009<sup>#</sup></b>
Resiliência Baixa	13	13,0	1	1,5	14	8,4	
Resiliência Média ou Mais	87	87,0	65	98,5	152	91,6	

p – probabilidade; <sup>#</sup>probabilidade do teste do qui-quadrado.

Verificou-se que as crianças e adolescentes de ambos os grupos apresentaram uma resiliência adequada nas três escalas do questionário. Na Escala I (sentido do controle) a prevalência de baixa resiliência no G1 foi de 28% (IC95%: 19,87 – 37,39) e no G2 25,8% (IC95%: 16,31 – 37,29) (p=0,750). Na Escala II (relacionamento) a baixa resiliência foi de 8% no G1 (IC95%: 3,78 – 14,62) e 10,6% no G2 (IC95%: 4,76 – 19,85) (p=0,567). Apenas na Escala III (reatividade emocional) observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,009), com prevalência de baixa resiliência no G1 de 13% (IC95%: 7,42 – 20,69) e no G2 de 1,5% (IC95%: 0,08 – 7,25) (Tabela 16).

Foram avaliadas possíveis associações entre a variável dependente resiliência nas categorias baixa e abaixo da média, nas três Escalas (I, II e III) e as variáveis independentes: grupo (G1 e G2), sexo, idade (4 faixas etárias) e os instrumentos SSA (nas categorias família, amigos, professores, outras pessoas da comunidade e a somatória total dessas) e RAF (nas categorias rotina das crianças/adolescentes, interação pais/responsáveis e filhos, recursos materiais e a somatória total dessas). Nas Tabelas 17, 18 e 19 são apresentados os resultados das análises univariadas a partir dessas associações e suas distribuições.

Como foram identificadas poucas diferenças entre os grupos, optou-se por realizar a análise dos fatores que pudessem interferir na construção da resiliência (RSCA) a partir dos instrumentos utilizados (SSA, RAF) em conjunto, independentemente do grupo no qual estavam inseridos.

Tabela 17. Distribuição da Resiliência (Escala I) quanto ao grupo, sexo, idade, SSA e RAF

	Resiliência Baixa+AbM		Total	P	OR	IC95%
	N	%				
<b>Grupo</b>						
<i>G1</i>	28	28,0	100	0,750	1,12	0,55 - 2,27
<i>G2</i>	17	25,8	66		1,00	
<b>Sexo</b>						
<i>Feminino</i>	23	25,8	89	0,693	0,87	0,44 - 1,73
<i>Masculino</i>	22	28,6	77		1,00	
<b>Idade</b>						
<i>9 a 10</i>	12	30,0	40		1,11	0,43 - 2,86
<i>11 a 12</i>	11	26,8	41	0,937	0,95	0,36 - 2,47
<i>13 a 14</i>	10	23,8	42		0,81	0,30 - 2,14
<i>15 a 16</i>	12	27,9	43		1,00	
<b>SSA-Família</b>						
<i>Baixa</i>	12	42,9	28	<b>0,019</b>	<b>20,25</b>	<b>2,40 - 170,68</b>
<i>Média</i>	32	29,1	110		<b>11,08</b>	<b>1,44 - 85,01</b>
<i>Alta</i>	1	3,6	28		1,00	
<b>SSA-Amigos</b>						
<i>Baixa</i>	11	55,0	20	<b>0,001</b>	<b>7,74</b>	<b>2,51 - 23,89</b>
<i>Média</i>	25	31,3	80		<b>2,88</b>	<b>1,23 - 6,72</b>
<i>Alta</i>	9	13,6	66		1,00	
<b>SSA-Professor</b>						
<i>Baixa</i>	6	37,5	16	<b>&lt;0,001</b>	<b>5,47</b>	<b>1,57 - 19,07</b>
<i>Média</i>	31	44,9	69		<b>7,44</b>	<b>3,12 - 17,78</b>
<i>Alta</i>	8	9,9	81		1,00	
<b>SSA-Outros</b>						
<i>Baixa</i>	12	57,1	21	<b>&lt;0,001</b>	<b>31,33</b>	<b>5,97 - 164,48</b>
<i>Média</i>	31	32,3	96		<b>11,21</b>	<b>2,56 - 49,15</b>
<i>Alta</i>	2	4,1	49		1,00	
<b>SSA-Total</b>						
<i>Baixa</i>	12	46,2	26	<b>0,003</b>	<b>41,14</b>	<b>4,91 - 344,52</b>
<i>Média</i>	32	35,2	91		<b>26,03</b>	<b>3,43 - 197,53</b>
<i>Alta</i>	1	2,0	49		1,00	
<b>RAF-Rotina</b>				0,603	1,01	0,99 - 1,03
<b>RAF-Interação</b>				0,931	1,00	0,98 - 1,02
<b>RAF-Recursos</b>				0,755	1,00	0,98 - 1,02
<b>RAF-Total</b>				0,745	1,00	0,98 - 1,03

p – probabilidade do teste de Wald; OR – Odds Ratio bruto; IC95% - Intervalo de confiança de 95%

Tabela 18. Distribuição da Resiliência (Escala II) quanto ao grupo, sexo, idade, SSA e RAF

	Resiliência Baixa+AbM		Total	P	OR	IC95%
	N	%				
<b>Grupo</b>						
<i>G1</i>	8	8,0	100	0,568	0,73	0,25 - 2,13
<i>G2</i>	7	10,6	66		1,00	
<b>Sexo</b>						
<i>Feminino</i>	7	7,9	89	0,573	0,74	0,25 - 2,13
<i>Masculino</i>	8	10,4	77		1,00	
<b>Idade</b>						
<i>9 a 10</i>	1	2,5	40		0,19	0,02 - 1,75
<i>11 a 12</i>	7	17,1	41	0,139	1,56	0,45 - 5,39
<i>13 a 14</i>	2	4,8	42		0,38	0,07 - 2,08
<i>15 a 16</i>	5	11,6	43		1,00	
<b>SSA-Família</b>						
<i>Baixa</i>	6	21,4	28		*	*
<i>Média</i>	9	8,2	110	0,153	*	*
<i>Alta</i>	0	0	28		1,00	
<b>SSA-Amigos</b>						
<i>Baixa</i>	9	45,0	20		<b>12,68</b>	<b>3,32 - 48,48</b>
<i>Média</i>	2	2,5	80	<b>&lt;0,001</b>	0,40	0,07 - 2,24
<i>Alta</i>	4	6,1	66		1,00	
<b>SSA-Professor</b>						
<i>Baixa</i>	6	37,5	16		<b>15,60</b>	<b>3,36 - 72,36</b>
<i>Média</i>	6	8,7	69	<b>0,001</b>	2,48	0,60 - 10,30
<i>Alta</i>	3	3,7	81		1,00	
<b>SSA-Outros</b>						
<i>Baixa</i>	7	33,3	21		<b>24,00</b>	<b>2,72 - 211,93</b>
<i>Média</i>	7	7,3	96	<b>0,001</b>	3,78	0,45 - 31,59
<i>Alta</i>	1	2,0	49		1,00	
<b>SSA-Total</b>						
<i>Baixa</i>	9	34,6	26		<b>25,41</b>	<b>2,99 - 215,72</b>
<i>Média</i>	5	5,5	91	<b>&lt;0,001</b>	2,79	0,32 - 24,59
<i>Alta</i>	1	2,0	49		1,00	
<b>RAF-Rotina</b>				0,805	1,00	0,97 - 1,04
<b>RAF-Interação</b>				0,162	0,98	0,95 - 1,01
<b>RAF-Recursos</b>				0,401	1,01	0,98 - 1,05
<b>RAF-Total</b>				0,965	1,00	0,96 - 1,01

p – probabilidade do teste de Wald; OR – Odds Ratio bruto; IC95% - Intervalo de confiança de 95%; \* – Indeterminado.

Tabela 19. Distribuição da Resiliência (Escala III) quanto ao grupo, sexo, idade, SSA e RAF

	Resiliência Baixa+AbM		Total	p	OR	IC95%
	N	%				
<b>Grupo</b>						
<i>G1</i>	13	13,0	100	<b>0,030</b>	<b>9,71</b>	<b>1,24 - 76,14</b>
<i>G2</i>	1	1,5	66			
<b>Sexo</b>						
<i>Feminino</i>	13	14,6	89	<b>0,015</b>	<b>13,00</b>	<b>1,66 - 101,86</b>
<i>Masculino</i>	1	1,3	77			
<b>Idade</b>						
<i>9 a 10</i>	3	7,5	40	0,131	0,31	0,08 - 1,23
<i>11 a 12</i>	0	0,0	41		*	*
<i>13 a 14</i>	2	4,8	42		0,19	0,04 - 0,93
<i>15 a 16</i>	9	20,9	43		1,00	
<b>SSA-Família</b>						
<i>Baixa</i>	8	28,6	28	<b>0,001</b>	<b>10,80</b>	<b>1,25 - 93,44</b>
<i>Média</i>	5	4,5	110			
<i>Alta</i>	1	3,6	28			
<b>SSA-Amigos</b>						
<i>Baixa</i>	2	10,0	20	0,676	1,72	0,29 - 10,18
<i>Média</i>	8	10,0	80			
<i>Alta</i>	4	6,1	66			
<b>SSA-Professor</b>						
<i>Baixa</i>	5	31,3	16	<b>0,008</b>	<b>8,75</b>	<b>2,03 - 37,63</b>
<i>Média</i>	5	7,2	69			
<i>Alta</i>	4	4,9	81			
<b>SSA-Outros</b>						
<i>Baixa</i>	4	19,0	21	0,148	5,53	0,93 - 32,98
<i>Média</i>	8	8,3	96			
<i>Alta</i>	2	4,1	49			
<b>SSA-Total</b>						
<i>Baixa</i>	6	23,1	26	<b>0,024</b>	<b>7,05</b>	<b>1,31 - 37,97</b>
<i>Média</i>	6	6,6	91			
<i>Alta</i>	2	4,1	49			
<b>RAF-Rotina</b>				<b>&lt;0,001</b>	<b>0,94</b>	<b>0,90 - 0,97</b>
<b>RAF-Interação</b>				<b>0,002</b>	<b>0,95</b>	<b>0,92 - 0,98</b>
<b>RAF-Recursos</b>				0,321	0,98	0,95 - 1,02
<b>RAF-Total</b>				<b>0,001</b>	<b>0,93</b>	<b>0,89 - 0,97</b>

p – probabilidade do teste de Wald; OR – Odds Ratio bruto; IC95% - Intervalo de confiança de 95%; \* – Indeterminado

Destacam-se na análise univariada (Tabela 17), que as crianças/adolescentes tiveram 20,25 vezes mais chances de baixa resiliência na Escala I do RSCA quando apresentaram baixa percepção do suporte social familiar e 11,08 vezes mais chances com

média percepção deste suporte ( $p=0,019$ ); 7,74 quando a percepção do suporte dos amigos foi baixa e 2,88 vezes mais chance quando essa percepção foi média ( $p=0,001$ ); 5,47 mais chances quando a percepção do suporte dos professores foi baixa e 7,44 vezes mais chances quando foi média ( $p<0,001$ ); de 31,33 vezes mais chances quando a percepção de outras pessoas da comunidade foi baixa e de 11,21 vezes mais chances quando a percepção foi média ( $p<0,001$ ). Em relação à percepção de suporte social total, o risco de baixa resiliência na Escala I foi de 41,14 vezes mais chances e de 26,03 vezes mais chances quando a percepção foi média ( $p=0,003$ ).

Na Escala II do RSCA (Tabela 18) destacam-se que o risco de baixa resiliência nessa escala foi de 12,68 vezes mais chances quando a percepção do suporte dos amigos foi baixa ( $p<0,001$ ); de 15,60 mais chances quando a percepção do suporte dos professores foi baixa ( $p=0,001$ ); de 24,00 vezes mais chances quando a percepção de outras pessoas da comunidade foi baixa e, quando a percepção de suporte social total foi baixa, o risco de baixa resiliência na Escala II foi de 25,41 vezes mais chances ( $p=0,001$ ).

Na Escala III do RSCA (Tabela 19) na análise univariada destacam-se que o risco de baixa resiliência nessa escala foi de 9,71 vezes mais chances no G1 do que no G2 ( $p=0,030$ ), e de 13 vezes mais chances no sexo feminino do que no masculino ( $p=0,015$ ).

O risco de baixa resiliência na Escala III do RSCA foi de 10,80 vezes mais chances quando a percepção do suporte social familiar foi baixa ( $p=0,001$ ); de 8,75 vezes mais chances quando a percepção de suporte social do professor foi baixa ( $p=0,008$ ); e de 7,05 vezes mais chances quando a percepção de suporte social total foi baixa ( $p=0,024$ ). Em relação ao questionário Recursos no Ambiente Familiar (RAF), houve associação entre o risco de baixa resiliência na Escala III e a somatória dos recursos, RAF Total ( $p=0,001$ ), com a ausência de rotina na vida diária das crianças e adolescentes e com ausência de interação com os pais ( $p=0,002$ ).

A partir dos resultados encontrados nas tabelas 17, 18 e 19 realizou-se a análise multivariada, objetivando verificar quais resultados finais se mantinham quanto às possíveis associações do Questionário de resiliência (RSCA) nas três escalas e as variáveis independentes (todas apresentadas nas três tabelas anteriores). Na Tabela 20 são apresentados os resultados desta análise.

Tabela 20. Modelo multivariado final da Resiliência nas três Escalas

Questionário de Resiliência	Variável Independente	p	OR ajustado	IC95%
Escala I	SSA-Professor	<b>0,010</b>	<b>2,84</b>	0,74 - 10,85
	<i>Baixa</i>		<b>4,19</b>	<b>1,66 - 10,57</b>
	<i>Média</i>		1,00	
Escala I	SSA-Outros	<b>0,012</b>	<b>14,08</b>	<b>2,47 - 80,36</b>
	<i>Baixa</i>		<b>6,81</b>	<b>1,49 - 31,18</b>
	<i>Média</i>		1,00	
Escala II	SSA-Amigos	<b>&lt;0,001</b>	<b>12,68</b>	<b>3,32 - 8,48</b>
	<i>Baixa</i>		0,40	0,07 - 2,24
	<i>Média</i>		1,00	
Escala III	Sexo	<b>0,021</b>	<b>15,49</b>	<b>1,50 - 160,10</b>
	<i>Feminino</i>		1,00	
	<i>Masculino</i>			
Escala III	SSA-Professor	<b>0,019</b>	<b>37,16</b>	<b>2,89 - 478,43</b>
	<i>Baixa</i>		1,88	0,36 - 9,69
	<i>Média</i>		1,00	
Escala III	RAF-Rotina	<b>0,005</b>	<b>0,94</b>	<b>0,90 - 0,98</b>

p – probabilidade do teste de Wald; OR – Odds Ratio ajustado; IC95% - Intervalo de confiança de 95%.

De acordo com a Escala I, as crianças e adolescentes apresentaram 2,84 vezes mais chance de baixa resiliência quando tinham baixa percepção do suporte social do professor (SSA – Professor) ( $p=0,010$ ) e, 4,19 vezes mais chances quando a percepção desse suporte foi média. Já em relação à percepção do suporte social por outras pessoas da comunidade (SSA – Outros) o risco de baixa resiliência nessa escala, foi de 14,08 vezes mais chances quando esta era baixa ( $p=0,012$ ) e de 6,81 vezes mais chances quando esta percepção foi média, todos os riscos comparados ao grupo que teve alta percepção destes suportes sociais.

Na Escala II, as crianças e adolescentes apresentaram 12,68 vezes mais chances de baixa resiliência quando apresentaram baixa percepção do suporte social em relação aos amigos (SSA – Amigos) ( $p<0,001$ ), comparado ao grupo que teve alta percepção deste suporte.

Na Escala III, as crianças e adolescentes tiveram 37,16 vezes mais chances de baixa resiliência quando apresentaram baixa percepção do suporte social do professor (SSA – Professor) ( $p=0,019$ ) comparado ao grupo que teve alta percepção.

Ainda em relação à Escala III, as crianças e adolescentes do sexo feminino apresentaram 15,49 vezes mais chances de terem baixa resiliência comparando ao sexo masculino ( $p=0,021$ ).

E, em relação ao instrumento RAF, que avalia os recursos presentes no ambiente familiar, as crianças e adolescentes com rotinas e regras definidas em sua vida cotidiana a partir da avaliação do RAF – Rotina, apresentaram menor risco de baixa resiliência na Escala III ( $p=0,005$ ).

Nas Tabelas 21 e 22 são apresentadas as possíveis associações entre o Questionário de Resiliência nas escalas I, II e III e o instrumento SDQ nas duas versões: de autoaplicação, com as crianças e adolescentes (SDQ – C/A) e a versão com os responsáveis (SDQ – R), os resultados do SDQ foram divididos em dois grupos: 1. Sintomas de resultado anormal e 2. Sintomas Normais (somatória das categorias Normal e Limítrofe).

Dentre esses resultados destacam-se apenas que, os sujeitos com baixa resiliência na Escala I do questionário RSCA apresentaram 4,9 vezes mais chance de terem problemas de saúde mental na categoria A do SDQ C/A do que os que tiveram sintomas L e N (IC95%: 1,66-14,44) ( $p=0,008$ ) (Tabela 21).

Tabela 21. *Odds Ratio* Bruto de SDQ - C/A em relação à Resiliência nas três Escalas.

	SDQ-C/A				Total	p	OR	IC95%
	Anormal		Limítrofe+Normal					
	N	%	N	%				
<b>Escala de Resiliência I</b>								
<i>Baixa</i>	10	58,8	7	41,2	17	<b>0,008</b>	<b>4,90</b>	<b>1,66 - 14,44</b>
<i>AbM</i>	7	43,8	9	56,3	16		2,67	0,89 - 8,02
<i>Demais</i>	21	22,6	72	77,4	93		1,00	
<b>Escala de Resiliência II</b>								
<i>Baixa</i>	4	57,1	3	42,9	7	0,220	3,48	0,74 - 16,47
<i>AbM</i>	3	42,9	4	57,1	7		1,96	0,41 - 9,26
<i>Demais</i>	31	27,7	81	72,3	112		1,00	
<b>Escala de Resiliência III</b>								
<i>Baixa</i>	9	100,0	0	0,0	9	0,731	***	***
<i>AbM</i>	1	50,0	1	50,0	2		3,11	0,19 - 51,32
<i>Demais</i>	28	24,3	87	75,7	115		1,00	

p – probabilidade do teste de Wald; OR – *Odds Ratio* bruto; IC95% - Intervalo de confiança de 95%Tabela 22. *Odds Ratio* Bruto de SDQ – R em relação à Resiliência nas três Escalas

	SDQ-R				Total	p	OR	IC95%
	Anormal		Limítrofe+Normal					
	N	%	N	%				
<b>Resiliência I</b>								
<i>Baixa</i>	7	31,8	15	68,2	22	0,256	0,88	0,33 - 2,32
<i>AbM</i>	12	52,2	11	47,8	23		2,05	0,83 - 5,05
<i>Demais</i>	42	34,7	79	65,3	121		1,00	
<b>Resiliência II</b>								
<i>Baixa</i>	2	25,0	6	75,0	8	0,438	0,58	0,11 - 2,98
<i>AbM</i>	4	57,1	3	42,9	7		2,33	0,50 - 10,78
<i>Demais</i>	55	36,4	96	63,6	151		1,00	
<b>Resiliência III</b>								
<i>Baixa</i>	7	63,6	4	36,4	11	0,205	3,18	0,89 - 11,34
<i>AbM</i>	0	0,0	3	100,0	3		***	***
<i>Demais</i>	54	35,5	98	64,5	152		1,00	

p – probabilidade do teste de Wald; OR – *Odds Ratio* bruto; IC95% - Intervalo de confiança de 95%

#### 4.7. RELATOS DE CASOS DE VIOLÊNCIA

Os resumos das histórias de vida de 15 famílias selecionadas a partir da gravidade das situações de violência vivenciadas, a intensidade das mesmas, outros fatores adversos considerados agravantes e, as consequências em relação aos problemas de saúde mental são abaixo relatados. Os casos foram divididos em três grupos: 1) Maior Gravidade; 2) Gravidade Intermediária e 3) Menor gravidade, sendo 5 casos por grupo (um de cada uma das 5 regiões do município). Nomes fictícios para as pessoas e instituições de referência foram utilizados. Um quadro sinóptico com o resultado dos instrumentos aplicados encontra-se após os relatos dos casos (Quadro1).

##### 4.7.1 GRUPO 1: MAIOR GRAVIDADE

###### **Caso 1 (Região Norte):**

A família é composta por 6 pessoas, a genitora Ana e cinco crianças e adolescentes Ayla (16 anos), Bia (11 anos) e mais três crianças, um menino de 8 anos, uma menina de 4 anos e o bebê da adolescente Ayla, de 3 meses aproximadamente. Participaram da pesquisa apenas as duas filhas mais velhas. A genitora trabalha o dia todo, mantém a família sozinha através do seu trabalho e cursa faculdade à noite.

O genitor dos três mais velhos, morreu assassinado há 6 anos (traficante de drogas). A genitora fez uso de substâncias psicoativas (SPA), álcool (dependência) e também se envolveu com a criminalidade. Está abstinente há aproximadamente 6 anos, após a morte de seu marido.

Ayla sofreu todas as formas de violência. Os genitores cometeram abusos físicos, psicológicos e negligência de cuidados. A adolescente também sofreu abuso sexual por um parente próximo (padrinho). A relação da adolescente com a genitora é difícil, possivelmente em função da forma negligente com que a mãe cuidou dos filhos. Ayla foi mãe na adolescência e seu bebê estava com aproximadamente dois meses, quando foi realizada a entrevista.

Bia, também foi vítima de violência física, psicológica e negligência de cuidados. Como ela tinha aproximadamente 5 anos quando o pai faleceu e a mãe interrompeu o uso de SPA, conviveu durante mais tempo com a genitora em melhores condições.

Quanto à avaliação a partir dos instrumentos utilizados Ayla apresentou sintomas graves de saúde mental e baixa capacidade na subcategoria Pró social. No questionário de resiliência, apresentou resiliência baixa nas três escalas e no SSA, a percepção do suporte

social geral e em relação à família também foi baixa, já em relação aos amigos, professores e outros foi média.

Bia apresentou sintomas leves (N) em ambas avaliações e capacidade pró social adequada no SDQ. Nas três escalas de resiliência apresentou alta capacidade e média percepção de suporte social geral, da família, dos amigos e outros e, alta percepção do suporte social do professor.

Referências e possíveis suportes sociais:

Ayla relatou no diagrama de escolta que: *“as pessoas com quem mais conto são...o meu namorado, que é pai do Alex...”* e *“...minha mãe, em alguns momentos...”*. Apesar de ter apenas 16 anos, Ayla disse que cuida dos seus irmãos e também da mãe. Quando questionada sobre quem cuidava dela, a adolescente disse: *“eu mesma cuido de mim.... e às vezes minha avó”*.

A adolescente compareceu para a entrevista sozinha com seu bebê de três meses, demonstrando que o espaço de acolhimento oferecido pelo serviço especializado é um local importante para ela. Relatou estar feliz com o nascimento do seu filho, amamentou-o durante o encontro e foi muito afetiva com o bebê. Ao falar sobre sua experiência em cuidar de crianças disse: *“eu cuido dos meus irmãos e agora do Alex também.....”*.

Bia relatou no diagrama de escolta que é cuidada pela irmã mais velha e também pela mãe, *“eu conto segredos para Ayla”* e que ajuda Ayla cuidar da mãe em alguns momentos.

A genitora relatou que suas referências de *“suporte emocional”* são as profissionais do Serviço Especializado CRIAR. Quando precisa de auxílio material recorre a sua avó, sua figura de referência. Com a mãe (avó das crianças), Ana demonstrou ter uma relação conflituosa. A mãe de Ana foi quem efetuou a denúncia de negligência de cuidados dela em relação às crianças, pelo uso problemático de SPA. Apesar do relato das crianças e adolescentes ser diferente, Ana disse: *“Eu sou a referência para meus filhos....”*.

### **Caso 2 (Região Sul):**

Adam de 16 anos, sofreu violência física, psicológica, negligência de cuidados e abandono do genitor. Ele mora apenas com a mãe, Ceci, que é usuária de álcool e SPA. A genitora está abstinente há aproximadamente 2 anos, entretanto, durante a vida oscilou entre momentos sem uso da droga e recaídas.

Adam conheceu o pai com 14 anos e, *”por acaso, nos encontramos na rua e minha mãe me mostrou quem ele era...”*. O pai dele tem envolvimento com a criminalidade e estava recluso (assalto). A genitora tem mais três filhos, de pais diferentes e que não moram mais com ela, Caio de 25 anos, Cauã de 23 anos (usuário de SPA, crack) e, Chloe de 21 anos, que mora com o companheiro e dois filhos (um de 4 anos e um de 8 meses). Ela foi mãe aos 17 anos.

O adolescente está fora da escola, fica o dia todo em casa, relatando: *“eu fico dormindo”*. Demonstrou ausência de perspectivas de vida e planos para o futuro. Levantou-se a hipótese diagnóstica de sintomas depressivos.

Adam apresentou sintomas graves de saúde mental (A) e capacidade adequada na subcategoria Pró social do SDQ. A resiliência foi alta nas três escalas e no SSA a percepção do suporte social geral, em relação à família e outras pessoas da comunidade foi média e, alta em relação aos amigos e professores.

Referências e possíveis suportes sociais:

Segundo a visão da genitora, o adolescente *“...não tem ninguém para contar e dorme o dia todo...”*. Quando foi questionada sobre quem seria a figura de referência de Adam, Ceci disse com insegurança *“...acho que sou eu”*.

No diagrama de escolta Adam se referiu a irmã, Chloe, como sua principal referência de apoio emocional e em alguns momentos à mãe, principalmente sobre questões de saúde e *“quando estou doente”*. O adolescente demonstrou ser muito retraído, não fala muito e fica muito isolado. Quando está triste ou nervoso, disse: *“converso comigo mesmo....”*.

Ceci relatou que *“a Igreja”* é sua referência de suporte emocional. Quando necessita de auxílio ela disse: *“peço para meu filho Caio... ou peço nas casas....”*. Sendo este filho sua figura de referência de suporte.

### **Caso 3 (Região Leste):**

A família é composta por 4 pessoas, a genitora, Cora, seu atual companheiro (não é o pai de seus filhos), o filho Luma, 34 anos, travesti e soropositivo e Daniela de 15 anos. O filho faz uso de SPA, maconha e, a adolescente não tem contato com o pai.

No primeiro relacionamento Cora ficou casada por 20 anos e teve 4 filhos. Depois de separada, envolveu-se com o pai de Daniela, com quem ficou amasiada por 11 anos e teve três filhos. Separou-se há aproximadamente 5 anos e atualmente vive com seu terceiro

companheiro. Cora perdeu dois filhos, um morreu assassinado há 6 anos e, o outro, em um acidente de moto há 4 anos: *“mas antes ficou por dois anos em estado vegetativo”*. Os outros três filhos de Cora são casados e não moram com ela.

Daniela sofreu violência psicológica e negligência de cuidados e presenciou várias brigas entre os genitores, que se separaram há aproximadamente 5 anos. O genitor agredia a genitora fisicamente e, segundo Cora *“tentou matá-la por duas vezes.... ele é psicopata”*. Ele se envolveu com o crime e já foi preso várias vezes por roubo e atualmente está recluso. Daniela tem muitos problemas de aprendizado, repetiu quatro anos, ficou fora da escola por um período e, atualmente está cursando supletivo.

A adolescente apresentou sintomas graves de saúde mental (A) e capacidade adequada na subcategoria Pró social do SDQ. Quanto à resiliência apresentou capacidade acima da média na 1ª escala, capacidade alta na 2ª escala e baixa capacidade na 3ª. Escala. A percepção do suporte social geral, em relação à família e outras pessoas da comunidade foi média e alta em relação aos amigos e baixa em relação aos professores.

Referências e possíveis suportes sociais:

A referência de suporte emocional para a Cora são as *“profissionais do CRIAR ou Deus”* e ela não pede ajuda material a ninguém. A figura de referência para a genitora é: *“minha filha, Luma que mora com ela”*.

No diagrama de escolta, Daniela elencou os amigos como principais figuras de apoio emocional *“conto coisas importantes, segredos ou converso quando estou triste com o João ou com a Laura, eles eram amigos da escola e moram perto da minha casa....”*. A mãe foi apontada para Daniela como sua principal figura de referência, ela lhe oferece cuidados, apoio quando está nervosa ou precisa ser tranquilizada.

Daniela também elencou o pai como uma figura de referência no diagrama de escolta, entretanto ela disse: *“não tenho contato com ele desde os dez anos”*.

#### **Caso 4 (Região Noroeste):**

A família é composta por 6 pessoas, a genitora, Dora, seu companheiro e, 4 crianças e adolescentes, Duda de 15 anos, Davi de 13 anos, Elis de 9 anos e Eloá de 2 anos. Apenas a mais nova é filha do atual companheiro.

Duda sofreu violência psicológica e negligência de cuidados. A genitora ficou grávida dela aos 19 anos e o pai não assumiu a responsabilidade pela criança. A genitora sempre foi negligente. Em decorrência disso, perdeu a guarda da filha, que foi abrigada

(acolhimento institucional), por dois anos. Depois disso, a avó materna assumiu a guarda da neta.

A adolescente repetiu algumas séries e abandonou a escola. Duda encontra-se em situação de risco, alterna entre morar na casa da mãe, da avó e na rua. Ela faz uso de SPA e já passou por situação de exploração sexual, de acordo com relato da avó: *“Duda já se prostituiu na rua...e... também realizou um assalto com arma e outros pequenos roubos também no centro da cidade.....”*. Por conta desses roubos e assalto ela ficou na Fundação Casa por alguns meses e cumpre medida socioeducativa.

Os irmãos, Davi e Elis também participaram da pesquisa. Eles sofreram negligência de cuidados e violência psicológica. Davi foi abandonado pelo pai e não tem contato algum com ele. Entretanto, o padrasto assumiu a função paterna e o registrou em seu nome. A mais nova Elis tem contato com o pai. Segundo a genitora, Elis não tem dificuldades na escola, mas Davi *“briga muito na escola e também é muito preguiçoso”*.

Durante a entrevista a genitora não sabia relatar algumas informações sobre seus filhos e demonstrou pouca preocupação com a situação de Duda justificando: *“minha mãe não deixa eu me meter em nada que a Duda faz .....nunca fala onde vai ou onde ficou.....some por vários dias e não fala nada....”*. A genitora apresentou características negligentes e pouco afetiva e, não realizou nenhuma ação de proteção quanto à situação de risco que a adolescente vivencia.

Duda apresentou sintomas graves de saúde mental (A) e capacidade adequada na subcategoria Pró social do SDQ. A resiliência foi baixa nas 1ª e 3ª escalas e média na 2ª escala. A percepção do suporte social geral e em todas as subescalas (família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade) foi baixa.

Davi não apresentou sintomas (N) na versão de autoavaliação do SDQ, na versão aplicada aos responsáveis os sintomas foram graves (A) e, na subcategoria Pró social a capacidade foi adequada. A resiliência alta nas 1ª e 2ª escalas e acima da média na 3ª escala. A percepção do suporte social geral, em relação à família, professores e outras pessoas da comunidade foi média e alta em relação aos amigos.

Elis apresentou sintomas intermediários (L) e na subcategoria Pró social capacidade adequada do SDQ. A resiliência foi alta nas 1ª e 2ª escalas e, na 3ª escala, acima da média. A percepção do suporte social geral e em relação à família foi baixa e média quanto aos amigos, professores e outras pessoas da comunidade.

Referências e possíveis suportes sociais:

A genitora relatou que, quando precisa de recursos materiais e suporte emocional se apoia nos seus irmãos. Quanto aos filhos, ela relatou que a filha Elis se apoia no padrasto e “*o chama de pai*”. Já Davi se apoia na genitora.

A avó materna (responsável legal por Duda) relatou que não conta com o apoio externo, que ela e o marido “*se viram os dois*”. Relatou contar com o apoio emocional da filha Dora (mãe das crianças/adolescente) ou com as profissionais Serviço Especializado do CRIAR. A adolescente, Duda, segundo a avó materna, se apoia nela (avó).

No diagrama de escolta, Duda apontou a psicóloga do serviço especializado como primeira pessoa de referência para ela. Mas, apesar de ter uma relação conflituosa com a genitora, a adolescente relatou contar com as pessoas da família para suporte social, “*minha mãe, o Davi e minha vó*”.

Durante a entrevista, observou-se uma dificuldade da jovem quanto à capacidade de formar vínculos, ela demonstrou uma miséria afetiva e a busca desesperada por encontrar alguma forma de afeto em algum lugar, mesmo sendo esse lugar o espaço da rua.

Davi apontou as pessoas da família como figuras de referências, sendo a mãe a principal pessoa citada. Também relatou contar com o suporte da professora da escola.

Para Elis as amigas foram consideradas referências de apoio quando está triste ou para confidenciar coisas importantes sobre sua vida. A família foi apontada apenas como referência para os cuidados em relação à saúde.

### **Caso 5 (Região Sudoeste):**

A família é composta por 5 pessoas, os tios (guardiões), Ema, de 34 anos e Edu de 43 anos. O casal tem dois filhos, um mais velho, 23 anos, que não mora mais com os pais e Enzo de 17 anos, que tem uma deficiência intelectual moderada. Ele mora em uma casa no mesmo quintal. Além dele, o casal cuida de duas sobrinhas adolescentes, que participaram da pesquisa Eva, de 15 anos e Iara de 13 anos. Elas são filhas do irmão de Ema. A família mora em um bairro onde é comum a prostituição.

A genitora das garotas morreu quando Iara nasceu. O pai se amasiou com outra mulher e ambos passaram a cuidar delas. O genitor e a madrasta faziam uso de SPA e foram denunciados no Conselho Tutelar por violência física, psicológica e negligência em relação às crianças. A avó materna, que morava no mesmo quintal também agredia as duas fisicamente e a madrasta já havia se prostituído em decorrência do uso de drogas. Quando o pai perdeu a

guarda das crianças, o casal de tios assumiu os cuidados das sobrinhas, que ainda eram muito pequenas.

Ema relatou que *“tem uma vida muito diferente do resto da família”*, pois tem três irmãos e um filho que fazem uso de SPA. Ela se afastou da família há quatro anos, quando sua mãe morreu. Eva e Iara têm quatro irmãos mais velhos, que se encontram em situação de acolhimento institucional (abrigo).

A tia das adolescentes apresenta sintomas depressivos e síndrome do pânico, fazendo acompanhamento no Centro de Saúde. Ela relatou ter muitos conflitos com seu marido, sem agressão física: *“a gente briga muito... e eu não confio mais nele, pois ele me traiu com outra mulher...”*.

Ema apresenta muitos problemas emocionais e passou por situações traumáticas ao longo da vida, demonstrando dificuldades emocionais para acolher suas sobrinhas, pois consegue oferecer cuidado adequado em relação à alimentação, moradia e cuidados básicos, entretanto não tem um bom vínculo de confiança e afeto com as adolescentes.

Eva apresentou sintomas emocionais graves (A) e capacidade adequada na subcategoria Pró social do SDQ. A resiliência foi alta nas três escalas. A percepção do suporte social geral, em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi alta.

Iara não apresentou sintomas (N) na versão de autoavaliação do SDQ e na versão com os responsáveis os sintomas foram graves (A), na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada. A resiliência foi alta nas três escalas e a percepção do suporte social geral, em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi alta.

Referências e possíveis suportes sociais:

Para a responsável a referência de suporte emocional foram as profissionais do Centro de Saúde. Quanto ao auxílio material disse: *“não peço ajuda para ninguém... tento dar um jeito...”*. Sua figura de referência é seu filho de 17 anos, que mora com ela e tem deficiência intelectual. Ema demonstrou sentir-se muito sozinha, já que não tem contato com sua família e após ser traída pelo marido, também não conta mais com ele.

A tia relatou que as adolescentes: *“servem uma de referência para a outra, pois se ajudam muito.... E também o tio é referência para Iara, pois ela sempre vai conversar com ele e contar as coisas”* se referindo ao marido como alguém que oferece suporte as sobrinhas.

No diagrama de escolta Ema apontou o tio e algumas amigas como referência de suporte emocional. Em relação aos cuidados ela conta com a tia. Além dessas pessoas, várias

profissionais que acompanham a família também foram citadas, do núcleo socioeducativo que frequenta e do serviço especializado vinculado ao CREAS.

Para Iara as referências de suporte emocional são os profissionais dos serviços que acompanham (CREAS e núcleo socioeducativo). A família e a tia foram citadas como referência para os cuidados.

Durante a entrevista as adolescentes demonstraram necessidade de acolhimento e fragilidade emocional. A adolescente Iara incluiu a entrevistadora no diagrama de escolta como uma pessoa importante em sua vida (colocou alguém que estava conhecendo naquele momento). Isso pode ser um indicativo de abandono afetivo, pois ela precisa ser aceita e amada e, por isso, precisa agradar de qualquer forma.

#### 4.7.2 GRUPO 2: GRAVIDADE INTERMEDIÁRIA

##### **Caso 6 (Região Norte):**

A família é composta por 7 pessoas, Inês (responsável), duas filhas, Iris de 16 anos e Lais de 11 anos e, três sobrinhas, que estão sob sua responsabilidade, Lana, de 14 anos, Malú de 12 anos e Ivy de 9 anos. Inês também tem uma filha de 20 anos que não mora mais com ela. Há aproximadamente 7 anos, a irmã de Inês faleceu em decorrência de anemia falciforme. Então, ela assumiu a guarda das sobrinhas. O pai de Lana e Malú é dependente de bebida alcoólica. Todas as garotas mantêm contato com os seus respectivos genitores, entretanto eles não assumem os seus cuidados.

Após dois meses da morte da irmã, o marido de Inês também faleceu asfixiado com a comida, por estar alcoolizado. O casal tinha muitos conflitos, inclusive com agressões físicas. Já haviam se separado por duas vezes.

Inês foi denunciada ao conselho tutelar por negligência em relação às crianças e adolescentes. Ela tentou justificar a situação dizendo: *“eu saia para trabalhar e deixava a minha cunhada cuidando delas, mas me denunciaram falando que eu saia pra balada e deixava elas sozinhas...”*. Inês relatou cuidar adequadamente das filhas e sobrinhas, mas demonstrou algumas atitudes negligentes.

As entrevistas das crianças e adolescentes foram realizadas na casa da família. Quando as entrevistadoras chegaram, por volta das 10:00 da manhã, as garotas ainda estavam dormindo e a responsável não estava em casa, pois havia saído para o trabalho. Durante os relatos, elas demonstraram não ter uma rotina diária estabelecida. Neste dia, duas delas

havia faltado a escola, sem nenhum motivo aparente, justificando que tinham “*perdido a hora .....*”.

Iris e Lana, as duas mais velhas, se queixaram de sofrerem agressões verbais na escola por parte dos professores: “*eles falam palavrões e mandam calar a boca...*”.

Lana, segundo a tia, apresentou sintomas de insônia após a morte da mãe e, tem problemas na escola, principalmente de comportamento, “*ela é muito briguenta...*”. Já Malú, apresenta sintomas relacionadas a alimentação e, “*é a mais gordinha...*”. Ivy, a mais nova, possui problemas de agitação noturna, “*bate a cabeça na parede dormindo e .... tem comido muito e, está engordando*”.

Iris não apresentou sintomas emocionais (N) e capacidade adequada na subcategoria Pró social do SDQ. A resiliência foi alta nas três escalas. A percepção do suporte social geral, em relação à família, professores e outras pessoas da comunidade foi média. E alta em relação aos amigos.

Lais apresentou sintomas intermediários (L) na versão de autoavaliação, nenhum sintoma na versão aplicada com a responsável (N) e capacidade adequada na subcategoria Pró social do SDQ. A resiliência foi média na 1ª escala e alta nas 2ª e 3ª escalas. A percepção do suporte social geral, em relação aos amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi média e, em relação à família foi baixa.

Lana apresentou sintomas graves (A) na versão de autoavaliação, nenhum sintoma na versão aplicada com a responsável (N) e capacidade adequada na subcategoria Pró social do SDQ. A resiliência foi média 1ª escala, alta na 2ª escala e baixa na 3ª escala. A percepção do suporte social geral, em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi média.

Malú apresentou sintomas graves (A) na versão de autoavaliação, sintomas intermediários (L) na versão aplicada com a responsável e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi média nas 1ª e 3ª escalas e alta na 2ª escala. A percepção do suporte social geral, em relação à família e aos amigos foi baixa e, com relação aos professores e outras pessoas da comunidade foi média.

Ivy não apresentou sintomas emocionais (N) e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta nas três escalas. A percepção do suporte social geral, quanto à família, amigos, professores e média em relação à outras pessoas da comunidade foi alta.

Referências e possíveis suportes sociais:

A referência de suporte emocional para a responsável é uma prima, que também a auxilia com recursos materiais quando necessário. Ela acredita ser a referência de suporte social, tanto para as filhas, quanto para as sobrinhas.

No diagrama de escolta, a filha mais velha Iris, se referiu principalmente aos amigos como referências de suporte social e também a irmã de 20 anos, “*ela não mora com a gente, mas mora perto e a gente se vê todos os dias*”. Estas são as pessoas com quem ela pode contar quando necessita de apoio emocional. A genitora apareceu como suporte de cuidados em situação de doença e também para tranquilizá-la e acolhê-la em momentos de incerteza.

Para Lais, de 11 anos, verificou-se a partir do diagrama de escolta que a mãe é sua referência de suporte para todas as situações, tanto para contar coisas importantes de sua vida, acolhê-la, acalmá-la, quanto para os cuidados físicos.

Para a sobrinha mais velha Lana, de 14 anos verificou-se no diagrama de escolta, que ela conta principalmente com uma moça chamada Vitória, de 20 anos. Esta é filha da madrinha de sua falecida mãe. Lana demonstrou durante a entrevista sentir muito a ausência da genitora. Desde que ela morreu, a adolescente se apoiou nessa família (madrinha da genitora e sua filha), pois elas acolheram-na emocionalmente após a perda que ela vivenciou. A adolescente relatou: “*A Ester, madrinha da minha mãe é como uma mãe pra mim.... e a Vitória é filha da Ester sabe.... elas moram juntas e eu vejo elas todo final de semana, eu fico na casa delas.... eu conto meus segredos pra Vitória e também converso com ela quando estou chateada.....às vezes também converso com minha prima Iris, que mora na aqui*”. Lana demonstrou idealizar a figura do genitor, relatando que o mesmo cuida dela quando ela está doente. Entretanto, quando a entrevistadora questionou sobre a frequência de contato com o pai, ela respondeu: “*eu não moro com ele e quase não vejo ele....*”.

A sobrinha Malú de 12 anos demonstrou, a partir do diagrama de escolta, ter como referência de suporte social e emocional a irmã mais velha Lana e várias amigas da escola. A tia Inês foi citada como referência de cuidados físicos e quando ela está doente.

Para Ivy, de 9 anos, a principal referência de suporte é uma prima de sua mãe, que tem de 34 anos, o companheiro dela e seus dois filhos. A criança tem um ótimo vínculo com essa família. Ela tem morado grande parte da semana na casa deles e estes demonstraram desejo em assumir a guarda e a responsabilidade por seus cuidados, de acordo com a guardiã.

**Caso 7 (Região Sul):**

A família é composta por 6 pessoas, a genitora, Lia e 5 filhos, Isa, de 14 anos, Raul, de 13 anos, Jade, de 12 anos, Lia, de 4 anos e Téo de 2 anos. Participaram da pesquisa os três filhos mais velhos. A genitora casou-se duas vezes. No primeiro casamento ela teve três filhos e no segundo os dois mais novos.

O seu primeiro marido assassinou uma pessoa em uma briga e, por isso a família precisou fugir, mudando de cidade. Em 2008 ele faleceu em decorrência do alcoolismo e por ter contraído Leptospirose. O casal se agredia fisicamente e verbalmente, mas apesar desses conflitos, a genitora o descreve como *“um excelente pai....só estragava por causa da bebida”*. Após um tempo, a genitora casou novamente. O segundo marido abusou sexualmente das filhas mais velhas, Isa e Jade e as ameaçava, cometendo violência psicológica. A filha mais nova relatou sobre a situação de violência sexual para a genitora, que se separou do marido.

Segundo a genitora, a filha mais velha Isa *“não contou o que aconteceu, pois é toda fechada”*. O que a genitora descobriu em função dos relatos da filha Jade é que, seu ex companheiro e padrasto das meninas, ameaçava Isa e, caso ela contasse, dizia que *“iria matar todo mundo”*. Lia demonstrou muita preocupação com as questões emocionais da filha por *“ser muito calada”* e não contar sobre o que ocorreu e o sente.

A filha mais nova, Jade, segundo a mãe, *“dorme bem”*, mas na época em que estava sofrendo o abuso sexual, *“levantava a noite e falava dormindo, mexia no armário, era sonâmbula”*.

Raul, de 13 anos também foi incluído na pesquisa, pois foi vítima de violência psicológica. Ele presenciava as brigas dos pais e, o pai, em função do alcoolismo ficava muito alterado. O padrasto também ameaçava todos eles. Raul tem problemas de comportamento na escola e esconde os recados enviados para sua mãe. Raul e Jade, de acordo com o relato de Lia sentiram muito ciúmes com o nascimento dos irmãos mais novos.

A família passa atualmente por condições financeiras de extrema vulnerabilidade. Após a separação, a genitora cuida dos filhos sozinha e não recebe pensão alimentícia. A família vive atualmente com menos de um salário mínimo. Entretanto, Lia demonstrou otimismo diante da situação, dizendo: *“estamos passando momentos difíceis, mas está dando para levar...”*.

Isa não apresentou sintomas na versão de autoavaliação (N), sintomas intermediários (L) na versão aplicada com a responsável e, na subcategoria Pró social a

capacidade foi adequada no SDQ. A resiliência foi média na 1ª escala e, nas 2ª e 3ª escalas alta. A percepção do suporte social geral, em relação aos professores e outras pessoas da comunidade foi alta e média quanto à família e os amigos.

Raul não apresentou sintomas na versão de autoavaliação (N), sintomas intermediários (L) na versão aplicada com a responsável e, na subcategoria Pró social a capacidade foi adequada no SDQ. A resiliência foi abaixo da média na 1ª escala e alta nas 2ª e 3ª escalas. A percepção do suporte social geral e relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi alta.

Jade apresentou sintomas intermediários na versão de autoavaliação (L), sintomas graves (A) na versão aplicada com a responsável e na subcategoria Pró social a capacidade foi adequada no SDQ. A resiliência foi média na 1ª escala, alta na 2ª e acima da média na 3ª. A percepção do suporte social geral e outras pessoas da comunidade foi média, em relação à família foi baixa e, com relação aos amigos e professores foi alta.

#### Referências e possíveis suportes sociais:

A genitora relatou que suas referências de suporte emocional e social são seus familiares e amigos: *“meu irmão, minha cunhada e minha comadre, que é uma amiga”*. Além deles, o Serviço Especializado do CRIAR também funcionou como um importante apoio, principalmente em relação à situação de violência que sua família passou.

Isa relatou no diagrama de escolta que sua família é sua referência de suporte emocional e social. A mãe e um casal de tios (irmão da genitora e sua esposa), são as principais pessoas com quem ela a conta. Além deles, a adolescente também disse contar com a família paterna, enumerando na entrevista, todos seus irmãos por parte de pai. Antes de se casar com a genitora, o genitor teve mais filhos de um primeiro casamento. Segundo ela *“ele teve uns 30 filhos...”*. Observa-se que, Isa não tem contato com os familiares por parte do genitor, após a morte do mesmo. Entretanto, ela os considera como uma possível fonte de apoio e proteção.

Raul apontou no diagrama de escolta que sua principal referência de apoio e suporte é a genitora. Além dela, ele relatou ter uma grande rede de amigos, incluindo a sua namorada, com quem pode contar em momentos difíceis.

Jade relatou no diagrama de escolta que tem como principais referências de suporte emocional sua madrinha (amiga de sua mãe), a mãe e uma amiga da escola. Entretanto, quando questionada sobre quem cuidava dela, Jade disse: *“ninguém cuida quando fico doente...”*, demonstrando sentir-se de desprotegida.

**Caso 8 (Região Leste):**

A família é composta por 6 pessoas, o genitor, Tom de 39 anos, a genitora Lina de 38 anos e 4 filhos, Otto de 16 anos, Lisa de 14 anos, Luna de 10 anos e Luan de 9 anos.

A família está em acompanhamento no serviço especializado em decorrência de violência de gênero. O casal sempre teve muitos conflitos e brigas, com agressões verbais e físicas. As crianças e adolescentes vivenciavam tais situações, caracterizando como violência psicológica. Em decorrência desses conflitos o casal se separou há aproximadamente 2 meses. O genitor se mudou para a casa de sua mãe, que fica na mesma rua onde a família mora e, Otto, o filho mais velho, foi morar com o pai.

Tom relatou na entrevista que faz uso de bebida alcoólica todos os dias e este é um dos principais fatores que ocasionam as brigas entre o casal. Além disso, ele relatou sentir-se *“muito triste e muito agitado”*, indicando possíveis sintomas depressivos e ansiosos. Faz apenas acompanhamento psicossocial no serviço especializado, sem atendimento médico.

Após a separação, as crianças têm ficado na casa da avó paterna durante o dia e a noite vão para a casa da mãe, para dormir. Ambos os responsáveis possuem empregos fixos. Durante esses dois meses, o genitor relatou que não está auxiliando a ex-mulher financeiramente com relação aos cuidados das crianças.

Otto estava apresentando problemas de aprendizagem. De acordo com o genitor *“ele ficava preocupado com as brigas....não sei se melhorou na escola depois da separação”*.

Otto não apresentou sintomas de saúde mental (N) e na subcategoria Pró social ele apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta nas 1ª e 3ª escalas e média na 2ª. A percepção do suporte social geral e em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi média.

Lisa não apresentou sintomas de saúde mental (N) e na subcategoria Pró social ela apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi média nas 1ª e 3ª escalas e alta na 2ª. A percepção do suporte social geral e em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi alta.

Luna apresentou sintomas intermediários na versão de autoavaliação (L), na versão aplicada com a responsável não apresentou sintomas (N) e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi abaixo da média na 1ª escala capacidade, acima da média na 2ª e alta na 3ª. A percepção do suporte social geral, em relação à família e outras pessoas da comunidade foi média e, com relação aos amigos e professores foi alta.

Luan, o garoto mais novo, apresentou sintomas intermediários (L) e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta. A percepção do suporte social geral, em relação à família, professores e outras pessoas da comunidade foi média e, com relação aos amigos foi alta.

Referências e possíveis suportes sociais:

O genitor demonstrou muita fragilidade emocional dizendo: “*não tenho ninguém para contar....*” como referência de suporte emocional e auxílio material.

Em relação aos três filhos mais novos, Tom relatou que, a genitora Lina, é vista como a principal figura de referência. Quanto ao mais velho Otto, ele acredita ser o suporte, dizendo: “*somos mais próximos.....sempre jogamos bola juntos*”.

No diagrama de escolta, Otto apontou a figura de um amigo como referência principal de suporte quando precisa conversar e ser acolhido. Se referiu a uma tia (irmã do pai), quando precisa de cuidados em situação de doença. Os pais foram apontados como pessoas próximas, entretanto ele não citou como referências quando está passando por momentos difíceis.

No diagrama de escolta, Lisa apontou as amigas como referência em momentos de tristeza ou quando está nervosa. A mãe e a mesma tia apontada por Otto (irmã do pai), aparecem como suporte em momentos de incerteza ou quando ela precisa de cuidados.

Luna demonstrou no diagrama de escolta que, as principais referências de suporte em momentos de tristeza ou angústia são a mãe e sua tia (irmã do pai). Quanto aos cuidados pode contar com os pais e irmãos.

No diagrama de escolta, Luan também destacou a figura da mesma tia. Os pais foram apontados como as principais referências quando ele precisa de acolhimento e de cuidados. Entretanto, o garoto apontou primeiramente os irmãos como mais próximos afetivamente dele e os pais apareceram depois.

### **Caso 9 (Região Noroeste):**

A família é composta por 4 pessoas, a genitora Maria, o genitor Pedro e dois filhos Rui de 21 anos e, Sara de 11 anos.

O casal está separado há aproximadamente 4 anos, desde que a genitora descobriu que o genitor cometia abuso sexual com a filha Sara. A criança estava com 6 anos na época do abuso e contou o que ocorria para a sogra de uma irmã mais velha. O pai, segundo relato da

genitora: *“comprava coisas para ela e ameaçava a Sara..., que iria me matar, se ela contasse o que acontecia”*.

Quem mantém a casa financeiramente é o filho mais velho, Rui. A genitora parou de trabalhar quando descobriu sobre a situação de abuso sexual do marido em relação à filha. Antes disso fazia faxina e, o abuso acontecia nos momentos em que ela estava trabalhando.

O genitor faz uso constante de bebida alcoólica *“há uns 30 anos..., desde 1985”*. Por conta disso ele já chegou a agredir a esposa e atualmente tem cirrose hepática e diabetes.

Por um sentimento de compaixão em relação ao ex-marido, que está muito doente, a genitora permitiu que ele continuasse morando na mesma casa que a família. Ele dorme na sala, e segundo a genitora, *“ele está doente e não tem outro lugar para ficar”*. Logo que ela descobriu sobre a violência sexual, expulsou-o de casa e Pedro referiu que ficou morando em um alojamento na Universidade em que ele trabalha.

O genitor não foi preso em decorrência do abuso sexual. Sara dorme com a mãe, demonstra medo quando vai dormir, como contou a mãe: *“dorme com a mão agarrada na minha”* e, não fica sozinha para evitar que a situação se repita. Na alimentação, *“ela exagera um pouco”* e, quanto à escola, tinha problemas de aprendizagem, mas *“melhorou depois que começou o atendimento no CRIAR”*.

Sara apresentou sintomas intermediários na versão de autoaplicação (L), na versão aplicada com a responsável, sintomas graves (A) e, na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta nas três escalas. A percepção do suporte social geral, quanto à família e outras pessoas da comunidade foi média e, em relação aos amigos e professores foi alta.

Referências e possíveis suportes sociais:

As referências de suporte emocional para a mãe são *“Deus..., o pastor da igreja e a esposa dele”*. Quando necessita de apoio material quem a ajuda é seu filho Rui, de 21 anos, que mora com ela e mantém a casa.

Apesar de a mãe relatar que *“Sara é muito fechada”*, ela acredita ser referência de suporte para a filha, além de *“uma moça da igreja”*.

No diagrama de escolta, Sara apontou apenas a mãe como figura de referência de suporte social quando precisava conversar, ser tranquilizada ou ser cuidada em situação de doença. Entretanto, quando está triste ou nervosa não conversa com *“ninguém”*.

**Caso 10 (Região Sudoeste):**

A família é composta por 2 pessoas, a genitora Rosa, de 40 anos e, Nara de 15 anos. Os pais de Nara tiveram um relacionamento e a genitora engravidou. O genitor sumiu quando soube da gravidez. Depois de um tempo voltou e quis casar com ela, que se negou.

Quando Nara estava com aproximadamente 10/11 anos, o pai se aproximou novamente e tentou abusar sexualmente dela. O genitor foi preso em decorrência dessa situação e, já havia sido preso outras vezes por outros crimes que havia cometido.

A adolescente também sofreu agressão na escola, *“bateram nela e tentaram roubar o seu celular”* e, por isso, está sem estudar. Nara sempre apresentou dificuldades de aprendizagem, de comportamento, concentração e, já havia repetido algumas vezes. De acordo com a genitora ela *“tinha problemas em matemática, vivia no mundo da lua e também brigava e discutia com as outras meninas”*.

Na entrevista com Rosa, observou-se que ela tem dificuldades em estabelecer regras e limites para Nara em todas as áreas: alimentação, sono, questões de comportamentos, frequência na escola e disciplina quanto aos estudos. De acordo com a mãe, a adolescente *“não dorme cedo e já foi obesa quando estava com 8, 9 anos, pois comia muito....agora ela continua comendo muito, mas não engorda”*.

Nara apresentou na versão de autoaplicação sintomas intermediários (L), na versão aplicada com a responsável, sintomas graves (A) e, na subcategoria Pró social capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta nas 1ª e 2ª escalas e média na 3ª. A percepção do suporte social geral e em relação à família foi baixa e, quanto aos amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi média.

**Referências e possíveis suportes sociais:**

A genitora apontou que suas referências de suporte emocional são as profissionais do serviço especializado: *“considero a Assistente Social Patrícia como uma amiga, ela me trouxe para atendimento no CRIAR”*. Ela sempre acompanhou a família, desde quando trabalhava na Proteção Social Básica e depois encaminhou-a para acompanhamento na proteção social especial. Quando necessita de apoio material conta com duas amigas e com uma vizinha.

A genitora relatou que, para Nara as figuras de referências são a Assistente social do serviço especializado, ela mesma (mãe) e as amigas.

No diagrama de escolta a adolescente nomeou como sua principal referência de suporte social para todas as situações apenas a genitora. Ela também descreveu como

importantes em sua vida o namorado, a avó materna e duas primas e amigas de sua mãe (somente a família da genitora).

#### 4.7.3 GRUPO 3: MENOR GRAVIDADE

##### **Caso 11 (Região Norte):**

A família é composta por 5 pessoas, a genitora Aline, o genitor Daniel, Marcos de 16 anos e seus irmãos Miguel de 24 anos e Fábio de 11anos. O adolescente Marcos foi o único que participou da pesquisa. Ele descobriu recentemente que tem diabetes (há um ano), faz uso de insulina diariamente, demonstra muita insatisfação em relação à isso e, segundo a mãe: *“está deprimido, só quer ficar deitado e não está indo para a escola, desde o começo desse ano..., acho que está assim pois não aceita a doença...”*.

A família foi denunciada ao Conselho Tutelar, por violência física do pai em relação ao adolescente. Em um episódio de briga entre pai e filho, um tio que veio ajudá-lo, mas Marcos estava tão alterado pelas agressões do pai, que chegou a ameaçar esse tio com uma faca.

O genitor tem envolvimento com a criminalidade. Ficou preso por mais de três anos por conta de um assalto. Segundo a genitora *“ele voltou no ritmo da cadeia, muito metódico, reclama de tudo, luz, TV, etc...”* e por isso se torna agressivo com Marcos.

Marcos e a mãe faziam acompanhamento médico, psicológico e psiquiátrico na UNICAMP. Depois que a genitora começou a trabalhar, o adolescente não tem ido sozinho aos atendimentos e, segundo ela acha, o adolescente parou de ir ao acompanhamento por estar com dificuldades emocionais em aceitar que tem diabetes, pois diz que *“quer esquecer a doença”*.

A genitora também cuida de sua mãe, que teve um acidente vascular cerebral (AVC) e mora na casa da frente da filha. Ela também conta com a ajuda de uma cuidadora. A genitora relata: *“meu pai era meu braço direito, pois a minha mãe sempre foi cadeirante”*. O pai de Aline faleceu há 3 anos.

Miguel, o filho mais velho de 24 anos também tem sintomas depressivos, Aline diz: *“acho que ele e meu marido precisavam de tratamento, mas não aceitam...”*. Ela também relatou que o marido faz uso de bebida alcoólica com frequência.

Marcos tem sintomas de agitação noturna, segundo a mãe *“fala dormindo e é agitado”*, também tem muito apetite, *“ele é devorador”*. Esse ano está desanimado por conta da diabetes e não tem frequentado a escola, mas era *“um bom aluno”*.

Marcos não apresentou sintomas na versão de autoaplicação (N), sintomas intermediários na versão aplicada com a responsável (L) e, na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta nas três escalas. A percepção do suporte social geral, em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi média.

Referências e possíveis suportes sociais:

Para a genitora as figuras de suporte emocional são as profissionais do Serviço Especializado, algumas amigas do trabalho e “*as irmãs da igreja*”. Seu pai era sua referência de apoio e como ele faleceu ela se sente: “*muito sozinha*”.

Para a genitora, Marcos tem a mãe como referência, mas “*é muito calado e não tem diálogo*”. Ela relatou que o filho “*não tem ninguém*” para conversar.

Em contrapartida, no diagrama de Escolta, Marcos relatou ter muitos amigos com quem pode contar para confidenciar coisas importantes, para tranquilizá-lo, em momentos de tristeza e raiva. A genitora e os irmãos Miguel e Fábio também foram apontados pelo adolescente como suporte nesses momentos e também quando necessita de cuidados quanto à saúde.

### **Caso 12 (Região Sul):**

A família é composta por 2 pessoas, o genitor, Ladislau e a criança Maya de 9 anos. O pai é o único responsável pela criança, ele mora e trabalha no mesmo local. É caseiro e auxiliar de serviços gerais em um Centro Espírita.

Segundo o genitor, ele e a mãe de Maya separaram-se há aproximadamente 7 anos. Depois disso, a filha ficou morando com o pai, pois a mãe abandonou a criança. Algum período após a separação, a genitora acusou Ladislau de abuso sexual em relação à filha. Segundo o genitor, a mãe entrou com um pedido de guarda da criança, para solicitar pensão alimentícia, “*ela queria dinheiro*”. Em função disso, ele acredita que a mãe orientou Maya a relatar para o juiz sobre o suposto abuso.

Nesse período Maya foi acolhida em uma instituição de proteção (abrigo) e, ficou nesse local por pelo mês um ano. De acordo com relato do genitor “*ela foi espancada*” no abrigo, chegando a ser hospitalizada.

Além de Maya a mãe tem mais três filhos, que estão fora da escola e envolvidos em situações de risco. Uma delas ficou grávida na adolescência e os outros têm envolvimento

com a criminalidade, problemas de aprendizagem e comportamento na escola. De acordo com o relato do genitor, a mãe negligenciava o cuidado em relação aos filhos mais velhos.

O genitor conseguiu retomar o poder familiar e a responsabilidade em relação à filha, pois, de acordo com seu relato conseguiu provar que a genitora foi negligente, abandonou Maya, e que, as acusações do suposto abuso sexual eram falsas.

A criança não apresenta problemas de sono, nem de alimentação. Apenas apresenta alguns problemas de aprendizado em matemática.

Maya apresentou sintomas graves na versão aplicada com a responsável (A) e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta nas três escalas. A percepção do suporte social geral, em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi alta.

Referências e possíveis suportes sociais:

Para o genitor as referências de suporte social e material foram os padrões e uma vizinha chamada Letícia. Além desses, conta com o apoio das profissionais do serviço especializado e com a psicóloga do Centro de Saúde, onde é acompanhado. Para a criança o genitor acredita que as referências são ele mesmo e a mesma vizinha que é *“mãe de uma amiguinha de Maya”*.

No diagrama de escolta, a criança apontou o genitor como principal referência de suporte emocional, social e para ser cuidada quando está doente. Ela também se referiu a vizinha Letícia, tanto para confidenciar coisas importantes, quanto ser tranquilizada e estimulada em momentos de incerteza.

### **Caso 13 (Região Leste):**

A família é composta por 7 pessoas, a genitora Ivani, seu companheiro João e cinco crianças e adolescentes, Matias de 19 anos, Bruna de 14 anos, Lion de 11 anos, Mel de 10 anos e Katia de 9 anos. Apenas a adolescente Bruna participou da pesquisa.

O pai biológico de Matias e Bruna morreu de infarto quando a mais nova estava com 1 ano e meio. Então, a genitora se envolveu com seu atual marido, com quem teve mais 3 filhos. João foi lavrador e atualmente está aposentado por invalidez, já que tem 23º de miopia.

Foi João, o padrasto de Bruna, quem participou como responsável por ela da pesquisa. A genitora Ivani tem depressão, não faz tratamento e não estava disponível emocionalmente para a entrevista.

O filho mais velho da genitora Matias, de 19 anos, apresenta dependência de bebida alcoólica e SPA. De acordo com o padrasto, ele já foi preso na Fundação Casa duas vezes, por tráfico de drogas e porte ilegal de arma.

A família passou a ser acompanhada pelo Serviço Especializado por denúncia anônima de violência física do padrasto em relação à Bruna: *“dei uma cintada em Bruna”*.

Bruna não apresentou sintomas de saúde mental (N) e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta capacidade nas três escalas. A percepção do suporte social geral, em relação aos amigos e outras pessoas da comunidade foi alta e média em relação à família e professores. Bruna não apresenta problemas em relação ao sono, alimentação ou aprendizagem.

Referências e possíveis suportes sociais:

As referências de suporte emocional e também de ajuda material para o responsável são *“os irmãos da igreja”*. João relatou que frequenta a igreja evangélica uma vez por semana. Quanto à figura de referência para ele, é uma amiga *“que sempre me ajudou”*.

Para Bruna, o padrasto descreve os amigos da mesma como suporte emocional e, como figuras de referência, *“os pais”*, pois a adolescente o *“considera como pai”*.

No diagrama de escolta, Bruna relatou que conta as coisas importantes em sua vida para uma amiga, para a mãe e para sua irmã Mel, de 10 anos. A mãe apareceu como principal referência de acolhimento emocional, apesar dos sintomas depressivos da mesma. O padrasto e a genitora também foram apontados como figuras que oferecem cuidados quando está doente. Apesar de apontar várias figuras de referência Bruna disse: *“sou fechada e não converso com ninguém quando to triste”*.

#### **Caso 14 (Região Noroeste):**

A família é composta por 4 pessoas, a genitora, Antônia e 3 filhos, Catarina de 13 anos, Leonardo de 9 anos e Tais de 5 anos. Somente os dois mais velhos participaram da pesquisa.

O pai de Catarina morreu há doze anos assassinado. Então, a genitora envolveu-se com o pai de Leonardo e Tais, de quem se separou há aproximadamente 1 anos. O relacionamento da genitora com o primeiro companheiro era muito *“conturbado”* e ele era agressivo. A mesma relatou: *“ele chegou a me bater e quando ele morreu a gente tava separado”*.

O irmão da mãe apresenta problemas de saúde mental (esquizofrenia) e abusou sexualmente de Catarina. A genitora também cometia violência física e psicológica leve com os filhos.

A adolescente apresentava dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento na escola (brigas), mas “*está um pouco melhor*”, de acordo com a genitora. Já Leonardo apresentava problemas no sono, muitos pesadelos e sonambulismo.

Catarina não apresentou sintomas de saúde mental (N) e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi acima da média na 1ª escala, média na 2ª e alta na 3ª. A percepção do suporte social geral e em relação aos amigos foi média. Quanto à família e outras pessoas da comunidade foi baixa e, aos professores foi alta.

Leonardo não apresentou sintomas na versão aplicada com o responsável (N) e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi acima média na 1ª escala, na 2ª média e, na 3ª alta. A percepção do suporte social geral, em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi média.

Referências e possíveis suportes sociais:

Antônia solicita auxílio material para sua mãe quando necessário e com as profissionais do serviço especializado, que também são suas referências de suporte emocional.

Para conversar ou receber apoio emocional, a genitora conta com “*uma amiga ou ninguém*”. Na entrevista, demonstrou uma certa dificuldade em relatar sobre os fatos que ocorreram em sua vida, apesar de contar alguns deles.

No diagrama de escolta, Catarina apontou a mãe como sua principal referência de suporte, para confidenciar coisas importantes e ser cuidada quando está doente e a avó materna foi descrita como uma pessoa importante em sua vida, que, a acolhe e tranquiliza.

No diagrama de escolta, Leonardo apontou a mãe, o pai e a irmã mais velha (Catarina) como suas principais referências de suporte.

### **Caso 15 (Região Sudoeste):**

A família é composta por 7 pessoas, a genitora, Mía de 35 anos, o genitor, Edu de 38 anos e cinco filhos: Erick de 19 anos, Enzo de 13 anos, Eros de 12 anos, Davi de 7 anos e Dom de 6 anos. Participaram da pesquisa Enzo e Eros em função da faixa etária.

O genitor possui trabalho fixo com registro em carteira e a mãe é dona de casa. A avó paterna mora no mesmo quintal. Erick de 19 anos, mora na casa da avó materna e, é filho apenas da genitora. Ele faz uso de SPA, foi preso na Fundação Casa por 6 meses e cumpriu

medida socioeducativa em 2001, por tráfico de drogas. Segundo a genitora há 6 meses não faz mais uso de crack.

Os pais foram denunciados no CT por negligência. No início da entrevista a genitora negou tal situação dizendo: *“não sei porque me denunciaram....”*. Depois explicou que ela e seu companheiro precisavam trabalhar e deixavam as crianças sob cuidado de uma moça. Eles saíram para trabalhar e a cuidadora faltou ao trabalho e, disse Mia: *“por isso deixamos as crianças sozinhas”*. Após a denúncia, a genitora parou de trabalhar, por medo de perder a guarda das crianças.

Mia relatou que ela e o marido *“brigavam bastante”*. Há dois anos, quando começaram a frequentar a igreja evangélica *“as brigas acabaram”*. Nesse período o genitor consumia bebida alcoólica eventualmente, mas não faz mais uso. Além dele, a avó paterna, que mora no mesmo quintal, apresenta dependência de bebida alcoólica.

Enzo de 14 anos tem dificuldades em seguir regras e rotina e também apresenta problemas de aprendizagem graves, pois *“não sabe ler e escrever, sente vergonha....é muito agitado e muito nervoso”*. Atualmente, começou a se interessar pelos estudos. Já Eros não apresentam problemas de alimentação, sono, mas tem *“um pouco de dificuldades de aprendizagem”*.

Enzo apresentou sintomas intermediários (L) e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi abaixo da média na 1ª. escala, na 2ª alta e na 3ª. acima da média. A percepção do suporte social geral em relação à família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi média.

Eros não apresentou sintomas na versão de autoaplicação (N), sintomas graves na versão aplicada com a responsável e na subcategoria Pró social apresentou capacidade adequada no SDQ. A resiliência foi alta nas 1ª. e 2ª escalas e na 3ª acima da média. A percepção do suporte social geral e em relação amigos, professores e outras pessoas da comunidade foi alta e, em relação à família foi média.

Referências e possíveis suportes sociais:

A referência de suporte emocional e apoio material de Mia foram sua mãe e uma cunhada (irmã do marido). Para os filhos a genitora relatou ser ela mesma.

No diagrama de escolta tanto Enzo, quanto Eros demonstraram contar com a família como apoio e, ambos, apontaram os pais como principal referência. Os garotos também incluíram os tios, avós e os outros irmãos como figuras importantes em suas vidas.

Quadro 1 – Quadro Sinóptico: Avaliações das crianças e adolescentes

Famílias Estudadas	Idade	SDQ: Questionário de Capacidades e Dificuldades		RSCA: Questionário de Resiliência para crianças e adolescentes			SSA: Questionário de Percepção do Suporte Social					
		SDQ - C/A	SDQ - R	1ª Esc.	2ª Esc.	3ª Esc.	Fam.	Amig.	Profes	Outras pessoas comun.	Total	
<b>Família 1</b>												
1.Ayla	16	(22p)-A*	(31p)-A*	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa	Média	Média	Média	Média	Baixa
2.Bia	11	(13p)-N*	(12p)-N*	Alta	Alta	Alta	Média	Média	Alta	Média	Média	Média
<b>Família 2</b>												
1.Adam	16	(20p)-A*	(25p)-A*	Alta	Alta	Alta	Média	Alta	Alta	Média	Média	Média
<b>Família 3</b>												
1.Daniela	15	(28p)-A*	(25p)-A*	AcM	Alta	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Média	Média
<b>Família 4</b>												
1.Duda	15	(28p)-A*	(33p)-A*	Baixa	Média	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa
2.Davi	13	(12p)-N*	(23p)-A*	Alta	Alta	AcM	Média	Alta	Média	Média	Média	Média
3.Elis	9	(0p)-NA*	(15p)-L*	Alta	Alta	AcM	Baixa	Média	Média	Média	Média	Baixa
<b>Família 5</b>												
1.Eva	15	(14p)-N*	(29p)-A*	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
2.Iara	13	(22p)-A*	(21p)-A*	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
<b>Família 6</b>												
1.Iris	16	(7p)-N*	(5p)-N*	Alta	Alta	Alta	Média	Alta	Alta	Média	Média	Média
2.Laís	11	(18p)-L*	(17p)-A*	Média	Alta	Alta	Baixa	Média	Média	Média	Média	Média
3.Lana	14	(22p)-A*	(6p)-N*	Média	Alta	Baixa	Média	Média	Média	Média	Média	Média
4.Malú	12	(21p)-A*	(14p)-L*	Média	Alta	Média	Baixa	Baixa	Média	Média	Média	Baixa
5.Ivy	9	(0p)-NA*	(6p)-N*	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Média	Alta
<b>Família 7</b>												
1.Isa	14	(12p)-N*	(14p)-L*	Média	Alta	Alta	Média	Média	Alta	Alta	Alta	Alta
2.Raul	13	(11p)-N*	(15p)-L*	AbM	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
3.Jade	12	(17p)-L*	(19p)-A*	Média	Alta	AcM	Baixa	Alta	Alta	Alta	Média	Média
<b>Família 8</b>												
1.Otto	16	(12p)-N*	(12p)-N*	Alta	Média	Alta	Média	Média	Média	Média	Média	Média
2.Lisa	14	(9p)-N*	(7p)-N*	Média	Alta	Média	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
3.Luna	10	(19p)-L*	(12p)-N*	AbM	AcM	Alta	Média	Alta	Alta	Alta	Média	Média
4.Luan	9	(0p)-NA*	(16p)-L*	Média	Média	Alta	Média	Alta	Média	Média	Média	Alta
<b>Família 9</b>												
1.Sara	11	(16p)-L*	(19p)-A*	Alta	Alta	Alta	Média	Alta	Alta	Média	Média	Média
<b>Família 10</b>												
1.Nara	15	(17p)-L*	(18p)-A*	Alta	Alta	Média	Baixa	Média	Média	Média	Média	Baixa
<b>Família 11</b>												
1.Marcos	16	(14p)-N*	(16p)-L*	Alta	Alta	Alta	Média	Média	Média	Média	Média	Média
<b>Família 12</b>												
1.Maya	9	(0p)-NA*	(19p)-A	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
<b>Família 13</b>												
1.Bruna	14	(15p)-N*	(10p)-N*	Alta	Alta	Alta	Média	Alta	Média	Alta	Alta	Alta
<b>Família 14</b>												
1.Catarina	13	(11p)-N*	(8p)-N*	AcM	Média	Alta	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Média
2.Leonardo	9	(0p)-NA*	(10p)-N*	AbM	Média	Alta	Média	Média	Média	Média	Média	Média
<b>Família 15</b>												
1.Enzo	13	(17p)-L*	(15p)-L*	AbM	Alta	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
2.Vinicius	12	(12p)-N*	(18p)-A*	Alta	Alta	AcM	Média	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta

\*A – Anormal; L – Limítrofe; N – Normal; NA – Não Aplicado em função da faixa etária; <sup>§</sup>AcM – Acima da Média; <sup>#</sup>AbM – Abaixo da Média

## 5.DISSCUSSÃO

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO: POSSÍVEIS FATORES ADVERSOS E PROTETIVOS NA CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA

#### 5.1.1 FATORES SOCIOECONÔMICOS E CONDIÇÕES DE MORADIA

As famílias em situação de violência apresentaram vulnerabilidade socioeconômica significativa em relação ao G2 (Tabela 1). Apenas 34% dos responsáveis tinham emprego fixo, com direitos definidos pelas leis trabalhistas e 93% dessas famílias recebiam como renda familiar mensal, até 3 salários mínimos e; 59% dessas famílias, contavam com auxílio de programas de transferência de renda do Estado para compor a renda familiar. Os responsáveis das famílias do G1, 51% se descreveram como “*passando por dificuldades financeiras*” ( $p=0,005$ ) (Tabela 9).

Além disso, 58% das famílias do G1, têm um número elevado de pessoas que moram na mesma casa, de 5 a 9 pessoas (Tabela 1). De acordo com Rosemberg et al.(98), a análise sobre o número de pessoas que moram na mesma residência é um importante indicativo para aferir a vulnerabilidade social da família. Quanto maior é o número de pessoas, menor é a renda per capita familiar. E, isso torna as condições de vida ainda mais precárias para esses sujeitos.

Trabalhos na área(24,99,100) corroboram os resultados encontrados nessa pesquisa apontando as condições socioeconômicas de vulnerabilidade como possíveis fatores de risco ou estressores para essas famílias. A dificuldade socioeconômica, a renda familiar, estar ou não inserido no processo produtivo ou vivenciar condições precárias de saúde na infância e adolescência podem contribuir para o agravamento das situações de violência e, também, para o risco de desenvolvimento de problemas psicoafetivo das crianças e adolescentes.

Apesar dos riscos presentes nesse contexto de vulnerabilidade é fundamental analisar a forma como os indivíduos lidam com as adversidades da vida. A condição de resiliência dessas pessoas pode influenciar positivamente ou negativamente, tornando-os mais ou menos vulneráveis. Levanta-se a hipótese de que, quando o sujeito não possui resiliência adequada ou uma rede de suporte social que o auxilie a enfrentar a situação de estresse, isso dificulta a busca por mudanças em relação à situação socioeconômica familiar. Portanto, é importante ampliar as discussões sobre esses aspectos extremamente complexos, por meio da realização de mais estudos na área(100,101).

O G2 apesar de menos vulnerável quanto as condições socioeconômicas, também demonstrou dificuldades. Algumas crianças e adolescentes apresentaram maior capacidade e rapidez para superar ou enfrentar os eventos estressores, enquanto outras demoraram mais tempo ou perceberam as consequências de forma mais severa. Diante dessa variabilidade de reações ao estresse e, considerando os aspectos que o envolvem, deve-se ter cautela em fazer relações de causa e efeito, pois a vulnerabilidade social não determina necessariamente o surgimento de atitudes violentas. Tal situação pode apenas potencializar o risco que depende das reações dos indivíduos diante dos fatos(98,100,102).

Ambos os grupos tiveram, na sua maioria, acesso as condições mínimas adequadas de infraestrutura, como a água encanada, esgoto e energia elétrica. Tais aspectos podem ser considerados fatores de proteção de acordo com a Proposta de Linha de Cuidado do Ministério da Saúde para famílias em situação de violência, pois “a ausência de políticas de geração de renda, saneamento básico, dentre outras, são fatores determinantes de uma maior exposição à violência”(46).

### *5.1.2 ASPECTOS SOCIOEDUCATIVOS E RELIGIOSOS DAS FAMÍLIAS*

Crianças e adolescentes inseridos no sistema educacional ou em atividades socioeducativas estão mais protegidas dos riscos, vulnerabilidades sociais e da violência, sendo este, um fator importante que compõe a rede de proteção infanto-juvenil. Estudos semelhantes realizados com adolescentes em situação de conflito com a lei, apontaram que, frequentar a escola, diminuía os riscos de reincidência dos chamados atos infracionais, como uso de armas, consumo de substância psicoativas ou mesmo homicídios na faixa etária entre adolescentes e jovens(103,104).

Apenas 7% dos adolescentes do G1 e nenhum do G2 estavam fora da escola. Quanto as atividades socioeducativas, não foram encontradas grandes diferenças entre os grupos, pois 55% das crianças e adolescentes vítimas de violência e 40,9% do G2 estavam inseridas nelas (Tabela 4). A população desse estudo tinha acesso mínimo ao sistema educacional e socioeducativo, enquanto importantes fatores de proteção(103,104), entretanto ainda se faz necessário refletir acerca da efetividade dessas ações na prática de atuação com essas crianças, adolescentes e famílias em risco(105).

As crianças do G1 começaram a frequentar a escola mais tarde do que as do G2; 76% delas a partir de 6 ou 7 anos. Em contrapartida, 51% dos sujeitos do G2 já se encontravam inseridos no sistema educacional até os 5 anos de idade (Tabela 4). Um estudo

de revisão bibliográfica(106), apontou que, nos últimos anos houve avanços em relação as políticas públicas voltadas a educação infantil no Brasil, mas ainda requer melhorias na qualidade e ampliação do acesso da população a este serviço. A ausência de apoio desta rede de proteção para as famílias em condições de vulnerabilidade socioeconômica, podem dificultar a inserção dos responsáveis no mercado de trabalho, por não ter um local de proteção adequado para as crianças durante esse período.

Em relação à escolaridade do responsável (Tabela 4), 45,5% do G2 tinha o ensino médio, 40,9% cursaram o EF e 9,1% o ensino superior, em todos os níveis tanto incompleto quanto completo. No G1, apenas 21% chegaram ao ensino médio, 75% dos responsáveis cursaram o EF, sendo que muitos deles não haviam completado e, 4% cursaram nível superior, completo como incompleto em todos os níveis. A escolaridade do responsável foi fator de proteção para as crianças do G2 ( $p<0,001$ ), corroborando resultados de outros estudos que apontaram a baixa escolaridade dos responsáveis como um fator de risco para o aumento da violência intrafamiliar(107,108).

Em relação à família frequentar ou não algum tipo de atividade religiosa, não houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 4). Observou-se que, as famílias em situações de violência eram predominantemente de religiões evangélicas, comparado ao G2 ( $p=0,006$ ). Em um estudo recente de revisão bibliográfica(109), a religião teve um papel importante na promoção da saúde e prevenção da violência na maior parte dos trabalhos. Entretanto, algumas dessas pesquisas fazem críticas ao fundamentalismo religioso, como sendo uma fonte de apoio a práticas mais duras e penas mais rígidas aos infratores e; ao fanatismo religioso e tradicionalismo opressivo como fatores de risco, que podem ocasionar para os sujeitos prejuízos à saúde física e mental, o que torna necessário o aprofundamento de estudos nessa área.

### *5.1.3 SITUAÇÃO CONJUGAL DOS RESPONSÁVEIS, DINÂMICA FAMILIAR DE CUIDADOS E PROTEÇÃO COM AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS*

Nas situações de extremos conflitos familiares, como separações ou até mesmo rupturas definitivas, violência de gênero ou o abandono dos genitores em relação aos filhos, observa-se uma incapacidade de comunicação familiar entre as pessoas envolvidas(46).

Nesse estudo verificou-se (Tabela 2) que, 89% dos pais biológicos das crianças/adolescentes do G1 estavam separados e, no G2, o oposto, 57,6% dos pais biológicos ainda estavam casados ( $p<0,001$ ). A capacidade de dialogar, conseguir explicar os

sentimentos, insatisfações, diferenças, frustrações em qualquer forma de relação, sem agressividade, são características importantes, que podem evitar traumas e conflitos, além de influenciar positivamente na construção da resiliência(98).

Estudos sobre a separação conjugal dos pais(110–112) apontam que, os filhos, vivenciam uma redução acentuada na convivência com um dos genitores, geralmente o pai. Isso, ao longo dos anos, pode desencadear um distanciamento afetivo nesse relacionamento. No G1, observou-se um alto índice de abandono dos genitores em relação aos filhos, sendo 49% dos pais e 16% das mães. No G2 o abandono de pais foi de 22,7% e, de mães 7,6%. Houve diferença significativas entre os grupos em relação ao abandono dos genitores homens ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

Verificou-se também que 75% das crianças e adolescentes do G1 conviviam com apenas um dos genitores, na maior parte dos casos com a mãe e, 16% desses sujeitos foram abandonadas por ambos ou ficaram órfãos. Somente 13% deles moravam com o pai e a mãe (Tabela 3). Quando há uma separação, as transformações no cotidiano da família necessariamente irão ocorrer, como, mudanças na condição socioeconômica, de local de moradia, de escola e, até mesmo de tempo disponível de convivência com o pai e com a mãe. Por isso, os pais precisam tentar superar as dificuldades que acontecem diante da separação, possibilitando aos filhos enfrentarem as mudanças geradas por essa ruptura de forma mais branda e saudável, sem tantas consequências como observou-se nos casos estudados(110,112)

As famílias monoparentais femininas estão cada vez mais frequentes nos lares brasileiros, principalmente na periferia urbana(113,114). Nesse estudo, verificou-se diferenças entre os grupos a respeito da configuração conjugal dos responsáveis, pois 57% das famílias em situação de violência eram monoparentais e, a principal responsável pelas crianças e adolescentes era a genitora (52%). No G2 78,8% dos responsáveis moravam com os companheiros (as) e 57,6% dos cuidadores principais das crianças/adolescentes foram ambos os pais (Tabelas 2 e 3).

Os riscos de violência, traumas ou fatores adversos para crianças e adolescentes estudadas, inseridos em famílias monoparentais e sem a presença do genitor homem são inúmeros. Estudos corroboram com os resultados encontrados nessa pesquisa destacando que ausência da figura masculina na vida das crianças e adolescentes pode ser proveniente de uma gravidez não planejada e precoce, situações de instabilidade familiar, violência doméstica ou abandonos(113,114). Já Sidebotham e Golding(115) ressaltam que o divórcio dos pais e o abandono do genitor são fatores significativos para o aumento do risco de maus tratos contra

as crianças e adolescentes.

Outro agravante foi situação socioeconômica de vulnerabilidade dessas famílias, pois a genitora é a única responsável financeira, e assume também, as funções domésticas, a educação e os cuidados dos filhos. Esse acúmulo de funções pode aumentar o estresse vivenciado e os conflitos intrafamiliares(99,116).

A violência doméstica é um fenômeno transgeracional. As situações de estresse aliadas a um possível histórico familiar de violência vivenciado pelas genitoras, podem propiciar um aumento das agressões da mãe em relação as crianças e adolescentes. A agressividade reproduzida de uma geração para a outra pode ser compreendida como uma forma de linguagem familiar ou maneira dos membros se relacionarem. E, o uso da violência, uma estratégia para educar ou solucionar conflitos presentes nas relações dessas famílias(46,117,118).

Outra questão vivenciada por essas crianças e adolescentes foi a disputa judicial por sua guarda, considerada um fator de risco presente no G1 ( $p < 0,001$ ). Na população vítima de violência isso ocorreu em 39% e, G2 em 13,6%. Entre os sujeitos do G1, a disputa entre os pais foi de 52,5%, entre o pai ou a mãe com os avós foi de 12,5% e, a entre a família e o poder judiciário foi de 17,5% (Tabela 9). A separação dos pais pode desencadear disputas judiciais pela guarda dos filhos e para evitar prejuízos no desenvolvimento emocional dessas crianças e adolescente, seria fundamental possibilitar a convivência com ambos os pais, se não através da guarda compartilhada, por meio de um relacionamento saudável entre os responsáveis. Evitar a disputa judicial seria o caminho mais indicado, quando possível(110,119).

Partes dessas crianças e adolescentes do G1 (17%), além de vivenciarem a separação dos pais e, disputas judiciais, também estiveram, em situação de abrigamento (Tabela 8). Esta foi uma medida protetiva em decorrência das situações de violência familiar vivenciadas. Entretanto, tal fato pode desencadear sentimentos ambivalentes nesses sujeitos, como o risco do abandono dos genitores ou da ameaça constante de perda definitiva de convivência com a sua família e, em contrapartida o medo de retornar para situações de violência doméstica.

A literatura apresenta controvérsias quanto à institucionalização precoce de crianças e sua colocação em abrigos de acolhimento e proteção. Alguns estudos apontam efeitos nocivos em relação ao desenvolvimento emocional, principalmente quando o abrigamento ocorre precocemente na vida dos sujeitos e, por longos períodos. Mas, não é possível afirmar que, os prejuízos emocionais que essas crianças vivenciam, estejam

relacionados unicamente com o abrigo. Isso pode ter sido desencadeado por outros fatores adversos presentes no convívio familiar conflituoso(120–122).

Na análise qualitativa, em dois dos casos estudados, as garotas passaram por longos períodos de acolhimento institucional com consequências emocionais diferentes. No caso 4, Duda ficou abrigada por dois anos, quando pequena. A adolescente ao longo da vida, passou por situações de violência, abandonos; atualmente faz uso abusivo de bebida alcoólica, substâncias psicoativas, vive na rua intermitentemente e sofreu exploração sexual. As consequências emocionais apresentadas por ela são devastadoras, apresentando sintomas graves, dificuldade quanto ao desenvolvimento da resiliência, além de uma baixa percepção do suporte social.

No caso 12, Maya também ficou em instituição de proteção (abrigo) por três anos. Neste local, segundo o genitor, a criança passou por uma situação de agressão física, “*foi espancada*” e ficou hospitalizada por conta disso. No momento do estudo a criança encontrava-se em condições emocionais adequadas e demonstrou uma alta resiliência e percepção do suporte social.

Além da história pregressa, destaca-se que, a resiliência nesses sujeitos é o que irá influenciar na forma como eles irão enfrentar as situações de risco ou adversidades que vão surgindo. Para isso, o suporte emocional de figuras de referência e, a qualidade do vínculo dessas relações parece ser o principal fator de proteção para evitar os prejuízos emocionais. O papel de proteção das instituições de acolhimento se faz necessário com crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Entretanto, é fundamental refletir sobre a prática de atuação nesses locais, pois estas devem visar realizar ações direcionadas a capacitação dos profissionais, assim como o oferecimento de melhores condições de trabalho. O abrigo deve ser parte da rede de suporte social e afetivo para esses sujeitos, afim de promover um espaço saudável ao seu desenvolvimento durante o período necessário de acolhimento(121).

O foco nessa pesquisa foi compreender aspectos relacionados ao processo de resiliência nessas crianças e adolescentes e, foram apresentados apenas esses dois relatos de situações de abrigo. Portanto, como apontam alguns estudos na área, existe a necessidade da realização de pesquisas mais aprofundadas sobre a qualidade do trabalho que é desenvolvido nos abrigos; para assim compreender a funcionalidade desse espaço enquanto função protetiva e, quais são efetivamente, as consequências emocionais para os sujeitos que passam pela institucionalização precoce(123,124)

## *5.2. FATORES ADVERSOS OU DE RISCO QUE OCORRERAM NAS FAMÍLIAS*

### *5.2.1 FATORES ADVERSOS QUE OCORRERAM NA VIDA DAS CRIANÇAS OU ADOLESCENTES*

Os efeitos dos fatores de risco que ocorrem de forma associada reduzem ou podem destruir as possibilidades de respostas positivas das crianças ou adolescentes diante das adversidades. As dificuldades ou limitações em etapas tão importantes do desenvolvimento podem colocá-los em desvantagem, como por exemplo, quanto à aprendizagem ou escolarização. Isso pode ocasionar prejuízos na sua vida adulta como baixa escolaridade e, em consequência, subempregos ou mesmo o desemprego(47,116).

Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos desse estudo quanto à alguns fatores adversos ou eventos estressores que, foram considerados risco para as crianças e adolescentes vítimas de violência. Dentre eles destacam-se que 70% dos sujeitos do G1 vivenciaram a morte de pessoas importantes ( $p < 0,001$ ) e, 10% das crianças e adolescentes realizavam trabalho infanto-juvenil ( $p = 0,006$ ) (Tabela 8).

Em um estudo sobre a vivência do luto na infância, destaca-se que, a morte é para a criança um desafio cognitivo e afetivo. Como a criança irá reagir diante da perda vivenciada dependerá de vários fatores, como, a idade cronológica, a etapa do desenvolvimento em que se encontra, capacidade de estabilidade psicológica e, como ela irá elaborar e significar essa morte, dependendo da intensidade e do laço afetivo que tinha com a pessoa que morreu(125).

Nessa pesquisa verificou-se que 24% das mortes vivenciadas pelas crianças e adolescentes foram de um ou de ambos os genitores (Tabelas 2 e 8). A perda dos pais pode gerar na criança ou no adolescente um sentimento de profundo desamparo, uma vez que, o mundo deixa de ser sentido como o lugar seguro de antes. Além disso, a elaboração desse processo de luto, de forma saudável, está vinculada a vivência do mesmo pela família. A comunicação aberta e segura, dentro desse ambiente, torna-se fundamental para que a criança possa se sentir segura novamente. A família, como um todo, encontra-se em um momento de crise e desorganização e, outros membros também precisam ser acolhidos para que possam servir como suporte emocional adequado(125,126).

Dos genitores do sexo masculino que faleceram no G1 (Tabela 2), mais da metade foram em decorrência de assassinatos ou doenças em decorrência de abuso de álcool e drogas e, as outras perdas desse grupo foram de avós, tios, irmãos, padrastos. De acordo com os relatos, muitas ocorreram em decorrência de situações traumáticas, como mortes provocadas, envolvimento com a criminalidade, uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas. Portanto, devem ser analisadas as questões inerentes a própria violência intrafamiliar e

comunitária, já que o ciclo da violência encontra-se instalado nessas famílias há gerações, por se tratar de um fenômeno transgeracional(19,46).

Famílias violentas, agem dessa forma não apenas em relação aos seus filhos, essa é uma maneira de se comunicar do sujeito, de se relacionar com a comunidade onde vive e com a sociedade. E, indivíduos agressivos se colocam em maior situação de risco, brigam e agridem com maior frequência, ou se envolvem em atos ilícitos como assaltos, tráfico de drogas, que podem ocasionar mortes prematuras. Desta forma, aprender a se relacionar a partir de relações violentas, com perdas e mortes tornam-se fatos cotidianos, mas não menos traumáticos(46,117,118,127).

Outra alternativa que surge nesse contexto diante da vulnerabilidade socioeconômica é o trabalho infanto-juvenil(128). Verificou-se no G1, que 10% das crianças e adolescentes estiveram ou ainda estavam trabalhando, em condições de informalidade e, em atividades inapropriadas para a idade, como por exemplo, o envolvimento com o tráfico de drogas (Tabela 8).

Em busca de aumento de renda, as famílias começam a contar com estratégias como o trabalho dos filhos, como observa-se em situações apresentadas nesse estudo. Outro fator, que faz com que as famílias insiram seus filhos precocemente em atividades laborais está relacionado ao medo que os pais têm dos adolescentes se envolverem com a criminalidade ou uso de drogas e, trabalhar com os genitores torna-se um fator de proteção contra outros agravantes social. Esses fatores podem ser um reflexo do afastamento do Estado e da ineficácia de atuação das políticas públicas de proteção, como atividades socioeducativas(129).

As situações de gravidez na adolescência também são outros fatores de risco vivenciados pelos sujeitos do G1 que devem ser destacados. No Brasil, a incidência da população geral de gestação na adolescência é de aproximadamente 20,8%, sendo 10% entre 10 e 14 anos e 10,8% entre 15 e 19 anos(130,131).

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos com relação à gestação na adolescência, optou-se por discutir esse tema por se tratar de algo extremamente relevante. Entre todos os sujeitos estudados, apenas duas adolescentes do G1 foram mães nessa fase. Entretanto, verificou-se nos relatos de várias famílias que, os filhos mais velhos, que não moravam mais com os pais e não participaram da pesquisa, haviam sido pais na adolescência. Como por exemplo no caso 2, a irmã mais velha de Adam, Chloe, que estava com 22 anos, foi mãe aos 17 anos e teve dois filhos (4 e 2 anos).

E, no caso 6, a filha mais velha de Inês, que tinha 21 anos e não morava mais com a genitora foi mãe aos 17 anos.

Levanta-se a hipótese de que, se a faixa etária da população desse estudo fosse além dos 16 anos, seria encontrado um índice elevado de gestações não planejadas entre os jovens. A gravidez na adolescência é um fenômeno multicausal desencadeado por fatores biológicos, psicossociais, culturais e econômicos. Mas, além da causa da gravidez não planejada, devem ser analisados os riscos posteriores. Por exemplo, estarem vulneráveis para a repetição de novas gestações, outras situações adversas, problemas psicossociais e socioeconômicos, como, o abandono escolar e, em consequência da baixa escolaridade, subempregos ou o desemprego(132). Reys e Almontes(133), apontam sobre os riscos da adolescente, ilusoriamente, buscar na maternidade precoce uma solução de inserção e, reconhecimento social. Ou seja, vislumbrar a passagem para a vida adulta, pela falta de perspectivas e oportunidades no contexto em que vivem, sem analisar os riscos consequentes dessa situação.

No caso 1, Ayla foi mãe aos 16 anos, estava fora da escola e, compareceu sozinha com o bebê para a entrevista. Relatou assumir todas as responsabilidades pelo cuidado do bebê: *“eu cuido dos meus irmãos e agora do Alex também.....e...quando fico doente... ahn...eu cuido de mim mesma, às vezes minha vó me ajuda....”*. Apesar de demonstrar estar feliz com a maternidade e, de essa ser uma perspectiva de vida futura parecia não levar em conta os prejuízos que poderiam ser desencadeados.

Além de gestações precoces observou-se que, nas famílias com mais filhos, os mais velhos enfrentaram mais situações de risco ou adversas que os mais novos. Nos casos considerados graves, os filhos mais velhos estavam fora da escola, alguns envolvidos com uso de substâncias psicoativas, criminalidade ou foram pais na adolescência.

No caso 13, o filho mais velho, Matias, de 19 anos, não participou da pesquisa. Ele era dependente de bebida alcoólica e SPA e, de acordo com o padrasto cumpriu medida socioeducativa na Fundação Casa duas vezes, uma por tráfico de drogas e outra por porte ilegal de armas.

No caso 2, um dos irmãos mais velhos, Cauã, também era dependente de drogas. No caso 15, Eric fazia uso de SPA e ficou na Fundação Casa por 6 meses, cumprindo medida socioeducativa em 2010 em decorrência de tráfico de drogas. No momento da entrevista morava com a avó materna e não estava mais fazendo uso de crack há aproximadamente 6 meses.

No caso 12, os filhos da genitora de Maya, que não participaram da pesquisa encontram-se com sérios problemas de aprendizagem e uma das filhas ficou grávida na adolescência.

Apesar dos filhos mais velhos apresentarem graves consequências em função das situações de violência, prejuízos sociais e emocionais, observou-se em alguns relatos, que exerciam uma função protetiva em relação aos irmãos mais novos, sendo considerados por eles como figuras de referência e suporte.

Pode-se observar essa situação no caso 1, Bia, a irmã mais nova disse: “*eu conto meus segredos para Ayla e ela cuida de mim quando estou doente*”. No caso 2, Adam, de 15 anos, relatou que a irmã Chloe de 21 anos era a pessoa da família com “*quem mais conto*”. E no caso 5, a responsável também relatou que as irmãs Eva e Iara “*contam uma com a outra nas situações da vida*”.

#### 5.2.2 FATORES ADVERSOS QUE OCORRERAM NA VIDA DOS RESPONSÁVEIS OU COM ALGUÉM DA FAMÍLIA QUE CONVIVE COM A CRIANÇA OU ADOLESCENTE

Ao longo dos anos, famílias em situação de vulnerabilidade vivenciam fatores estressores, que surgem em associados ou acumuladamente. Isso se torna crônico e os indivíduos são expostos cada vez mais a situações adversas que, vão se agravando, como a violência, os abandonos, separações, envolvimento com a criminalidade, uso de substâncias psicoativas ou bebida alcoólica, problemas emocionais, entre outros(47–49).

Foram analisados como possíveis fatores de risco familiar no G1 com diferenças estatisticamente significantes em relação ao G2: 1) a família ter morado em situação de rua ( $p < 0,001$ ); 2) maior possibilidade de problemas de saúde mental de alguém da família que convive com o sujeito (a partir do relato de sintomas pelo responsável) ( $p < 0,001$ ); 3) maior envolvimento de alguém da família com a criminalidade ( $p < 0,001$ ); 4) maior envolvimento de alguém da família em situações de exploração sexual ou prostituição ( $p = 0,016$ ); 5) uso de bebida alcoólica considerado problemático por alguém da família que convive com a criança/adolescente ( $p < 0,001$ ) e 6) uso de substâncias psicoativas considerado problemático por alguém da família que convive com a criança/adolescente ( $p = 0,031$ ) (Tabelas 9, 10, 11 e 12).

No G1, 10 famílias estiveram, por um período, morando na rua (Tabela 9). Os fatores relatados que as levaram a isso, foram: problemas socioeconômicos de miséria extrema, desemprego, baixa escolaridade dos genitores, uso considerado problemático de

álcool e drogas, entre outros. As famílias em situação de violência, encontram-se submetidas a uma somatória de riscos que, tem um efeito dominó, ou seja, um fato acaba desencadeando outro, as vezes ainda pior, como estar em situação de rua. As causas disso, não se resumem somente a pobreza, mas a um conjunto de fatores culturais, sociais e relacionais. As políticas públicas de atendimento a essa população segregada e marginalizada ainda requerem melhorias, principalmente a articulação intersetorial, para que as ações, se efetivem na prática tanto em relação à população adulta, quanto a infanto-juvenil(47,134,135).

Além dessas situações, algumas famílias relataram que, alguns dos filhos mais velhos encontravam-se em situação de rua de forma descontínua, geralmente associada ao uso abusivo de substâncias psicoativas e bebida alcoólica. Exemplificados nos casos de Cauã, de 23 anos (Caso 2) e de Éric, de 19 anos (Caso 15) ambos usando crack, além de outras substâncias.

No caso 4, a avó de Duda relatou sobre a situação de risco vivenciada pela adolescente nesse contexto: *“provavelmente ela já se prostituiu na rua...pra usar droga sabe.... também realizou um assalto com arma, além de outros roubos também no centro da cidade....ela sai de casa, desaparece vários dias e depois volta.”*. Na entrevista com Duda, ela demonstrou dificuldades quanto à capacidade de manutenção de vínculos saudáveis, sendo esses, frágeis e inconsistentes. Ela apresentava uma miséria afetiva e, a busca desesperada por encontrar alguma forma de afeto em algum lugar, mesmo sendo esse lugar o espaço da rua.

A dificuldade em solucionar os conflitos emergentes e a violência doméstica podem ser fatores que impulsionam essas crianças e adolescentes para a rua, além dos problemas socioeconômicos. Mas, o aspecto principal a ser estudado, refere-se a forma como os sujeitos lidam com as relações afetivas a partir da sua capacidade de resiliência, aliado a gravidade das situações vivenciadas. A família, apesar dos vínculos fragilizados tem um papel importantíssimo na vida dessas crianças e adolescentes e todos eles são vítimas do sistema social. O trabalho em rede, focado na linha de cuidado, com ações efetivas devem visar o fortalecimento da resiliência familiar para possibilitar romper com a migração desses sujeitos para o contexto da rua(46,134,136).

O sofrimento emocional relatado por pelo menos um membro da família foi de 59% no G1 e, 16,7% do G2 (Tabela 10). Quanto à presença de sintomas, as genitoras do grupo em situação de violência representam 61,9% das queixas e 19% dos genitores (Tabela 10). Os dados apresentados estiveram em consonância com as pesquisas na área, sendo entre as mulheres, maior o relato de sintomas relativos a ansiedade, humor ou os transtornos

somatoformes; e, entre os homens, o uso de substâncias psicoativas ou bebida alcoólica(137).

Bordin e Paula(138), apontam a psicopatologia materna como um importante fator de risco para o aparecimento de problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes. Outro estudo com mulheres em situação de violência(139), apontou que, a agressividade no âmbito doméstico ocasiona efeitos emocionais devastadores nas mães e, conseqüentemente nos filhos. As principais conseqüências relatadas pelos responsáveis sobre as crianças e adolescentes foram problemas escolares e de comportamento.

No caso 13, Ivani, a genitora apresentou graves sintomas depressivos de acordo como o relato de seu companheiro, pois ela não conseguiu participar da pesquisa em função disso, *“tem dias que ela não consegue levantar da cama....e o Matias, filho dela de 19 anos sempre deu trabalho....não terminou de estudar e usa droga também....”*.

Já no caso 11, segundo a genitora, o pai e os dois filhos mais velhos estavam deprimidos e por isso *“todos precisavam de tratamento, mas não aceitam...”*. Marcos, o filho mais novo, de 16 anos *“só quer ficar deitado”* e seu outro filho, Miguel de 21 anos *“não tem vontade de fazer nada”*. O genitor fazia uso de bebida alcoólica com frequência e demonstrava muita irritação desde que voltou da cadeia, local onde ficou mais de três anos em decorrência de um assalto, *“ele voltou no ritmo da cadeia, muito metódico, reclama de tudo, luz, TV, etc....e fica muito irritado, brigando com Marcos o tempo todo”*.

Fatores de risco, destacados nos casos relatados, como o envolvimento com a criminalidade, uso constante de bebida alcoólica ou de outras SPA foram observados com muita frequência no G1, nas figuras do sexo masculino e em grande parte, associados.

Verificou-se em 67% das famílias em situação de violência, relatos de que haviam pessoas próximas (às vezes mais de uma) da criança ou do adolescente que tinham algum envolvimento com a criminalidade, sendo os mais citados os genitores (pai e mãe), seguidos por irmãos e avôs e, na maior parte do sexo masculino. No G2, o envolvimento com o crime (22,7%) foi mais frequente em pessoas distantes da criança/adolescente, como tios, outros familiares, padrasto ou madrasta (Tabela 11).

Esses tipos de comportamento em indivíduos adultos, com um padrão global de desrespeito e violação dos direitos das outras pessoas podem ser denominados como transtornos de personalidade antissocial (TPAS). Estes variam em diferentes graus, que vão desde atitudes menos prejudiciais e mais esporádicas, atitudes como a mal adaptação demonstradas no TPAS ou em outros transtornos externalizantes ou, condutas extremas como as psicopatias(140,141).

O TPAS na vida adulta pode ser precedido por atitudes na infância e adolescência mais leves como, problemas de comportamentos, dificuldades em aceitar regras e limites, mentir, enganar ou furtar pequenos objetos; ou atitudes mais graves, denominadas como transtornos de conduta como ameaçar, brigar, ferir pessoas ou animais, se envolver em atos criminosos, tráfico de drogas, entre outros(142).

Pesquisas na área apontam correlação entre o TPAS associado ao uso de bebida alcoólica e outras SPA, com maior frequência no sexo masculino e também na população carcerária(141,143). Outros autores(8,142), apontam a violência doméstica vivenciada na infância e adolescência como fator de risco para o comportamentos antissociais ou para os transtornos de conduta, como formas de reagir ao estresse e a agressividade vivenciados, apesar de serem poucas as pesquisas e, estas utilizarem nomenclaturas diferenciadas para classificar os sintomas. Portanto, é importante a realização de estudos na área que analisem esse tipo de relação para que, seja possível investir em ações preventivas de tratamento em saúde mental.

No G1, em 67% das famílias havia alguém que convivia com a criança/adolescente e que, fazia uso considerado problemático de bebida alcoólica, sendo 65,7% o uso por um dos genitores (43,5% o pai e 22,2% a mãe). Quanto ao uso de SPA considerado preocupante observou-se em 55% dos relatos, sendo 64,1% o uso de um dos pais (34,6% o pai e 29,5% a mãe). Na comparação entre os grupos, verificou-se que o uso de bebida alcoólica por um dos responsáveis ( $p < 0,001$ ) e de SPA ( $p = 0,031$ ) foram fatores de risco (Tabela 12).

Autores (144,145) apontam relação entre a ingestão de álcool e comportamentos violentos. A bebida alcoólica pode proporcionar um comportamento mais desinibido e, desencadear atitudes agressivas. Outra perspectiva, seria de que o consumo de álcool pode ser visto como uma desculpa aceita socialmente para o comportamento agressivo. E numa terceira análise, tais pessoas já apresentam uma personalidade impulsiva e por isso, consomem álcool em excesso e isso pode desencadear atitudes violentas.

Um estudo atual(146), mostrou associação entre pacientes internados em um hospital no município de Campinas, vítimas de traumas por violência (spancamentos, ferimentos por arma branca ou de fogo e acidentes de trânsito) e uso de SPA como álcool, cocaína, maconha e crack. A literatura de forma geral aponta associação entre o consumo de álcool e outras SPA, a presença de transtornos emocionais ou de personalidade significativos nesses sujeitos e, conseqüentemente a ocorrência de violência, podendo ser a violência

intrafamiliar, comunitária ou social(146–148).

Outro fator observado nessa população e, de extrema relevância, foi o envolvimento de alguém da família do G1, em situações de exploração sexual ou prostituição. Quase todas as situações relatadas foram de pessoas do sexo feminino, irmãs e a genitora e, em um caso a própria adolescente ou irmãos do sexo masculino, travestis (Tabela 11). A literatura aponta que as mulheres ou meninas apresentam mais risco de prostituição, principalmente aquelas que vivenciaram situações de violência doméstica ou abuso sexual (3,149,150).

Observou-se associação entre o uso de SPA e o envolvimento com a exploração sexual no caso 4, Duda, de 14 anos “*provavelmente já se prostituiu na rua... para usar droga, né*”. Ela vivenciou situações gravíssimas de extremo risco, com apenas 15 anos, como consequências das situações adversas que ocorreram em sua vida, como a violência intrafamiliar.

### 5.3. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

#### 5.3.1 A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

A violência doméstica presente na infância e adolescência é caracterizada por quatro formas mais comuns: violência psicológica, física, negligência e sexual. O que se observa é que as agressões não ocorrem isoladamente, portanto uma pessoa geralmente é vítima de mais de uma forma de violência ao mesmo tempo(16,151). Em 63% das famílias estudadas do G1, as crianças e adolescentes foram vítimas de mais de uma forma de violência.

Em relação aos tipos de violência sofridos pelos sujeitos desse estudo (Tabela 5), verificou-se que, 82% foram situações de violência psicológica e na sua maioria, associadas a outras forma de violência, corroborando dados da literatura(151). A violência psicológica é extremamente grave, geralmente com alta prevalência e pode ocasionar impactos severos como problemas de saúde mental ainda na infância e adolescência e, principalmente na vida adulta(15).

A negligência de cuidados foi a segunda forma de violência mais presente, em 58% dos casos estudados, a violência sexual esteve presente em 26% e a física em 23%. Em outros estudos sobre maus tratos contra crianças e adolescentes verificou-se concomitância de mais de um tipo de violência diferente contra o mesmo sujeito(16). Em pesquisas semelhantes(152), a negligência por omissão de cuidados ou por abandono foi citada como a violência mais frequente. Nesse trabalho, a violência psicológica foi a mais frequente, por

estar associada as outras formas de violência, entretanto a negligência e o abandono apresentaram altos índices.

Os agressores principais foram os pais (pai e mãe) em 50,9% dos casos ou somente um dos responsáveis (pai ou mãe) em 30% das famílias. As outras situações de violência foram cometidas por avôs, padrasto ou madrasta, tios (as) ou outros familiares e amigos da família. Em estudo semelhante(16) observou-se a mesma dinâmica em relação aos agressores, sendo a maior parte das formas de violência cometidas principalmente pelos genitores.

Verificou-se também situações de agressões físicas e verbais em 66% dos casais do G1, sendo este número, elevado, comparado ao G2 que apresentou 10,6% de situações de violência de gênero ( $p < 0,001$ ).

Na violência de gênero familiar, geralmente a vítima é a mulher e, o homem o agressor. Estudos apontam estatísticas assustadoras, uma em cada três mulheres já sofreu alguma forma de violência, desde mais grave como o espancamento, até mesmo formas mais silenciosas, como ser coagida a ter relações sexuais com o parceiro, abusos psicológicos, ameaças, humilhações, entre outras. Tais situações de violência do homem contra a mulher, podem desencadear inúmeras reações: a agressão da mulher contra o marido e isso, se tornar comum entre o casal; a agressão contra os filhos, pela genitora ou por ambos os pais; ou mesmo a decisão da mulher de abandonar o relacionamento e, se responsabilizar pelo cuidado dos filhos sozinha. Isso pode acarretar outros problemas socioeconômicos ou de vulnerabilidade social para a família(7,153).

Quando uma criança ou adolescente é vítima de maus tratos em uma família, pode-se pressupor que outras pessoas também estejam vivenciando tais situações. A violência doméstica ou intrafamiliar é um fenômeno relacional e, portanto, a agressividade pode ser explicada como uma maneira do indivíduo de se comunicar. Os xingamentos, humilhações ou agressões físicas no âmbito familiar muitas vezes se tornam comum e sistemáticos(7,18,46).

As diversas famílias estudadas demonstraram diferentes formas de se relacionar e de cuidar dos filhos, diante da vulnerabilidade econômica e social presentes nas comunidades nas quais estão inseridas. Em alguns casos considerados graves, verificou-se maior dificuldade dos responsáveis em cumprir, de forma eficaz, as funções parentais, devido as condições de risco envolvidas, aliada a ausência de uma rede social de apoio efetiva. Tais condições são descritas na literatura como miséria econômica e afetiva. Isso pode levar a uma dificuldade importante na vinculação e nos processos proximais entre pais e filhos,

repercutindo em uma ausência total da capacidade parental de acolhimento diante das necessidades, principalmente emocionais dos seus filhos(154,155).

A partir da análise qualitativa verificou-se nas histórias de vidas que, as consequências emocionais desencadeadas pela violência doméstica não estão relacionadas, necessariamente, ao tipo de violência sofrida. Quando se imagina que um sujeito foi vítima de violência sexual, pressupõe-se que ele pode apresentar sérios prejuízos emocionais. Entretanto, levanta-se a reflexão de que os principais agravantes podem estar relacionados ao tempo de exposição a violência, a quantidade de situações vivenciadas ou diferentes formas de violência e, a ausência de figuras de suporte/referência.

Em um estudo de revisão bibliográfica sobre violências cometidas contra crianças e adolescentes brasileiros e suas repercussões sobre a saúde mental(8), também foram encontrados resultados semelhantes aos apontados nessa pesquisa, sendo fundamental destacar que um indivíduo exposto a mais de uma forma de violência, por um longo período de tempo, pode desenvolver transtornos emocionais mais graves.

Nos casos estudados, elencados como de maior gravidade, verificou-se que as crianças e adolescentes haviam vivenciado quase todas ou todas as formas de violência, principalmente os filhos mais velhos. Nos casos 1 e 4 as adolescentes sofreram violência física, psicológica, sexual e negligência. Nos casos 2, 3 e 5 os sujeitos sofreram todas as formas de violência, com exceção da sexual.

Nos casos apresentados como intermediários ou os considerados de menor gravidade os sujeitos vivenciaram uma ou duas formas de violência diferentes, estiveram expostas a tais situações em um tempo menor e estas foram mais brandas, principalmente nos menos graves.

Na análise qualitativa observou-se que a gravidade da violência e o tempo de exposição a situações recorrentes influenciaram no adoecimento emocional. Entretanto o fator principal de proteção em relação à saúde mental das crianças ou os adolescentes estudados, foi estas poderem perceber que existe alguma pessoa da sua rede de relacionamentos com capacidade emocional para protegê-los e auxiliá-los. Verificou-se que o suporte social e emocional efetivo exercido por uma figura de proteção é a fonte principal para a construção de formas de resiliência adequadas para crianças e adolescentes em situação de violência doméstica(21).

Pode-se afirmar que a existência de um responsável que acredite e proteja a criança das situações de abuso ou violência são necessárias para evitar o agravamento de

problemas emocionais. Nos casos de gravidade intermediárias, caso 7 (região sul), caso 9 (região noroeste) e caso 10 (região sudoeste) as genitoras acreditaram nos relatos das crianças sobre o abuso sexual e separaram-se dos maridos agressores, protegendo os filhos. No caso 6 (região norte), a genitora/tia exerceu um papel de cuidado e proteção, após a morte de sua irmã (mãe das sobrinhas) e de seu marido (pai das filhas), apesar das dificuldades enfrentadas. No caso 8 (região leste), a genitora também optou pela separação como uma forma de proteger os filhos das constantes brigas do casal.

Como observam-se nos relatos, nos casos de menor gravidade pelo menos um dos genitores e outras figuras de apoio foram apontada como referência de suporte, não apenas para os cuidados físicos, mas também emocional. No caso 11, Marcos disse: *“posso contar principalmente com minha mãe, meu irmão Miguel e também com meus amigos”*.

No caso 12 Maya indicou no diagrama de escolta: *“meu pai cuida de mim quando eu tô doente, eu posso conversar com ele também....e com a Letícia, ela é minha vizinha sabe, ela tem uns 30 ou 40 anos”*.

No caso 13 Bruna relatou: *“eu sou fechada.... não converso muito, mas quando eu preciso, falo com minha mãe e com minha irmã, a Mel.... e quando eu to doente minha mãe e meu pai cuidam de mim”* (ela se referiu ao padrasto Ladislau), a quem chama de pai.

No caso 14 Catarina apontou a genitora e a avó materna como referência de apoio. Já seu irmão Leonardo disse: *“posso contar a minha mãe e com a Catarina, minha irmã”*.

No caso 15 Eric e Enzo relataram no diagrama de escolta que contam com ambos os pais, tanto para apoio emocional, quanto para os cuidados físicos em situação de doença

Observa-se que a construção da resiliência nesses casos pode estar aliada a função de suporte social e emocional de um responsável capaz de oferecer proteção e cuidado adequado para as crianças e adolescentes, mesmo depois da vivência de situações adversas como a violência doméstica (16,156).

### 5.3.2 A VIOLÊNCIA NA ESCOLA

Com relação as formas de violência sofridas pelas crianças e adolescentes no ambiente escolar (Tabela 6) verificou-se diferenças estatisticamente significante entre os grupos ( $p < 0,001$ ). O G1 apresentou maior risco, sendo 47% dos agressores os colegas (crianças ou adolescentes) e, 20% os profissionais da educação. As agressões mais frequentes foram a violência psicológica e/ou verbal, seguida pela física. Autores apontam que(18) crianças vítimas de violência doméstica vivenciam mais episódios de agressões no ambiente

escolar. Tais manifestações comportamentais podem ser reflexo do ambiente doméstico, pois ao agirem de forma violenta, recebem reações iguais, tanto das outras crianças e adolescentes como dos professores.

A violência escolar não ocorre de forma isolada, sendo fundamental analisá-la como consequência da violência intrafamiliar e comunitária e, do Estado, enquanto omissão diante das situações de vulnerabilidades sociais. Estas se correlacionam e são resultantes da macroestrutura social e política refletindo no comportamento dos indivíduos. Por isso, os achados encontrados nessa pesquisa, devem ser compreendidos sob todas as óticas buscando não culpabilizar a família ou o indivíduo. Refletir sobre a atuação da rede de proteção deve ser o foco principal, tendo como objetivo, minimizar os possíveis efeitos atuais e futuros das atitudes violentas(8,157).

No âmbito escolar (Tabela 7), verificou-se no G1, índices elevados de suspensão ( $p=0,003$ ) e de repetência escolar ( $p<0,001$ ) comparado ao G2, sendo 22,7% dos sujeitos que repetiram de 3 a 6 vezes. De acordo Priotto e Boneti(157), as práticas violentas no ambiente escolar prejudicam seus membros e, desestimulam o interesse dos alunos pelo aprendizado. Isso resulta no fracasso escolar e diminui o desejo em permanecer na escola.

Foram encontradas diferenças entre o G1 e o G2, com relação aos problemas de aprendizagem e de comportamentos ( $p=0,013$ ) (Tabela 15). Levanta-se a hipótese de que as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, por vivenciarem mais situações de risco, possam apresentar dificuldades em relação ao aprendizado e conseqüentemente problemas de comportamentos. A escola e os professores têm um papel importantíssimo na vida desses sujeitos e poderiam exercer seu papel de acolhimento e proteção ao invés de aumentarem a exclusão(157,158), como verificou-se no caso 4 em que Davi se refere a professora da escola como referência “*converso bastante com a professora Rita*”, ou no caso 5, em que as irmãs Eva e Iara contam com o apoio das profissionais do núcleo socioeducativo.

#### 5.4. VIOLÊNCIA E RISCO PARA PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os resultados do presente estudo mostraram que as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica apresentaram maior prevalência de possibilidades de problemas de saúde mental a partir da aplicação do SDQ(78) nas duas versões comparado ao G2. No G1, os índices foram de 52% na versão de auto avaliação e, de 64%, na versão de avaliação aplicada com os responsáveis sobre as crianças e adolescentes. Pesquisa realizada pela autora (25,30) apresentou dados semelhantes, com prevalência de 65,5% de

possibilidades de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica a partir da utilização do SDQ, comparado a população geral.

A literatura internacional e nacional aponta que a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes varia entre 10% e 20%(159–162).

No G2 verificou-se índices de prevalência de possibilidades de problemas de saúde mental de **33,3%** na versão de auto avaliação e de **37,9%** na versão de avaliação com o responsável. Os sujeitos desse grupo foram selecionados por características semelhantes ao G1, excluindo terem vivenciado violência doméstica, mas expostos a outros fatores adversos. Condições desfavoráveis com más condições de saúde e moradia, pouca estrutura socioeconômica, cultural ou, baixa escolaridade dos responsáveis prejudicam desenvolvimento global e emocional de crianças e adolescentes expostas a tais ambientes, justificando os altos índices de sintomas emocionais apresentados também pelo G2 comparado a população geral(8,49,116,138,163–166).

Uma pesquisa atual(167) analisou os dados dos estudos da coorte de nascimento em Pelotas (BR), de 1993 e 2004, para avaliar os transtornos emocionais em crianças de quatro anos de idade, utilizando a *Child Behavior Checklist* (CBCL). Ao comparar os números, os autores verificaram que houve um aumento acentuado de problemas de saúde mental tanto internalizantes, quanto externalizantes, principalmente em mães com baixa escolaridade e em famílias com maior vulnerabilidade socioeconômica, corroborando estudos realizados em outros países de rendas baixas e médias.

As prevalências de possibilidade de problemas de saúde mental encontradas no G1 a partir da avaliação do SDQ nas duas versões foram bastante elevadas. Entretanto os índices apresentados pelo G2 também foram altos, comparado a média da população. Isso indica a necessidade de mais estudos como o de Matijasevich et al.(167), que busquem analisar e compreender quais são os possíveis fatores preditores e de risco que ocasionam aumento nos problemas de saúde mental infanto-juvenil.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes foi fator de risco para o aumento de possibilidades de problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes estudados, a partir da avaliação do SDQ aplicados com os responsáveis (SDQ-R) ( $p=0,002$ ). Tal resultado associado a alta prevalência de possibilidade de problemas de saúde mental no G1 são relevantes para os estudos na área de saúde mental infanto-juvenil(25,168). Esses indicativos contribuem para a reflexão sobre as implicações práticas de um trabalho preventivo que busque o desenvolvimento emocional de crianças e adolescente e, a

construção da resiliência nesses sujeitos(169).

Os responsáveis apontaram também, a presença de sintomas preocupantes relativos ao sono, alimentação e dificuldades de aprendizagem nas crianças e adolescentes. Os problemas de sono foram um pouco mais frequentes no G2 (42,4%) do que no G1 (35%), com poucas diferenças. Já os relativos a alimentação ( $p=0,007$ ) e as questões escolares ( $p=0,013$ ), como problemas de aprendizagem ou comportamento, foram mais frequentes no G1 (Tabela 15). Essas dificuldades ou sintomas podem ser indicativos de sofrimento emocional em crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, como depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, entre outros(35,170–173).

Tais resultados corroboram outros achados realizados com populações expostas a situações de violência, que indicam sinais e sintomas alimentares, de sono, aprendizagem ou comportamento como resultantes de situações estressoras, que aumentam os riscos de problemas emocionais(18,46,148).

No caso 2, o adolescente Adam e no caso 11, Marcos encontram-se fora da escola, com relatos de desânimo e sono excessivo. Adam disse: *“eu fico o dia todo em casa, não saio nem na rua.....fico dormindo”*. E Marcos disse: *“ahn...., eu não fico com vontade de sair, quero ficar dormindo”*.

No caso 4, a genitora conta que o filho Davi, de 12 anos *“briga muito na escola e também é muito preguiçoso”*. A mãe demonstrou com todos os filhos, negligência e dificuldades no estabelecimento de regras e limites e talvez essa seja uma das questões que levam Davi a ter problemas escolares.

No caso 6, as irmãs Lana, Malu e Ivy ficaram órfãs de mãe e passaram a ser cuidadas por uma tia materna, com ausência constante ou abandono dos genitores (pais). De acordo com a tia Inês, Lana apresentou sintomas de insônia após a morte da mãe e, atualmente tem problemas de comportamento na escola, *“ela é muito briguenta....”*. Já Malu, manifesta seu sofrimento comendo em excesso e é caracterizada como *“a mais gordinha....”*. A mais nova delas, Ivy, de 9 anos *“bate a cabeça na parede dormindo e.... tem comido muito e, está engordando”*.

No caso 7, as meninas foram vítimas de abuso sexual e, segundo a genitora, sua filha mais nova *“levantava a noite, falava dormindo, mexia no armário, era sonambula...”*. Tais sintomas eram apresentados na época em que estava vivenciando as situações de violência.

No caso 8, o adolescente Otto, de 16 anos *“ficava preocupado com a situações de brigas (dos pais) e estava indo mal na escola...., eu fui pra casa da minha mãe faz dois meses e o Otto tá lá comigo.... fica na mesma rua da minha casa, mas eu não sei se melhorou na escola depois da separação”*.

No caso 9, Sara foi vítima de abuso sexual pelo pai, que ainda mora na mesma casa, pois está doente e como disse a mãe: *“a Sara dorme com a mão agarrada na minha mão.... e exagera um pouco na comida”*. Quanto à escola, a criança tinha problemas de aprendizagem, mas *“melhorou depois que começou o atendimento”*.

No caso 14, Leonardo de 9 anos e, Catarina de 13 anos, sofreram violência física e psicológica pela genitora. A adolescente também foi vítima de abuso sexual por um tio materno que tem esquizofrenia. Como disse, Antônia, a mãe: *“Catarina tem problema na escola...não consegue aprender e briga muito, mas está um pouco melhor e o Leonardo tinha muitos pesadelos e era sonambulo”*.

No caso 15, Enzo de 14 anos, tem problemas de aprendizagem graves, pois *“não sabe ler e escrever, sente vergonha....é muito agitado e muito nervoso”*. Atualmente está começando a se interessar pelos estudos. Já Eros, seu irmão mais novo de 12 anos apresenta *“um pouco de dificuldades de aprendizagem”*.

Como pode ser observado nos casos, os reflexos da violência não são silenciosos, eles se manifestam por meio de inúmeros sintomas. Portanto, é fundamental que os profissionais que atuam na área da infância e juventude conheçam esses sinais para acolher, encaminhar e cuidar afim de prevenir que as situações de violência continuem ocorrendo e que a manifestação desses sintomas, se transformem mais tarde em transtornos de personalidade ou problemas de saúde mental mais graves e de difícil tratamento (46).

##### 5.5. RESILIÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO COM OS OUTROS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Apesar dos avanços nas pesquisas sobre a resiliência, estas são recentes e, ainda apresentam muitas controvérsias quanto as suas definições e conceitos(33,174). Os métodos empregados nas investigações ainda são muito divergentes e dificultam a comparação dos dados(175). Um estudo atual(176), com crianças dos 3º, 4º e 5º do EF com baixo rendimento escolar, encontrou-se taxas de prevalência de resiliência adequada em 71,70% nos sujeitos e de 76% de boa autoestima utilizando a Escala de Resiliência (ERA) e a Escala de autoestima de Rosenberg. Outra pesquisa(177) com adolescentes colombianas grávidas encontrou-se

prevalência de resiliência adequada em 65,8% dos sujeitos, utilizando a Escala de Resiliência de Wagnild e Young de 1993.

Em relação à prevalência da resiliência a partir da utilização do Questionário RSCA(80), os sujeitos de ambos os grupos demonstraram, nas três escalas, alta capacidade (categorias alta, acima da média e média). O G1 apresentou prevalência de 72% de alta capacidade na Escala I (sentido do controle: otimismo, auto eficácia e adaptabilidade), 92% na Escala II (capacidade de relacionamento: confiança, apoio, conforto e tolerância) e 87% na Escala III (reatividade emocional: sensibilidade, recuperação e prejuízo). No G2, a prevalência foi de 74,2% na Escala I, 89,4% na Escala II e 98,5% na Escala III (Tabela 16).

Verificou-se diferenças estatisticamente significantes entre os grupos na Escala III do questionário RSCA em relação à baixa resiliência (categorias baixa e abaixo da média), sendo a prevalência no G1 de 13% e, no G2 de 1,5% ( $p=0,009$ ). Nas escalas I e II não foram observadas diferenças (Tabela 16). As crianças e adolescentes vítimas de violência demonstraram maior dificuldade quanto à capacidade de reatividade emocional, ou seja, baixo limiar para a reação ao lidar com as situações limites ou de desconforto; pouca capacidade para se recuperar de um alerta emocional; e baixa capacidade para se manter o equilíbrio numa situação de alerta(80).

A reatividade emocional se traduz na maneira como cada pessoa consegue regular as emoções que são desencadeadas. Isso pode levar o indivíduo a elaborar e compreender uma situação de forma mais rápida ou lenta, com ou sem sintomas emocionais. Desenvolver a resiliência, como um todo, poderá auxiliar esse indivíduo a aprender a lidar com os eventos adversos e estressores vivenciados(47,80).

Os sujeitos desse estudo de ambos os grupos apresentaram bons indicativos em relação à resiliência e, ao mesmo tempo manifestaram sofrimento através de sintomas emocionais importantes. Refletir acerca dos aspectos que influenciam na construção da resiliência poderá contribuir preventivamente para que, esses quadros de transtornos mentais, não se instalem ou não se tornem crônicos. Parece consenso entre os achados(46,158,178) que estratégias de intervenções precoces, trabalhos que visem promover a qualidade da relação das crianças com os adultos e, a presença de figuras de referência com capacidade para oferecer suporte social adequado, são fundamentais para ajudar na construção da saúde mental da resiliência nesses sujeitos.

Como foram identificadas poucas diferenças entre os grupos, optou-se por realizar a análise a respeito dos fatores que pudessem interferir na construção da resiliência independentemente do grupo no qual estavam inseridos.

Na versão de auto aplicação do SDQ-C/A (11 a 16 anos), verificou-se, em ambos os grupos, que os sujeitos com baixa resiliência e abaixo da média na Escala I também apresentaram maior possibilidade de sintomas emocionais (A) ( $p=0,008$ ). Isso indica que os sujeitos com mais problemas de saúde mental, tinham conjuntamente mais dificuldades quanto à capacidade de otimismo, que seria ter atitudes positivas em relação ao mundo em geral e a própria vida; de auto eficácia, que estaria associada a estratégias e ações direcionadas a solução de problemas e; de adaptabilidade, que indicaria a capacidade de ser receptivo a crítica e de aprender com os próprios erros(80). Na versão de avaliação do SDQ-R não houve associação com as três escalas de Resiliência. Apesar de diferentes resultados na versão de auto avaliação comparada a versão dos responsáveis, prioriza-se, a partir da literatura, o que foi informado na versão que corresponde as respostas do sujeito a respeito dele mesmo (179).

Pode-se observar na análise de distribuição univariada nas três Escalas de Resiliência (Tabelas 17, 18 e 19) indicativos importantes quanto ao apoio social recebido e, como as crianças e adolescentes o percebem. Isso é fundamental na construção das características de resiliência, tanto nas mais intrínsecas como a resolução dos problemas, na capacidade de relacionamentos, quanto na forma como reagem aos problemas vivenciados(83,180–182).

Em seguida, realizou-se a análise utilizando o modelo multivariado (Tabela 20), a partir dos resultados encontrados nas tabelas 17, 18 e 19. A não percepção do apoio social ou, a ausência do mesmo foi um fator de risco e vulnerabilidade, em várias categorias, associado a resiliência baixa e abaixo da média.

As crianças e adolescentes que apresentaram média percepção de suporte do professor (SSA – Professor), comparado ao grupo com alta percepção, tiveram 4,19 vezes mais chances de baixa resiliência nas características de otimismo, autoeficácia e adaptabilidade (Escala I)(80). E, o grupo com baixa percepção do suporte do professor apresentou 37,16 vezes mais chance de baixa resiliência nas características de reatividade emocional (Escala III)(80).

De acordo com Alves e Dell’Aglío(158):

“a percepção de menor apoio dos professores, pode indicar algum distanciamento na relação professor/aluno, embora a escola deva se constituir numa importante fonte

de apoio, onde o jovem deveria sentir-se seguro para contar com ajuda de seus membros”.

A escola e os professores, são fontes importantes de proteção e exercem um papel de referência que auxiliam na construção da resiliência, tanto nas características mais intrínsecas, avaliadas na Escala I do instrumento RSCA, quanto na reatividade emocional (Escala III). Crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade, com figuras de referência familiares fragilizadas, precisam de outras referências de suporte, como os professor, os profissionais que atuam nos serviços de proteção e nos núcleos socioeducativos(80,158).

O papel dos profissionais da educação como figuras de referência é de suma importância para essas crianças e adolescentes, como pode ser observado nos relatos dos sujeitos. No caso 4, Davi, de 12 anos, vítima de negligência de cuidados e abandono do genitor disse: *“posso contar com a minha mãe, mas também converso bastante com a minha professora Maria, lá da escola sabe....”*.

No caso 5, as duas adolescentes Eva de 15 anos e Iara de 14 anos órfãs de mãe, que estavam sob responsabilidades dos tios paternos, demonstraram estarem em busca de uma figura de referência que oferecesse acolhimento emocional e afetivo, enumerando pessoas no diagrama de escolta como os profissionais do núcleo socioeducativo que frequentam e do serviço especializado, quando precisam de apoio ou suporte.

O grupo com baixa percepção do suporte de amigos (SSA – Amigos) comparado ao grupo que teve alta percepção, teve 12,68 vezes mais chance de baixa resiliência na Escala II, capacidade de relacionamentos (Tabela 20). A percepção adequada do suporte dos amigos, principalmente na adolescência, contribui para a construção da capacidade de relacionamento, uma das características importantes da resiliência. Para isso, as noções de confiança, percepção de acesso ao suporte, conforto com os outros e tolerância com diferenças são fundamentais(80,166).

As crianças e adolescentes do grupo com baixa percepção de suporte por outras pessoas da comunidade (Outros – SSA), comparado àqueles que tiveram alta percepção, apresentaram 14,08 vezes mais chance de baixa resiliência na Escala I, nas características de otimismo, adaptabilidade e auto eficácia. E, o grupo com média percepção de suporte por outras pessoas da comunidade teve 6,81 vezes mais chance de baixa resiliência nessas mesmas características (Tabela 20). As funções desempenhadas por figuras de referência e suporte social são fundamentais na construção de características resilientes, mesmo com relação àquelas mais distantes, como pessoas da comunidade.

Squassoni, Matsukura e Panúncio-Pinto (166) apontam que:

“O apoio social disponível a partir da família, de amigos, de professores e da comunidade como um todo, auxilia a criança e o adolescente a lidar com eventos e desafios que enfrentam nessa fase do desenvolvimento, e que poderão repercutir no período da vida adulta”.

Em relação à família, na análise multivariada da resiliência dos grupos em conjunto, verificou-se que, a mesma não foi identificada nem como fator de proteção, nem como fator de risco. No estudo de Squassoni, Matsukura e Panúncio-Pinto(166), a família foi apontada pelas crianças e adolescentes brasileiros como a fonte de suporte social mais importante. Levanta-se a hipótese de que, as famílias que participaram dessa pesquisa, de ambos os grupos, não puderam ser percebidas como vulneráveis, muito menos como protetivas por se apresentarem num estado de desorganização caótico, com inúmeros fatores de riscos envolvidos. A conjunção de tantos problemas existentes nessas famílias, ocorrendo concomitantemente, dificultaram a análise da característica de percepção de suporte.

Através do instrumento RAF, que analisa a presença de recursos no ambiente familiar, verificou-se que as crianças e adolescentes com alta resiliência na reatividade emocional (Escala III) tinham regras e rotina estabelecidas ( $p=0,005$ ) (Tabela 20). Os pais com características negligentes não conseguem estabelecer rotina na vida de seus filhos e isso atrapalha na construção da resiliência de forma geral, percebida principalmente na dificuldade desses sujeitos para lidar com as situações de estresse, se recuperar emocionalmente e se manter em equilíbrio(80,171,183).

Sakuramoto, Squassoni e Matsukura(156), encontraram dados semelhantes aos desse estudo com relação ao apoio social e o estabelecimento de regras e rotinas. Quanto mais saudável o estilo parental e a interação com os filhos, menor é o risco de problemas de saúde mental infanto-juvenil. Esses fatores, aliados as práticas educativas saudáveis contribuem para moderar o efeito negativo de situações vulneráveis e os protegem contra a incerteza, cuidados precários, violência e isolamento(98,184,185).

As crianças e adolescentes do sexo feminino tiveram 15,49 vezes mais chance de baixa resiliência na reatividade emocional (Escala III), comparado ao sexo masculino. As discussões acerca das questões de gênero apontam que as mulheres sempre estiveram mais expostas a situações de risco em nossa sociedade(186).

A dificuldade quanto à maneira de reagir diante de uma situação adversa pode ocasionar inúmeros sintomas ou psicopatologias na infância e adolescência, como transtornos afetivos, de ansiedade, de hiperatividade ou de conduta(187).

A literatura aponta sintomas ansiosos com distribuições equivalentes entre os

sexos, com exceção das fobias específicas, transtorno de estresse pós traumático e transtornos no pânico, que são mais frequentes no sexo feminino(188). O risco de desenvolver depressão também é mais frequente entre as adolescentes(189). Já os transtornos externalizantes ou de conduta são vistos mais frequentemente no sexo masculino(142,190–192).

As meninas desse estudo, apresentaram maior dificuldade para reagir diante das situações de estresse. Pressupõe-se que as meninas de ambos os grupos, podem estar vivenciando situações de maior risco, que aumentem suas limitações emocionais.

Na análise qualitativa dos casos também foram observados riscos maiores entre as adolescentes do sexo feminino. Das cinco famílias em situações de maior gravidade, quatro delas tinham meninas de 15 e 16 anos com graves sintomas de saúde mental. Essas garotas manifestaram problemas afetivos, ansiosos, de conduta, hiperativos e de relacionamento na maioria dessas áreas. Pode-se afirmar que, nas adolescentes desse estudo, a violência doméstica potencializou a gravidade dos sintomas de transtornos mentais.

Ter sido vítima de abuso sexual na infância, ser criada por responsáveis com comportamento antissocial ou algum tipo de dependência de substâncias psicoativas são apontados como fatores de risco para transtornos de conduta entre meninas(193). Identificou-se no caso 4 desse estudo, esse tipo de comportamento na adolescente Duda, que se envolveu com o uso de SPA, exploração sexual e criminalidade com apenas 15 anos.

É fundamental ressaltar a necessidade de outros estudos na área que correlacionem violência, saúde mental e as questões de gênero na infância e juventude. Os meninos que passam por situações de violência extrema também desenvolvem problemas extremamente graves, como uso de SPA ou o envolvimento em atos criminosos(141,143,155).

## *5.6. REDE DE SUPORTE SOCIAL DAS FAMÍLIAS*

### *5.6.1 SERVIÇOS DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR: REDE DE PROTEÇÃO E LINHA DE CUIDADOS INFANTO-JUVENIL*

A violência doméstica contra crianças e adolescentes tem muitas especificidades como pode ser apontado ao longo desse trabalho. O conceito de resiliência abrange o sujeito em sua totalidade, desde as questões individuais, a existência de coesão familiar e figuras significativas, assim como importância dos sistemas de suporte externo. A reflexão acerca da linha de atenção e cuidados à população infanto-juvenil em condição de vulnerabilidade torna-se um norteador para realização dos estudos nessa área(46,47).

De acordo com Branco e Tomanik(65), na implementação de alternativas para o enfrentamento e prevenção da violência doméstica é necessário analisar a prática cotidiana do trabalho com famílias e a efetividade das ações do Sistema de Garantia de Direitos. O foco das ações das políticas públicas de proteção e prevenção tem sido a vulnerabilidade relacionada a situações de pobreza, entretanto isso não garante efetivamente a proteção de crianças e adolescentes em situação de risco.

Foram elencados a partir da percepção dos responsáveis, como rede de proteção, apoio e suporte para as famílias desse estudo, os serviços de saúde (públicos e privados) e, de promoção social (Tabela 13).

Para as 100 famílias do G1, 29% delas contam com os serviços de saúde pública como referência e 10% com os particulares. No G2, 39,4% contam com o suporte público de saúde e 6,1% com os particulares. Dentre os mais citados, destacam-se o atendimento com psicólogo, seguido pelo acompanhamento com clínico geral e pediatra, sendo um pouco maior a referência desses profissionais para o G2. O terceiro tipo de acompanhamento elencado foi o atendimento com médico psiquiatra, sendo citado um pouco mais no G1.

Esses serviços foram reconhecidos por parte dos sujeitos como locais de acolhimento, visto que a população desse estudo conta principalmente com serviços públicos, entretanto aquém do necessário. A formação do vínculo com os sujeitos tem uma função terapêutica importantíssima e, possibilita a construção da resiliência. A qualidade dessas ações em saúde devem estar pautadas no atendimento dos sujeitos pelos serviços de forma humanizada, com afeto envolvendo as relações e, em melhorias quanto à adequação e organização dos locais e áreas físicas(46,194).

Observa-se que, das famílias que buscaram atendimento dos serviços de saúde mental, 74,3% do G1 e, 64,7% do G2 se referem a esses como “*suporte*”. Esse é um indicativo importante para refletir acerca do papel da rede de cuidados e proteção, tanto para as crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, quanto de vulnerabilidade social. O fortalecimento dos vínculos, com foco na promoção da saúde, pode funcionar como um suporte na construção da resiliência e na minimização dos sintomas emocionais, além do rompimento do ciclo de violência(46,47,58).

No caso 5, Ema, tia e guardiã das adolescentes Eva e Iara, relatou: “*É no Centro de Saúde do meu bairro que eu faço tratamento para depressão*”. Este foi considerado seu local de referência, pois, segundo ela: “*já passei por muita coisa, meu marido me traiu, meus irmãos e meu filho usam droga, se metem com coisa errada, sabe.....eu sou diferente da*

*minha família, quase não tenho mais contato com eles depois que minha mãe morreu....eu não consigo confiar no meu marido de novo.... o que me ajuda é o pessoal do postinho, passo com o Dr. Mário, pra medicação....a Dra. Luciana.... é a T.O. do grupo de mulheres, faço também ginástica lá no postinho....”.*

No caso 12, o responsável Ladislau relatou: *“quando eu preciso de apoio conto com meus padrões e também com a psicóloga do postinho, ela atendeu a Maya bastante tempo, e me ajudou a mostrar pro juiz ..., que eu não fiz nada com a Maya....”.*

Outra fonte de suporte apontada como referência para as famílias dessa pesquisa foram os médicos pediatras e os clínicos gerais que atuam na atenção básica de saúde. Um estudo(195) realizado com médicos pediatras demonstrou que eles tem apresentado dificuldades em diagnosticar os problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes acompanhados. Essa é uma importante porta de entrada para avaliar os problemas de saúde mental da população. Portanto, verifica-se a necessidade de ações de melhorias com foco em uma formação mais ampla e adequada desses profissionais, capacitações sistemáticas para a realização de diagnósticos precoces, focando em ações preventivas.

Apesar da vulnerabilidade socioeconômica verificou-se que, do total das famílias de ambos os grupos, 16,1% buscaram apoio na rede privada de atendimentos. Levanta-se a hipótese que, algumas dessas famílias tenham acesso a esses serviços através dos convênios de saúde. O usuário dos serviços de saúde se vinculam aos mesmos a partir de indicativos de satisfação, como, a facilidade de acesso e pela relação estabelecida com os profissionais que os atendem. Observa-se que os sujeitos que indicaram o apoio da rede privada podem estar se beneficiando com esse suporte e por isso, nomearam esses serviços, ou não conseguiram atendimento com agilidade na rede pública em decorrência da alta demanda nesse setor(196).

Em relação aos serviços de proteção social como referência de suporte para as famílias, verificou-se diferenças estatísticas significante entre os grupos ( $p < 0,001$ ). No G1, 90% dos sujeitos apontaram o serviço do CREAS, por meio do acompanhamento realizado pelas ONGs em parceria com o serviço público, como fonte de apoio. Os serviços de proteção básica da promoção social, os CRAS, não foram apontados por nenhum dos grupos.

Exemplificando a importância do suporte dos serviços especializados, observam-se vários relatos dentro dos casos descritos, principalmente dos responsáveis, mas também de algumas crianças e adolescentes.

No caso 1, Ana, a responsável relatou que quando precisa de apoio emocional busca ajuda nas profissionais do CRIAR.

No caso 3, Dora, a genitora também disse: *“é bom desabafar com a Leila e a Margarida, as meninas do CRIAR ou então.... conto com Deus né...”*.

No Caso 4, tanto a avó quanto à adolescente relataram: *“Ahn, quando eu preciso conversar eu falo com a Vera, psicóloga do CRIAR”*.

As adolescentes do caso 5 demonstraram contar emocionalmente com o tio e guardião e, também, com as profissionais do serviço especializado.

No caso 7, a genitora Lia conta com o apoio de um irmão e da cunhada, que moram perto de sua casa, mas também relatou: *“as meninas aqui, do CRIAR, me ajudam muito, principalmente com tudo isso que aconteceu com a Isa e a Jade, elas me ajudaram a conseguir me separar dele...”*, se referindo as situações de abuso sexual que as filhas passaram, cometida pelo seu ex-marido e padrasto das filhas.

No caso 10 Nora relatou que a assistente social do serviço especializado é referência para ela e também para sua filha, a adolescente Nara: *“a Patrícia (assistente social) é como uma amiga, ela sempre me acompanhou... lá no outro atendimento (proteção básica) e, depois, foi ela que me trouxe pro CRIAR (proteção especial) ”*.

O genitor do caso 12, Ladislau relatou que conta com o serviço especializado, além do suporte que tem na psicóloga do Centro de Saúde: *“ahn, eu converso bastante com a Vera e a Mariana, aqui do CRIAR e elas me ajudam muito...”*.

A rede de proteção social especial mostrou-se, em grande parte efetiva, enquanto referência para as famílias em que as situações de violência doméstica já estão instaladas. Essa população encontra-se em extremo risco, como pode ser analisado ao longo desse estudo e respaldado pela literatura, com a presença de fatores como: a vulnerabilidade socioeconômica, problemas de saúde mental, uso considerado problemático de álcool e SPA, envolvimento com a criminalidade, prostituição, entre outros(53,54).

A promoção social básica (CRAS) tem um papel importante na oferta de ações preventivas diante de situações de vulnerabilidade e riscos sociais e, tais serviços não foram percebidos, pelos sujeitos dessa pesquisa, como referência de suporte, no G1 e principalmente no G2, que apresentaram risco de vulnerabilidade socioeconômica e que deveriam poder contar com a proteção social básica. O fortalecimento de vínculos sociais e comunitários e, a promoção da resiliência familiar, podem prevenir que tais situações atinjam níveis considerados caóticos, como os encontradas nesse estudo(47,53,54,183).

### 5.6.2 REFERÊNCIAS DE SUPORTE SOCIAL PARA OS RESPONSÁVEIS E PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As redes de proteção são informais e se formam espontaneamente através da vinculação de pessoas e grupos de referência. A conscientização e a mobilização social auxiliam no enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde. Essas ações, em conjunto, possibilitam a proteção e o cuidados com as crianças e adolescentes, suas famílias e com as comunidades (34).

Vínculos afetivos sólidos e o funcionamento adequado da rede de relacionamentos são fundamentais para o fortalecimento e a promoção da resiliência. O potencial para o desenvolvimento está presente em todas as pessoas e pode se manifestar ao longo da vida (46). A percepção do apoio social de forma positiva torna-se fundamental para construção de características resilientes e, este suporte pode ser preditor de uma saúde emocional adequada(197).

Os responsáveis pelas crianças e adolescentes desse estudo se mostraram fragilizados em ambos os grupos por vivenciarem situações de vulnerabilidade socioeconômica e social. O G1 apresentou condições caóticas, com inúmeros fatores de risco psicossociais, situações adversas e traumáticas que ocorreram durante seu percurso. Para exercer adequadamente, o papel de suporte social e emocional, para as crianças e adolescentes, os responsáveis precisam se fortalecer, contando também com uma rede de apoio (46,183).

Houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos em relação à principal referência de suporte emocional elencada pelo responsável ( $p < 0,001$ ) (Tabela 14). O G2 contou principalmente com a família (60,6%), amigos (13,6%), pessoas da religião (13,6%) e serviços de saúde (6,1%). O G1, também contou com a família (42%), amigos (11%) e pessoas da religião (8%).

Destaca-se que **26%** das famílias do G1 apontaram como referência de suporte emocional, os serviços especializados da promoção social (CREAS). Em relação aqueles que relataram não ter ninguém de referência ou contarem “*apenas com Deus*”, 13% do G1 encontram-se nessa situação e apenas 6,1% do G2 (Tabela 14).

Esse número de responsáveis que contam como primeira referência com o apoio dos serviços da rede de proteção social (26%) e “*apenas com Deus ou com ninguém*” (13%) como primeira fonte de suporte emocional, pode ser um indicativo da fragilização de vínculos que a própria violência intrafamiliar gera. Levanta-se a hipótese de que, essas pessoas estejam

se apoiando nos serviços de proteção ou em ninguém por estarem sem referências próximas.

Assis, Avanci e Pesce(198) destacam que o potencial para a resiliência deve ser enfatizado desde a infância. Este está relacionado ao suporte, apoio e respeito mútuo proporcionado pela família, recebido de amigos, profissionais da rede de saúde, de educação, de assistência social, e também de outras pessoas significativas para esse indivíduo. Possivelmente, esses responsáveis, vivenciaram situações de violência e conseqüentemente de vínculos fragilizados ao longo de suas vidas.

Outro fator importante a se destacar, observado na análise qualitativa, refere-se ao fato de as situações de violência terem sido minimizadas a partir da intervenção do serviço especializado com as famílias através dos atendimentos. Nos casos em que se observam conseqüências emocionais mais brandas, verifica-se através dos relatos, o papel de intervenção do serviço especializado, tanto no acolhimento da família, quanto no acompanhamento frente as situações de violência. A construção da resiliência nesses casos, pode estar aliada a função de suporte social e emocional adequado do serviço de proteção especializado, principalmente com foco na linha de cuidado e proteção familiar(46,199).

As crianças e adolescentes do G1, relataram contar como principal fonte de apoio emocional principalmente com a família (59%) e amigos (28%). O G2 também contou com a família (56,1%) e com os amigos (31,8%). Em ambos os grupos foi alto o número de crianças e adolescentes que contam com “*Deus ou ninguém*”, sendo 13% no G1 e 12,1% no G2 (Tabela 14).

Quanto à se sentirem cuidados em relação às questões de saúde, 93% das crianças e adolescentes do G1 relataram contar principalmente com a família, 1% com amigos e 6% com ninguém. No G2 97% se referiram a família e 3% não conta com ninguém.

Os dados encontrados estão em consonância com as pesquisas desenvolvidas na área, mesmo em relação as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. A literatura aponta a família como a primeira fonte de apoio emocional e quanto aos cuidados físicos para crianças e adolescentes. A família possibilita a socialização da criança com a sociedade, algo essencial para que esse sujeito se desenvolva física e psiquicamente. Na adolescência, os amigos passam a ser uma fonte de apoio social(166).

Nesse sentido verificou-se a importância da utilização de instrumentos complementares quanti-qualitativos, pois através dos questionários (análise estatística multivariada), não foi possível identificar o papel de suporte da família para as crianças e adolescentes. Entretanto, através das entrevistas semiestruturadas esse aspecto pode ser

analisado e tem um papel fundamental na construção de características resilientes, principalmente quando a percepção do suporte social familiar é adequada(33,166).

Nos relatos de algumas crianças e adolescentes os pais (principalmente os homens) que, não tinham nenhum contato com seus filhos ou já tinham falecido, foram nomeados por eles no diagrama de escolta como figuras de referência. Levanta-se a hipótese de que isso esteja relacionado ao processo de idealização. Apesar do distanciamento, os filhos percebem a figura do pai como alguém importante em sua vida, com quem talvez possa contar e, com isso, faz planos de vida para o futuro. Para Benzoni e Varga (200), idealizar e fantasiar pode ser um aspecto importante que auxilia na construção da resiliência, como uma proteção emocional, que possibilita ao sujeito criar a ideia de que podem existir pais afetuosos e com quem poderá contar, mesmo nas adversidades.

Verificou-se exemplos dessas situações no caso 6, em que Lana relatou que o pai cuida dela quando ela está doente, entretanto relatou morar em outra casa e que o vê com pouca frequência. Já no caso 7, Isa de 14 anos relatou no diagrama de escolta contar com a família paterna (o pai já é falecido), entretanto não os vê há aproximadamente 4/5 anos.

Outra questão a ser ressaltada relaciona-se à miséria afetiva retratada no caso 5, da adolescente Iara, que incluiu a entrevistadora no diagrama de escolta como uma pessoa importante em sua vida. Em função da ausência de referências e do abandono afetivo, ela citou alguém que estava conhecendo naquele momento e que estava acolhendo-a e escutando-a(200).

Para Assis e Avanci(201) são aspectos de proteção para crianças e adolescente a existência de um projeto de vida, com metas e sonhos, práticas de lazer, atividades socioeducativas ou esportivas, supervisão familiar, religiosidade e relações afetuosas seguras com adultos. Quando os indivíduos adultos, de referência para as crianças, não veem possibilidades ou projetos para si próprios, também não conseguem ajudar os seus filhos na construção de perspectivas positivas.

Para que a criança ou o adolescente consiga encontrar maneiras diferentes de enfrentar as situações adversas, sem adoecer, é fundamental que ele receba e possa perceber a existência de figuras de referência que exerçam um suporte social e emocional adequado, que poderá auxiliá-lo no desenvolvimento da resiliência.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, a combinação de instrumentos quantitativos e qualitativos foi essencial para aprofundar o conhecimento acerca do processo de resiliência em crianças e adolescentes. Foram identificadas importantes características que compõem a construção dessa capacidade de superação, tanto internas, quanto em relação ao suporte social externo para vítimas de violência doméstica.

A resiliência foi alta em ambos os grupos nas três Escalas do Questionário de Resiliência para crianças e adolescentes (RSCA), entretanto as vítimas de violência demonstraram mais chances de baixa resiliência quanto à capacidade de reatividade emocional. Isso significa baixo limiar para a reação ao lidar com as situações limites, pouca capacidade de recuperação de um alerta emocional e dificuldades para manter o equilíbrio numa situação de alerta.

Verificou-se em ambos os grupos que, aqueles que tiveram baixa resiliência de reatividade emocional também apresentaram mais possibilidades de problemas de saúde mental na versão de autoavaliação do SDQ-C/A e no sexo feminino.

Quanto à percepção do suporte social do professor, dos amigos e de outras pessoas da comunidade, as crianças e adolescentes que apresentaram baixa capacidade tiveram maior chance de baixa resiliência em alguma das escalas.

O estabelecimento de rotinas e regras na vida das crianças e adolescentes foi considerado um fator de proteção e facilitador no processo de desenvolvimento da resiliência.

A prevalência de possibilidade de sintomas emocionais foi elevada em ambos os grupos comparada a população geral, com maiores indicativos de risco de adoecimento emocional no G1. A violência doméstica infanto-juvenil foi fator de risco para desenvolvimento de transtornos mentais na versão de avaliação do SDQ-R, aplicada com os responsáveis sobre as crianças e adolescentes.

Os sujeitos vítimas de violência doméstica vivenciaram inúmeros fatores de risco associados que aumentam a possibilidade de desenvolvimento dos transtornos mentais apesar de cada indivíduo experienciar essas situações de forma diferenciada. Tais situações adversas surgiram de forma associadas e um fator, pode ter se tornado um risco para o desenvolvimento de outro ainda mais grave. Dentre eles destacam-se: 1) Condições de vulnerabilidade socioeconômica: responsável estar fora do processo produtivo, renda familiar abaixo de dois salários mínimos, família utilizar auxílio de programas de transferência de

renda, número elevado de pessoas que moram na casa; 2) situação conjugal do responsável: famílias monoparentais (maior parte feminina), separação dos pais e disputas judiciais pela guarda da criança/adolescente, ausência/abandono do genitor (principalmente os homens) e segundo casamento do responsável; 3) No âmbito escolar, as crianças vítimas de violência doméstica: sofreram mais agressões na escola (física e psicológica), maior índice de suspensões, repetências e mais problemas escolares de aprendizagem e comportamento; 4) As crianças e adolescentes do G1 apresentaram índices significativos de exposição a situações de institucionalização em casa de proteção, vivenciaram mortes de pessoas importantes, trabalho infantil e mais problemas alimentares; 5) Os responsáveis do G1 ou alguém da família que convive com a criança/adolescente apresentaram maior risco de: sintomas relativos a problemas de saúde mental, envolvimento com a criminalidade, prostituição, uso considerado problemático de bebida alcoólica e outras substâncias psicoativas e, a família ter histórico de moradia em situação de rua.

As crianças do G2 começaram a frequentar a educação infantil mais novas do que as do G1 com índices significativos. A escolaridade dos responsáveis também foi maior no G2. Tais aspectos podem ser considerados fatores de proteção em relação aos inúmeros riscos presentes no grupo de crianças vítimas de violência.

Por não terem outras fontes de apoio, as famílias em situação de violência consideraram a rede de proteção composta pelos serviços especializados de assistência social vinculados ao CREAS como a principal referência de suporte. Os responsáveis de ambos os grupos elencaram os serviços de saúde mental públicos (psicólogos e psiquiatras) como a primeira fonte de apoio, dentre aqueles que buscaram a rede pública como suporte. Para as crianças/adolescentes, a família foi a principal referência para cuidados físicos e suporte emocional.

A miséria emocional, afetiva e social dos responsáveis gerou um maior risco de adoecimento psíquico em crianças/adolescentes e ocasionou limitações na construção da resiliência dos mesmos.

Torna-se então, fundamental o investimento no trabalho psicossocial com famílias e o fortalecimento de ações efetivas que compreendam o conceito de linha de cuidados e trabalho em rede. E, principalmente quando crianças e adolescentes tenham sido vítimas de algum tipo de violência ou violação de direitos, o fortalecimento da resiliência e a presença de figuras de suporte social, poderão ajudá-las a aprender a lidar e superar tais situações traumáticas.

Os resultados desse estudo vêm colaborar com o aprofundamento no conhecimento de características sobre a resiliência e sobre as condições vivenciadas por crianças e adolescentes em situação de risco. Conhecer as condições de vulnerabilidade presentes no cotidiano dessas famílias, auxiliam também na prevenção da violência doméstica e podem nortear as pesquisas na área. A construção de uma rede de suporte social como referência é fundamental no desenvolvimento da resiliência e pode funcionar de forma efetiva e preventiva ao adoecimento emocional desses sujeitos. Entretanto, ainda verifica-se um despreparo do estado, dos serviços e da sociedade civil como um todo para que tais ações preventivas e terapêuticas possam ser implantadas efetivamente na prática.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. *Cien Saude Colet.* 2006; 11:1163–78.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da Violência na Saúde das Crianças e adolescentes: Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, área técnica da saúde da criança e aleitamento materno; 2008. 16p.
3. WHO - World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Martins CBG. Maltreatments against children and teenagers. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4):660–5.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; 2002. 49p. (Série A).
6. WHO – World Health Organization. Report of the consultation on child abuse prevention. Geneva: World Health Organization; 1999.
7. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Domestic violence and its manifestations. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2003; 25:9–21.
8. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Cien Saude Colet.* 2009; 14(2):349–61.
9. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. São Paulo/SP/Brasil: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo; 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde - PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento; 2011. 114p. (Série B).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: 2013 e 2014. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 218p.
13. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. 1ª. ed. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2012. 84p.
14. Moura ACM, Scodelario AS, Camargo CNMF, Ferrari DCA, Mattos GO, Miyahara RP. Reconstrução de vidas: como prevenir e enfrentar a violência doméstica, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes. São Paulo: SMADS, SEDES Sapientiae; 2008.

15. Abranches CD, Assis SG. The (in)visibility of psychological family violence in childhood and adolescence. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(5):843–54.
16. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev Assoc Med Bras*; 58(6): 659–65.
17. Martins FFS. Crianças negligenciadas: A face (in-) visível da violência familiar [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte - MG: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2006.
18. Azevedo MA, Guerra VNA. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em desconstrução. In: UNICEF Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil. Brasília - DF: UNICEF; 2006. 14p.
19. Walker L. *The Battered Woman*. New York: Harper and Row; 1979.
20. WHO – World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence/ World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006. 102 p.
21. Devaney J. Research Review: The Impact of Domestic Violence on Children. *Ir Probat J*. 2016;12:79-84.
22. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ*; 2001: 323-599.
23. Goodman R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(11): 1337–45.
24. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, Goodman R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(4): 448–56.
25. Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli ML. Domestic violence and risk for mental health in childhood and adolescence. *Psicol Repl Crít*. 2015; 28(2): 213–21.
26. Morgan C, Gayer-Anderson C. Childhood adversities and psychosis: evidence, challenges, implications. *World psychiatr*. 2016; 15(2): 93–102.
27. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IAS, Barros MGSM, D’Antino MEF, Mercadante MT. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *c* 2008; 42(3): 524–8.
28. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre. *Brasil. Rev Saude Publica*. 2003; 37(1): 8–14.
29. Serafim AP, Saffi F, Achá MFF, Barros DM. Demographic, psychological and behavioral characteristics of child and adolescent victims of sexual abuse. *Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo)*. 2011; 38(4): 143–7.

30. Hildebrand NA, Zanolli ML. Fatores de risco e proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2012.
31. Florentino BRB. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal Rev Psicol.* 2015; 27(2): 139–44.
32. Dalgarrondo P. *Psicologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre - RS: Artmed; 2000.
33. Reppold CT, Mayer JC, Almeida LS, Hutz CS. Resilience assessment: controversies about the use of scales. *Psicol Repl Crít.* 2012; 25(2): 248–55.
34. Costa MCO, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(5): 1101–9.
35. Rutter M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *Am J Orthopsychiatry.* 1987; 57(3): 316–31.
36. Silva MRS, Elsen I, Lacharité C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2003; 13(26): 147–56.
37. Munist M, Santos LH, Kotliarenco MA, Ojeda ENS, Infante F, Grotberg E. *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de La Salud, Organización Mundial de La Salud, Fundación W.K. Kellogg e Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI); 1998.
38. Zimmerman MA, Arunkumar R. Resiliency Research: Implications for Schools and Policy. *Soc Policy Rep Soc Res Child Dev.* 1994;8(4):1–19.
39. Werner EE. High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59(1):72–81.
40. Luthar SS, Zigler E. Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. *Am J Orthopsychiatry.* 1991; 61(1): 6–22.
41. Timoshenko S. *History of strength of materials: With a brief account of the history of theory of elasticity and theory of structures*. New York: McGraw-Hill; 1953.
42. Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. The construction of the concept of resilience in psychology: discussing the origins of resilience. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2011; 21(49): 263–71.
43. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cad Saude Publica.* 2005; 21(2): 436–48.
44. Rutter M. Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Ann N Y Acad Sci.* 2006; 1094(1):1–12.
45. Souza ER, Cerveny CMO. Resiliência: introdução à compreensão do conceito e suas

- implicações no campo da psicologia. *Rev. Ciênc. Hum.* (Taubaté, Impr.) 2006; 12(2): 21–9.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília: Comunicação e Educação em Saúde; 2012. 104p.
47. Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Cien Saude Colet.* 2009; 14(2): 497–506.
48. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risk, protection and resilience in the development of children and adolescents. *Psicol estud.* 2005. 10(2): 209–16.
49. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psic: Teor e Pesq.* 2004;20(2): 135–43.
50. Garcia SC. Risco e resiliência em escolares: um estudo comparativo com múltiplos instrumentos [Tese de Doutorado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2008. 166p.
51. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico; 1998.
52. ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei no 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes. 13<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Indica; 2004.
53. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social (SUAS, Norma Operacional Básica – NOB/SUAS – Construindo as Bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
54. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Manual informativo para jornalistas, gestores e técnicos Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
55. Rabello LS. Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá. [Tese de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
56. Brasil. Lei no 8080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990. (Seção I: 18055-59).
57. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet.* 2000; 5(1): 163–77.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60p. (Série pactos pela saúde; vol. 7).
59. Oliveira VLA, Pfeiffer L, Ribeiro CR, Gonçalves MT, Ruy IAE. Redes de proteção: novo paradigma de atuação – experiência de Curitiba (Cap. XIII). In: LIMA, C.A. et al. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 143-50.

60. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Challenges for dealing with cases of domestic violence against children and adolescents through the Family Health Program in a medium-sized city in Rio de Janeiro state, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(9): 1749–58.
61. Minayo MCS, Deslandes SF. Analysis of the implantation of the healthcare network for victims of accidents and violence following the guidelines of the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Violence and Accidents. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(5): 1641–9.
62. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para a Redução de Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 349p.
63. Paixão ACW, Deslandes SF. Child sexual abuse: municipal Health Department measures to ensure care. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(10): 4189–98.
64. Silva AG, Moraes CL, Reichenheim ME. Intimate partner physical violence: an obstacle to initiation of childcare in primary healthcare units in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(7): 1359–70.
65. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(4): 384–9.
66. Branco MAO, Tomanik EA. Domestic violence against children and adolescents: prevention and combating. *Psicol Soc*. 2012; 24(2): 402–11.
67. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. Plano de Assistência Social de Campinas, PMAS – 2014/2017. Campinas: SP; 2014. 145 p.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 28p.
69. Menezes LAF. Clínica da Criatividade: considerações acerca do trabalho em um CAPS Infante Juvenil [Monografia de Conclusão de Curso]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
70. Campinas. Enfrentando Violências em Campinas. Capacitação realizada nos dias 13 e 14 de maio de 2009. Prefeitura Municipal de Campinas. Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes NPVA; 2009. 141p.
71. SISNOV - Sistema de Notificação de Violência [Internet]. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; [citado 17 de março de 2017]. Disponível em: <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/vdcca.htm>
72. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a. 2008. 407 p.
73. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(3): 621–6.
74. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1): 17–27.

75. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(6): 727–34.
76. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997; 38(5): 581–6.
77. Duarte CS, Bordin IA. Instrumentos de avaliação. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22:55–8.
78. Fleitlich-Bilyk B, Cortazar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc*. 2000; 8:44–50.
79. Prince-Embury S. *Resiliency Scales for Children and Adolescents: Profiles of personal strength*. San Antonio: Harcourt Assessment, Inc; 2007.
80. Barbosa RJ. Tradução e validação da escala de resiliência para crianças e adolescentes de Sandra Prince-Embury [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC/SP. Psicologia, Psicologia Clínica; 2008.
81. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *Am J Community Psychol*. 1986; 14(2): 195–218.
82. Squassoni CE. Confiabilidade, validade e estudo dos padrões normativos da versão brasileira do Social Support Appraisals (SSA). [Tese de Doutorado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação em Ciências Humanas. Programa de Educação em Educação Especial; 2012.
83. Squassoni CE, Matsukura TS. Cross-cultural adaptation of the portuguese version of social support appraisals for Brazil. *Psicol Repl Crít*. 2014; 27(1):71–80.
84. Brito RC. Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua: subsídios para uma intervenção comunitária [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento; 1999.
85. Kahn RL, Antonucci TC. Convoys Over the Life Course: Attachment Roles and Social Support. *Research Gate*. 1980; 3:253-267.
86. Couto MCPP, Koller SH, Novo R, Sanchez-Soares P. Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social - diagrama da escolta - para idosos brasileiros. *Univ Psychol*. 2008; 7(2):493–505.
87. Marturano EM. Home resources and school learning difficulties. *Psic.: Teor. e Pesq*. 1999; 15(2): 135–42.
88. Marturano EM. The home environment resources scale. *Psicol Repl Crít*. 2006; 19(3): 498–506.
89. Santos LC, Marturano EM. Children with learning problems: a follow-up study. *Psicol Repl Crít*. 1999; 12(2): 377–94.
90. Ferreira MCT, Marturano EM. Home enviroment and behavior problems presented by school underachieving children. *Psicol Repl Crít*. 2002; 15(1): 35–44.

91. D'Avila-Bacarji KMG, Marturano EM, Elias LC dos S. Resources and adversities in the home environment of children with poor school achievement. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2005; 15(30): 43–55.
92. D'Avila-Bacarji KMG, Marturano EM, Elias LC dos S. Parental support: a study on children with school problems. *Psicol estud*. 2005; 10(1): 107–15.
93. Marturano EM, Ferreira M de CT, Bacarji KMGD. An evaluation scale of family environment for identification of children at risk of school failure. *Psychol Rep*. 2005; 96(2): 307–21.
94. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(2): 251–9.
95. Trivellato-Ferreira MC, Marturano EM. Recursos da criança, da família e da escola predizem competência na transição da 1a série. *Interam J Psychol*. 2008; 42(3): 549–58.
96. SPSS. Statistical Package for Social Sciences versão 16.0. Inc: Chicago, IL, EUA: IBM;
97. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerations on qualitative research as a mean to study health humanization actions. *Saúde Soc*. 2004; 13(3): 44–57.
98. Rozemberg L, Avanci J, Schenker M, Pires T, Rozemberg L, Avanci J, et al. Resilience, gender and family during adolescence. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(3): 673–84.
99. Abreu DP, Viñas F, Casas F, Montserrat C, González-Carrasco M, Alcantara SC, et al. Psychosocial stressors, sense of community, and subjective wellbeing in children and adolescents in urban and rural areas in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(9).
100. Poletto M, Koller SH, Dell'Aglio DD. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(2): 455–66.
101. Cowan PA, Cowan CP, Schulz MS. Cowan PA, Cowan CP, Schulz MS. Thinking about risk and resilience in families. In: Hetherington EM, Blechman EA, editors. *Stress, coping, and resiliency in children and families*. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1996. p. 1-38.
102. Assis SG, Constantino P, Avanci JQ. *Impactos da Violência na Escola: um diálogo com professores*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação: Editora Fio Cruz; 2010.
103. Gallo AE, Williams LC de A. Young offenders: the school as a protective factor for criminal behavior. *Cad Pesqui*. 2008; 38(133): 41–59.
104. Waiselfisz JJ. *Educação: Blindagem contra a violência homicida?* Julio Jacobo Waiselfisz. Recife: Flacso Brasil; 2016.
105. Dourado LF. Policies for and management of basic education in Brazil: limits and perspectives. *Educ Soc*. 2007; 28(100): 921–46.
106. Morgan DAR, Silva JG, Knackfuss MI, Medeiros HJ. As políticas públicas no contexto da educação infantil brasileira. *Constr Psicopedag*. 2014; 22(23): 51–8.

107. Barnett D. The effects of early intervention on maltreating parents and their children. In: Guralnick MJ. The effectiveness of early intervention. Baltimore: Paul Brookes; 1997. p. 147–70.
108. Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the “children of the nineties”: A cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(5): 497–522.
109. Ribeiro FML, Minayo MC de S, Ribeiro FML, Minayo MC de S. The role of religion in the promotion of health, in the prevention of violence and in the rehabilitation of individuals involved in criminal activity: literature review. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(6): 1773–89.
110. Raposo HS, Figueiredo BFC, Lamela DJPV, Nunes-Costa RA, Castro MC, Prego J. Child adjustment to separation or divorce of parents. *Arch Clin Psychiatry São Paulo.* 2011; 38(1): 29–33.
111. Brito LMT. Família pós-divórcio: a visão dos filhos. *Psicol Ciênc Prof.* 2007; 27(1): 32–45.
112. MacMillan HL, Wathenc CN, Varcoe CM. Intimate partner violence in the family: Considerations for children’s safety. *Child Abuse Negl.* 2013; 37: 1186–1191.
113. Costa FÁ de O, Marra MM. Famílias brasileiras chefiadas por mulheres pobres e monoparentalidade feminina: risco e proteção. *Rev. bras. psicodrama.* 2013; 21(1): 141–53.
114. Cúnico SD, Arpini DM. Família e monoparentalidade feminina sob a ótica de mulheres chefes de família. *Aletheia.* 2014; (43–44): 37–49.
115. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the “Children of the nineties”: A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl.* 2001; 25(9): 1177–200.
116. Garnezy N. Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry.* 1993; 56(1): 127–36.
117. Silva IM da, Menezes CC, Lopes R de CS. Looking for “the better half”: motivations for marital choice. *Estud Psicol (Campinas).* 2010; 27(3): 383–91.
118. Maluschke-Bucher JSNF. Do transgeracional na perspectiva sistêmica à transmissão psíquica entre as gerações na perspectiva da psicanálise. In: Penso MA, Costa LF (Org). *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção.* São Paulo: Summus; 2008.
119. Lago VM, Bandeira DR. A Psicologia e as demandas atuais do Direito de família. *Psicol Ciênc Prof.* 2009; 29(2): 290–305.
120. Nogueira PC. A criança em situação de abrigo: reparação ou re-abandono. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica; 2004.
121. Siqueira AC, Dell’Aglia DD. The impact of institutionalization on childhood and adolescence: a literature review. *Psicol Soc.* 2006; 18(1): 71–80.
122. Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Pontes FAR. Institucionalização precoce e

prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Aletheia*. 2007; (25):20–34.

123. Salina-Brandão A, Williams LCA. Foster care as risk or protective factors: institutional evaluation and quality indicators. *Psicol Refl Crít*. 2009; 22(3): 334–52.

124. Brito CV de, Souza JC. Qualidade de vida dos educadores sociais em abrigos de proteção a crianças e adolescentes. *Psicol Teor Prat*. 2011; 13(1):89–100.

125. Torres WC. A criança diante da morte: desafios. 2a. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. 179p.

126. Franco MHP, Mazorra L. Children and grief: fantasies about a parent's death. *Estud Psicol (Campinas)*. 2007; 24(4): 503–11.

127. Minayo MCS, Souza ER. Violence for all. *Cad Saude Publica*. 1993; 9(1):65–78.

128. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. *Rev Paul Pediatr*. 2013; 31(2): 258–64.

129. Lourenço EAS. Reestruturação produtiva, trabalho informal e a invisibilidade social do trabalho de crianças e adolescentes. *Serv Soc Soc*. 2014; (118): 294–317.

130. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro; 2001. Rio de Janeiro: RJ; 2001.

131. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(8): 443–5.

132. Braga LP, Carvalho MFO, Ferreira CL, Mata ÁNS, Maia EMC. Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência. *Bol psicol*. 2010; 60(133): 205–15.

133. Reyes J, De D, González Almontes E, Reyes J, De D, González Almontes E. Elementos teóricos para a análise da gravidez adolescente. *Sex Salud Soc. (Rio J)* 2014; (17): 98–123.

134. Gomes MA, Pereira MLD. O adolescente e a rua: encantos e desencantos. *Ver mal-estar Subj*. 2003; 3(1): 106–20.

135. Brasil. Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Cidadania. A Tutela da população em situação de rua: Cartilha de Orientação. Rio de Janeiro: RJ; 2015.

136. Paludo SS, Koller SH. Every child has family: a child in street situation too. *Psicol Soc*. 2008; 20(1): 42–52.

137. Santos EG, Siqueira MM. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 59(3): 238–46.

138. Bordin IAS, Paula C. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello MF, Mello AAF; Kohn R (Org). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 101–17.

139. Durand JG, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(2): 355–64.
140. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Texto revisado (DSM-IV-TR). 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
141. Costa JBP, Valerio NI. Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. *Temas psicol*. 2008; 16(1): 119–32.
142. Bordin IA, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22:12–5.
143. Rutter M. Adolescence as a transition period: Continuities and discontinuities in conduct disorder. *J Adolesc Health*. 1992; 13(6): 451–60.
144. Deeke LP, Boing AF, Oliveira WF de, Coelho EBS. Dynamics of domestic violence: an analysis from the perspective of the attacked woman and her partner's discourses. *Saúde Soc*. 2009; 18(2): 248–58.
145. Caetano R, Schafer J, Cunradi CB. Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol*. 2001;25(1):58–65.
146. Oliveira KD, Azevedo RCS. Detecção de substâncias psicoativas em pacientes admitidos por trauma em unidade de emergência: estudo de correlações. [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdades de Ciências Médicas. Departamento de Psiquiatria; 2015.
147. Brasil. Governo Federal. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Brasília: Fiocruz, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça; 2013.
148. Azevedo MA, Guerra VNA. Infância e Violência Fatal em Família. São Paulo/SP/Brasil: Editora Iglu; 1998.
149. Assis SG. Abused children and adolescents: past, present, and prospects for the future. *Cad Saude Publica*. 1994; 10 Suppl 1 S:126–34.
150. Williams LCA. Abuso sexual infantil. In: Guilhardi HJ, Madi MBB, Queiroz PP, Scoz MC (Org). *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*. Santo André: ESETec; 2002. p. 155–64.
151. Faleiros JM, Matias ASA, Bazon MR. Violence against children in the city of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: child abuse prevalence estimated from school system data. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2): 337–48.
152. Costa MCO, Carvalho RC, Bárbara SRJF, Santos CAST, Gomes WA, et al. The profile of violence against children and adolescents according to Child Protection Council records: victims, aggressors and patterns of violence. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(5):1129–41.

153. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-occurrence of physical violence against partners and their children in health services. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(4): 595–603.
154. Alves PB, Koller SH, Silva AS, Reppold CT, Santos CL, Bichinho GS, et al. A construção de uma metodologia observacional para o estudo de crianças em situação de rua: criando um manual de codificação de atividades cotidianas. *Estud Psicol (Natal)*. 1999; 4(2): 289–310.
155. Finkler L, Dell’Aglío DD. Famílias com filhos em situação de rua: percepções sobre a intervenção de um programa social. *Gerais Rev Interinst Psicol*. 2014; 7(1): 53–66.
156. Sakuramoto S, Squassoni C, Matsukura T. Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. *Mundo Saúde (Impr.)*. 2014; 38(2):169–78.
157. Priotto EP, Boneti LW. Violência escolar: na escola, da escola e contra a escola. *Rev. Diálogo Educ*. 2009; 9(26): 161–79.
158. Alves CF, Dell’Aglío DD. Percepção de Apoio Social de Adolescentes de Escolas Públicas. *Rev Psicol IMED*. 2015; 7(2): 89–98.
159. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
160. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56(3): 345–65.
161. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM, Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalence of mental disorders among children and adolescents and associated factors: a systematic review. *J Bras Psiquiatr*. 2014; 63(4): 360–72.
162. WHO – World Health Organization. Child and adolescent Atlas: Resources for child and adolescent mental health. Geneva, Switzerland: Author; 2005.
163. Ramires VRR, Passarini DS, Flores GG, Santos LG. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arq Bras Psicol*. 2009; 61(2): 1–14.
164. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ*. 2001; 323(7313): 599–600.
165. Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(1): 11–7.
166. Squassoni CE, Matsukura TS, Panúncio-Pinto MP. Apoio social e desenvolvimento socioemocional infantojuvenil. *Rev Ter Ocup*. 2014; 25(1): 27-35.
167. Matijasevich A, Murray E, Stein A, Anselmi L, Menezes AM, Santos IS, et al. Increase in child behavior problems among urban Brazilian 4-year olds: 1993 and 2004 Pelotas birth cohorts. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55(10): 1125–34.

168. Cicchetti D, Doyle C. Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World psychiatr.* 2016; 15(2): 89–90.
169. García-Vesga MC, Ossa ED la. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2013; 11(1), 63-77.
170. Serrão F, Klein JM, Gonçalves A. Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF (Impr.)*. 2007; 12(2): 257–68.
171. Santos PL, Graminha SSV. Emotional and behavioral problems associated to low academic performance. *Estud Psicol (Natal)*. 2006; 11(1): 101–9.
172. Souza FBC, Drezett J, Meirelles AC, Ramos DG. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprod Clim.* 2012; 27(3): 98–103.
173. Reppold CT, Pacheco J, Bardagi M, Hutz C. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: Hutz CS (Org). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo/SP/Brasil: Casa do Psicólogo; 2002.
174. Garcia-Dia M, DiNapoli J, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O’Flaherty D. Concept Analysis: Resilience. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013; 27: 264–70.
175. Oliveira MA, Reis VL, Zanelato LS, Neme CMB. Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicol Ciênc Prof.* 2008; 28(4): 754–67.
176. Inacio EJH. Prevalencia de resiliencia y autoestima sobre el rendimiento escolar en estudiantes de instituciones educativas de Ate Vitarte, Lima. *Apunt Cienc Soc.* 2014; 4(2): 202–9.
177. Ulloque-Caamaño L, Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015; 80(6): 462–74.
178. Miller-Lewis L, Searle A, Sawyer M, Baghurst P, Hedley D. Resource factors for mental health resilience in early childhood: An analysis with multiple methodologies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013; 7(1): 1–23.
179. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1998; 7(3): 125–30.
180. Muris P, Mayer B, Reinders E, Wesenhagen C. Person-Related Protective and Vulnerability Factors of Psychopathology Symptoms in Non-Clinical Adolescents. *Community Ment Health J.* 2011; 47(1): 47–60.
181. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM das, Silva MA da, Malta DC, Mascarenhas MDM, et al. Treatment of childhood injuries and violence in public emergency services. *Cad Saude Publica.* 2015; 31(5): 1095–105.

182. Stadler C, Feifel J, Rohrman S, Vermeiren R, Poustka F. Peer-victimization and mental health problems in adolescents: are parental and school support protective? *Child Psychiatry Hum Dev.* 2010; 41(4): 371–86.
183. Rozemberg L, Avanci J, Schenker M, Pires T. Resiliência, gênero e família na adolescência. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(3): 673–84.
184. Demaray MK, Malecki CK, Davidson LM, Hodgson KK, Rebus PJ. The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychol Sch.* 2005; 42(7): 691–706.
185. Mota ELA, Franco AL e S, Motta MC. Migration, stress, and psychosocial factors as determinants of children's health. *Psicol Repl Crít.* 1999; 12(1): 119–32.
185. Pinto RMF, Micheletti FABO, Bernardes LM, Fernandes JMPA, Monteiro GV, Silva MLN, et al. Feminine condition of women heads of family in situation of social vulnerability. *Serv soc soc.* 2011; (105): 167–79.
187. Duarte CS, Bordin IAS, Green GR, Hoven CW. Measuring child exposure to violence and mental health reactions in epidemiological studies: challenges and current issues. *Cien Saude Colet.* 2009; 14(2): 487–96.
188. Castillo ARG, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000; 22:20–3.
189. Fu I L, Curatolo E, Friedrich S. Transtornos afetivos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000; 22: 24–7.
190. Luthar SS. Poverty and Children's Adjustment Developmental Clinical Psychology and Psychiatry. *Dev Clin Psychol Psychiatry.* 1a. ed. Vol. 41; 1999.
191. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. 4th edition. US: Lippincott, Williams e Wilkins; 2007.
192. Spencer MB. Social and cultural influences on school adjustment: The application of an identity-focused. *Educ Psychol.* 1999; 34(1): 43–57.
193. Bordin IAS. Fatores de risco para comportamento anti-social na adolescência e início da vida adulta [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 1996.
194. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2a. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 42p.
195. Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(9): 1845–53.
196. Escrivão Junior Á, Koyama MF. The relationship between hospitals and health plans organizations in the scope of ANS Health Insurance Qualification Program. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(4): 903–14.
197. Tszesnioski LC, Nóbrega KBG da, Lima MLLT, Facundes VLD, Tszesnioski LC,

Nóbrega KBG, et al. Building the mental health care network for children and adolescents: interventions in the territory. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(2): 363–70.

198. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP. Resiliência: enfatizando a proteção de adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2005.

199. Gómez E, Kotliarenco MA. Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Rev Psicol*. 2010; 19 (2):103-32

200. Benzoni SAG, Varga CRR. An analysis of articles on resiliency from a Kleiniana reading. *Psicol Estud*. 2011; 16(3): 369–78.

201. Assis SG, Avanci JQ. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: Njaine K (org), et al. *Impactos da violência na saúde*. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 p. 79–104.

## 8. APÊNDICE

### APÊNDICE I: ROTEIRO DE ENTREVISTA: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistadora: \_\_\_\_\_

#### 1) IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo: 1. ( ) Masc. 2. ( ) Fem.: \_\_\_\_\_

1.3 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade por ocasião da pesquisa: \_\_\_\_\_

1.4 A criança/ adolescente está estudando? ( ) sim 2. ( ) não

Se sim:

Escola/local: \_\_\_\_\_

Nível/Série: \_\_\_\_\_ Integral: \_\_\_\_\_

1.5 Frequenta outra atividade no período contrário (extra curricular/ socioeducativa/ cursos, etc): 1.( )

Sim 2. ( ) Não Qual(is) \_\_\_\_\_

Local/ Frequência: \_\_\_\_\_

#### 2) IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR/RESPONSÁVEL

2.1 Nome: \_\_\_\_\_

2.2 Sexo: 1. ( ) Masc. 2. ( ) Fem. : \_\_\_\_\_

2.3 Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

2.4 Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade por ocasião do estudo: \_\_\_\_\_

2.5 Escolaridade: ( ) Analfabeto (a) ( ) Ainda frequenta (escola, cursos, etc)

Quantos anos de Escolaridade: \_\_\_\_\_

2.6 Qual a sua situação conjugal atual?

( ) Vivo com minha/meu esposa(o) ou companheira(o)

( ) Sou solteiro(a)

( ) Sou separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)

( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

2.7 Qual a sua profissão e cargo: \_\_\_\_\_

2.8 Qual a sua situação quanto ao emprego?

( ) Trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas

( ) Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas

( ) Trabalho por conta própria regularmente

( ) Trabalho por conta própria às vezes

( ) Estou desempregado(a) / não estou trabalhando

( ) Nunca trabalhei

( ) Estou aposentado(a)

( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

2.9 A família recebe algum tipo de benefício social?

( ) Benefício de prestação continuada (BPF): mãe( ); filho( ); outro ( ) \_\_\_\_\_

( ) Passe-livre nos transportes urbanos

( ) Bolsa Família. valor: \_\_\_\_\_

( ) Cesta-básica: \_\_\_\_\_

( ) Outro(s). Quais: \_\_\_\_\_

2.10 Qual é a renda familiar per capita: \_\_\_\_\_ (considere a renda de todas as pessoas que trabalham e partilham essa renda): (Renda Total: \_\_\_\_\_ No.Pessoas \_\_\_\_)

2.11 A família reside em casa: ( ) própria ( ) alugada ( ) emprestada ( ) cedida ( ) lote com outras famílias ( ) outra: \_\_\_\_\_ // ( ) Quarto separado dos pais // Com ( ) luz ( ) esgoto ( ) água encanada ( ) lixo recolhido ( ) Outros \_\_\_\_\_

#### 3) ORGANIZAÇÃO FAMILIAR E CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

3.1 Número de pessoas que residem no mesmo domicílio: \_\_\_\_\_

- 3.2 Moram com ambos os pais (especificar): \_\_\_\_\_
- 3.3 Quem é o cuidador principal da criança/ adolescente: \_\_\_\_\_
- 3.4 A família frequenta alguma religião: \_\_\_\_\_  
Qual: \_\_\_\_\_ Dias por semana/ mês/ ano: \_\_\_\_\_
- 3.5 A criança/ adolescente acompanha os pais? \_\_\_\_\_
- 3.6 Alguém da família frequenta atividades socioeducativas/ comunitárias (Quais e quem da família): \_\_\_\_\_

3.7 Alguém da família frequenta atendimentos com profissionais (p. ex: psicólogos, assistentes sociais, psicopedagogo, médicos com frequência – pediatra, psiquiatra, etc) ( )Sim ( )Não Com Qual(is) profissional(is), local(is) e há quanto tempo e quem da família:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.8 A família tem momentos de lazer? ( )Sim ( ) Não Quais e Quem da família: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.9 Quando necessitam de ajuda material a quem a família recorre? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.10 Quando necessitam de apoio emocional (conversa) a quem a família recorre?

Responsável 1: \_\_\_\_\_

Responsável 2 (ou outros familiares): \_\_\_\_\_

Criança/ Adolescente: \_\_\_\_\_

3.11 Quem pode ser considerada uma pessoa de referencia para a família em situações de dificuldade (material, emocional, etc). Podem ser pessoas da comunidade, amigos, parentes, profissionais da rede, etc:

Responsável 1: \_\_\_\_\_

Responsável 2 (ou outros familiares): \_\_\_\_\_

Criança/ Adolescente: \_\_\_\_\_

#### 4) SITUAÇÕES ADVERSAS TRAUMÁTICAS (com a criança/adolescente)

4.1 Entrada na Escola (EF), ano que isso ocorreu: \_\_\_\_\_

4.2 Repetição de ano escolar: \_\_\_\_\_ Quantas e quais séries: \_\_\_\_\_

4.3 Agressão de colegas (física ou verbal): \_\_\_\_\_

4.4 Agressão de professoras/outras profissionais da educação: \_\_\_\_\_

4.5 Suspensão Escolar: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

4.6 Mudança de Escola: \_\_\_\_\_ Quantas vezes: \_\_\_\_\_

4.7 Mudança de Cidade: \_\_\_\_\_ Quantas vezes: \_\_\_\_\_

4.8 Mãe/ cuidador começou a trabalhar: \_\_\_\_\_

4.9 Ausência do Pai: \_\_\_\_\_

4.10 Ausência da Mãe: \_\_\_\_\_

4.11 Perda de emprego do pai/mãe (especificar): \_\_\_\_\_

4.12 Momentos difíceis do ponto de vista financeiro: \_\_\_\_\_

4.13 Nascimento de irmãos: \_\_\_\_\_

4.14 Hospitalizações da criança/adolescente ou de alguém de referencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

4.15 Abrigamento/ Acolhimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

4.16 Deficiências ou deformidades: \_\_\_\_\_ Nascimento ou adquiridas: \_\_\_\_\_

4.17 Morte de alguém importante: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

4.18 Gravidez indesejada de alguém na família nuclear: \_\_\_\_\_

4.19 Aumento de conflitos e brigas entre os pais: \_\_\_\_\_

- Há quanto tempo: \_\_\_\_\_
- 4.20 Separação ou divórcio dos pais: \_\_\_\_\_
- 4.21 Disputa judicial entre pais/ avós por guarda ou pensão (especificar): \_\_\_\_\_
- 4.22 Mãe ou pai casou-se novamente: \_\_\_\_\_
- 4.23 Abandono de mãe ou pai: \_\_\_\_\_
- 4.24 Consumo de bebida alcoólica de alguém de referência na família: \_\_\_\_\_  
 Quem: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_
- 4.25 Consumo de drogas de alguém de referência na família: \_\_\_\_\_  
 Quem: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_
- 4.26 Problema de saúde mental de alguém de referência na família: \_\_\_\_\_  
 Quem: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_
- 4.27 Envolvimento de alguém na família com a criminalidade: \_\_\_\_\_  
 Quem: \_\_\_\_\_ Já esteve ou está preso (a): \_\_\_\_\_
- 4.28 Prostituição de alguém da família: \_\_\_\_\_ Quem: \_\_\_\_\_
- 4.29 Situações de violência contra a criança ou adolescente: \_\_\_\_\_  
 ( ) física ( ) sexual ( ) negligência de cuidados ( ) psicológica ou verbal  
 Quem a agrediu: \_\_\_\_\_  
 Você poderia me contar sobre essa(s) situação/ções: \_\_\_\_\_
- 
- 

- 4.30 A criança/ adolescente trabalha: \_\_\_\_\_ Tipo de trabalho: \_\_\_\_\_  
 ( ) com os direitos trabalhistas ( ) sem os direitos trabalhistas
- 4.31 O adolescente cumpre medida socioeducativa: \_\_\_\_\_  
 Tempo: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_
- 4.32 Acidentes: \_\_\_\_\_ Que tipo: \_\_\_\_\_
- 4.33 A família ou alguém já morou na rua (especificar): \_\_\_\_\_

##### **5) CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DA CRIANÇA/ ADOLESCENTES**

5.1 Como é o sono da criança? Tem dificuldades para ir dormir, pegar no sono, para acordar, acorda cedo, acorda a noite, fala dormindo, bate a cabeça enquanto dorme, range os dentes, anda dormindo, tem pesadelos, tem pavores noturnos (acorda gritando e assustado) ou outras dificuldades relativas ao sono? \_\_\_\_\_

---



---

5.2 Como é a criança/ adolescente para comer, não come o suficiente, come em excesso ou outra dificuldade para comer? \_\_\_\_\_

---



---

5.3 Como é a criança/ adolescente na escola, tem alguma dificuldade (de aprendizado ou comportamento, relacionamento): \_\_\_\_\_

---



---

## APÊNDICE 2

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I**

Esta pesquisa se trata de um estudo de doutorado intitulado como “**Resiliência e linha de cuidados em crianças e adolescentes acompanhados em Centro de Referência Especializado**” sob responsabilidade da pesquisadora Natália Amaral Hildebrand (doutoranda da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP), sob orientação da Prof. Dra. Maria de Lurdes Zanolli. A coleta de dados será realizada com crianças/ adolescentes e suas famílias, acompanhadas no **Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do Município de Campinas ou em instituições conveniadas a este serviço**, com alunos da rede de educação estadual deste mesmo município e também com profissionais que atuam na rede de proteção desses sujeitos.

A criança/ adolescente: \_\_\_\_\_

e pelo menos um de seus responsáveis estão sendo, através deste documento, convidados a participar como voluntários desta pesquisa por meio da aplicação de questionários, entrevistas semiestruturadas e abertas. As entrevistas serão gravadas e seu material, destruído, após análise dos dados.

O objetivo desta pesquisa é investigar a capacidade de superação de problemas nas crianças e adolescentes estudados, denominada como resiliência. Esta se trata de um conjunto de fatores como características individuais, relacionamento com familiares e pessoas importantes do ponto de vista emocional e sistemas de apoio da comunidade como escola, unidades de saúde, promoção social, etc. Com os resultados desse estudo espera-se contribuir com formas de promoção da resiliência e com a construção de ações efetivas para o desenvolvimento de um trabalho preventivo de atendimento/acompanhamento à população.

Para tal investigação será realizada uma entrevista para aplicação de até três questionários com o(s) responsável(s) e até outros três com a criança/adolescente. Os instrumentos terão perguntas sobre dados sócio demográficos, questões de saúde, problemas emocionais e/ou saúde mental, hábitos e comportamentos, interação pais e filhos, capacidade para superação de problemas e traumas, presença de recursos no ambiente físico e social e caracterização da família.

Em uma segunda etapa da pesquisa serão selecionados alguns sujeitos (criança/adolescente e um de seus responsáveis) com os quais será realizada uma segunda entrevista com o objetivo de: analisar o histórico de vida dos sujeitos estudados e caracterização dos fatores relacionados à resiliência. Além disso, serão realizadas entrevistas abertas e semiestruturadas com profissionais que acompanham a criança/adolescente e sua família nos serviços de atendimento de Rede de Proteção para melhor caracterização das potencialidades e dificuldades desses.

A pesquisa em si não trará benefícios diretamente para os sujeitos envolvidos, assim como para seus responsáveis, porém a discussão dos casos descritos poderá contribuir para o conhecimento científico e para o aprimoramento do atendimento.

A participação nesta pesquisa **não oferece riscos nem desconfortos físicos ou morais** previsíveis e adicionais aos sujeitos que participarem deste estudo, porém caso ocorram, a pesquisadora se responsabilizará por eles. O único desconforto previsto se refere ao tempo da entrevista, que pode ser interrompida a qualquer momento caso seja necessário.

Não vai haver nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa não acarretará nenhum gasto aos participantes. No caso de ocorrerem quaisquer despesas em função da pesquisa, estas serão ressarcidas integralmente pela pesquisadora. O ressarcimento destina-se as despesas que os sujeitos possam ter pela participação exclusiva na pesquisa e que não teriam caso não participassem. Este item não se aplica aos gastos que os participantes já possuem atualmente e que se referem a rotina diária, como o transporte de casa para o local de atendimento e vice-versa.

**Tanto no relatório da pesquisa quanto nas publicações dela derivadas será assegurado o SIGILO sobre a identificação da criança, adolescentes, de seus familiares e responsáveis.**

Qualquer outra dúvida a respeito desta pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores através dos telefones e e-mail: (19) 3521.7111/ [zanolli@fcm.unicamp.br](mailto:zanolli@fcm.unicamp.br) (Profª Drª Maria de Lurdes Zanolli) ou (19) 3287.7351/ [nataliaah@gmail.com](mailto:nataliaah@gmail.com) (Natália Amaral Hildebrand) ou no Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP, endereço: Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo – CEP: 13081-970 – Campinas/ SP.

Qualquer reclamação ou denúncia sobre aspectos éticos desta pesquisa poderá ser efetuada no Comitê de Ética em Pesquisa da FCM da UNICAMP através do telefone: (19) 3521.8936/ 3521.7187,

e-mail: cep@fcm.unicamp.br ou endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 – Campinas/ SP.

Os participantes podem retirar sua autorização e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Foi entregue ao participante uma cópia desta autorização e as dúvidas a respeito da pesquisa e deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram esclarecidas pela pesquisadora Natália Amaral Hildebrand. Caso o participante **não concorde** em assinar esta autorização, **não haverá qualquer prejuízo** aos atendimentos realizados nos locais em que é acompanhado.

Uma vez que estou ciente, e não restando dúvidas a respeito do que foi lido e explicado, concordo com a minha participação na pesquisa e da criança/adolescente pela qual sou responsável legal, como voluntários, assinando o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da criança/adolescente: \_\_\_\_\_

D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

Parentesco com a criança: \_\_\_\_\_ R.G. do responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

## APÊNDICE 3

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II**

Esta pesquisa se trata de um estudo de doutorado intitulado como **“Resiliência e linha de cuidados em crianças e adolescentes acompanhados em Centro de Referência Especializado”** sob responsabilidade da pesquisadora Natália Amaral Hildebrand (doutoranda da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP), sob orientação da Prof. Dra. Maria de Lurdes Zanolli. A coleta de dados será realizada com crianças/ adolescentes e suas famílias, **estudantes da rede estadual de educação do Município de Campinas**, com outras que são acompanhadas no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do Município de Campinas ou em instituições conveniadas a este serviço e também com profissionais que atuam na rede de proteção desses sujeitos.

A criança/ adolescente: \_\_\_\_\_  
e pelo menos um de seus responsáveis estão sendo, através deste documento, convidados a participar como voluntários desta pesquisa por meio da aplicação de questionários, entrevistas semiestruturadas e abertas. As entrevistas serão gravadas e seu material, destruído, após análise dos dados.

O objetivo desta pesquisa é investigar a capacidade de superação de problemas nas crianças e adolescentes estudados, denominada como resiliência. Esta se trata de um conjunto de fatores como características individuais, relacionamento com familiares e pessoas importantes do ponto de vista emocional e sistemas de apoio da comunidade como escola, unidades de saúde, promoção social, etc. Com os resultados desse estudo espera-se contribuir com formas de promoção da resiliência e com a construção de ações efetivas para o desenvolvimento de um trabalho preventivo de atendimento/acompanhamento à população.

Para tal investigação será realizada uma entrevista para aplicação de até três questionários com o(s) responsável(s) e até outros três com a criança/adolescente. Os instrumentos terão perguntas sobre dados sócio demográficos, questões de saúde, problemas emocionais e/ou saúde mental, hábitos e comportamentos, interação pais e filhos, capacidade para superação de problemas e traumas, presença de recursos no ambiente físico e social e caracterização da família.

A pesquisa em si não trará benefícios diretamente para os sujeitos envolvidos, assim como para seus responsáveis, porém a discussão dos casos descritos poderá contribuir para o conhecimento científico e para o aprimoramento do atendimento.

A participação nesta pesquisa **não oferece riscos nem desconfortos físicos ou morais** previsíveis e adicionais aos sujeitos que participarem deste estudo, porém caso ocorram, a pesquisadora se responsabilizará por eles. O único desconforto previsto se refere ao tempo da entrevista, que pode ser interrompida a qualquer momento caso seja necessário.

Não vai haver nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa não acarretará nenhum gasto aos participantes. No caso de ocorrerem quaisquer despesas em função da pesquisa, estas serão ressarcidas integralmente pela pesquisadora. O ressarcimento destina-se as despesas que os sujeitos possam ter pela participação exclusiva na pesquisa e que não teriam caso não participassem. Este item não se aplica aos gastos que os participantes já possuem atualmente e que se referem a rotina diária, como o transporte de casa para a escola e vice-versa.

**Tanto no relatório da pesquisa quanto nas publicações dela derivadas será assegurado o SIGILO sobre a identificação da criança, adolescentes, de seus familiares e responsáveis.**

Qualquer outra dúvida a respeito desta pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores através dos telefones e e-mail: (19) 3521.7111/ [zanolli@fcm.unicamp.br](mailto:zanolli@fcm.unicamp.br) (Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria de Lurdes Zanolli) ou (19) 3287.7351/ [nataliaah@gmail.com](mailto:nataliaah@gmail.com) (Natália Amaral Hildebrand) ou no Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP, endereço: Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo – CEP: 13081-970 – Campinas/ SP.

Qualquer reclamação ou denúncia sobre aspectos éticos desta pesquisa poderá ser efetuada no Comitê de Ética em Pesquisa da FCM da UNICAMP através do telefone: (19) 3521.8936/ 3521.7187, e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br) ou endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 – Campinas/ SP.

Os participantes podem retirar sua autorização e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Foi entregue ao participante uma cópia desta autorização e as dúvidas a respeito da pesquisa e

deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram esclarecidas pela pesquisadora Natália Amaral Hildebrand. Caso o participante **não concorde** em assinar esta autorização, **não haverá qualquer prejuízo** aos atendimentos realizados nos locais em que é acompanhado.

Uma vez que estou ciente, e não restando dúvidas a respeito do que foi lido e explicado, concordo com a minha participação na pesquisa e da criança/adolescente pela qual sou responsável legal, como voluntários, assinando o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da criança/adolescente: \_\_\_\_\_

D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

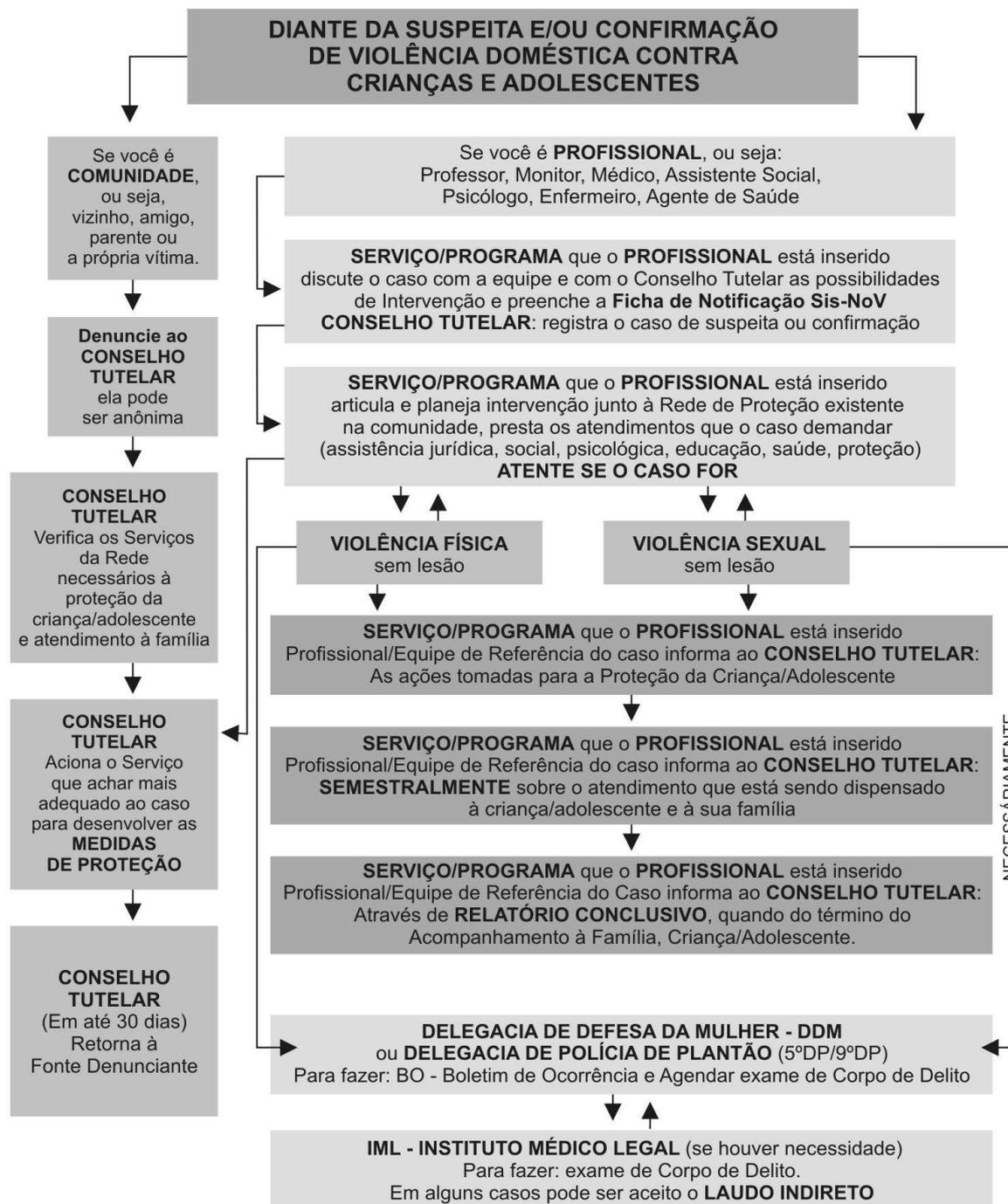
Parentesco com a criança: \_\_\_\_\_ R.G. do responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

## ANEXOS

### ANEXO 1: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E

### ADOLESCENTES - CAMPINAS 2004 (VIOLÊNCIA SEM LESÃO)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> [http://177.43.213.48:85/sisnov/pdf/quebrando\\_o\\_silencio\\_fluxo.pdf](http://177.43.213.48:85/sisnov/pdf/quebrando_o_silencio_fluxo.pdf)

**ANEXO 2: QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ) – VERSÃO PAIS (4-16 ANOS)**

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

Nome da Criança: ..... Masculino/Feminino

Data de Nascimento: .....

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelo sentimento de outras pessoas			
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição; se mexe muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas			
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, barriga ou enjoo			
Tem vontade de compartilhar doces, brinquedos, lápis...com outras crianças			
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra			
É solitário, prefere brincar sozinho			
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem			
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo			
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal			
Está sempre agitado balançando as pernas ou mexendo as mãos			
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga			
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta			
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso			
Em geral, é querido por outras crianças			
Facilmente perde a concentração			
Fica inseguro quando tem que fazer uma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo			
É gentil com crianças mais novas			
Frequentemente engana ou mente			
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no			
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)			
Pensa nas coisas antes de fazê-las			
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares			
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças			
Tem muitos medos, assusta-se facilmente			
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração			

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

**Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado**

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Sim-dificuldades bem definidas       Sim-pequenas dificuldades       Sim-dificuldades graves       Não

Se você respondeu "Sim", por favor, responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

• Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês       Mais de 1 ano       1-5 meses       6-12 meses

• Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada       Um pouco       Muito       Mais que muito

• Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA A DIA EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIZADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada       Um pouco       Muito       Mais que muito

Nome completo (em letra de forma): .....Data.....

Mãe/pai/professor/outro (especifique): .....

**Muito obrigado pela sua colaboração**

**ANEXO 3: QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ) – VERSÃO DE AUTO AVALIAÇÃO (11-16 ANOS)**

Instruções: Por favor, marque para cada item um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Ajudaria-nos se você respondesse a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta pareça-lhe estranha. Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses.

Nome: .....

Masculino/Feminino

Data de Nascimento: .....

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros			
Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas			
Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo			
Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)			
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência			
Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha			
Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem			
Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo			
Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal			
Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos			
Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga			
Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero			
Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso			
Em geral, os outros jovens gostam de mim			
Facilmente perco a concentração			
Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo			
Sou legal com crianças mais novas			
Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear			
Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'			
Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)			
Eu penso antes de fazer as coisas			
Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares			
Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade			
Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente			
Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção			

Nome completo (em letra de forma): .....Data.....

**Muito obrigado pela sua colaboração**

**ANEXO 4: RESILIENCY SCALES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS (RSCA) DE PRINCE-EMBURY (2007) – ESCALA DE RESILIÊNCIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (VERSÃO BRASILEIRA VALIDADA)**

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino      Idade: \_\_\_\_\_      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Escola: \_\_\_\_\_      Série: \_\_\_\_\_

Aqui está uma lista de coisas que acontecem na vida da gente. Leia cada sentença cuidadosamente, e circule a resposta (nunca, raramente, às vezes, freqüentemente, quase sempre) que mais combina com você. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

**Sub-escala: 1**

1. A vida é justa.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
2. Posso fazer coisas boas acontecerem.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
3. Consigo aquilo que preciso.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
4. Posso controlar o que acontece comigo.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
5. Faço bem as coisas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
6. Sou bom/boa em consertar as coisas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
7. Sou bom/boa em entender as coisas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
8. Tomo boas decisões.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
9. Consigo me adaptar quando há uma mudança de planos.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
10. Consigo superar problemas na minha vida.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
11. Se tenho um problema, consigo resolvê-lo.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
12. Se tentar com empenho, isto faz a diferença.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
13. Se a princípio eu não obtiver sucesso, continuo tentando.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
14. Consigo pensar em mais de uma maneira de resolver um problema.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
15. Consigo aprender com os meus erros.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
16. Consigo pedir ajuda quando preciso.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
17. Consigo aceitar ajuda quando preciso.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
18. Eu penso que coisas boas acontecerão comigo.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
19. Eu penso que minha vida será feliz.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
20. Não importa o que aconteça, eu penso que as coisas darão certo.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre

LEGENDA: **nunca** = nenhuma vez

**raramente** = uma vez no mês

**às vezes** = duas vezes no mês

**freqüentemente** = uma a duas vezes na semana

**quase sempre** = mais de duas vezes na semana

TS

RS

Sub-escala: 2	0	1	2	3	4
1. Consigo conhecer pessoas novas facilmente.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
2. Consigo fazer amigos facilmente.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
3. As pessoas gostam de mim.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
4. Me sinto calmo com as pessoas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
5. Tenho um bom amigo.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
6. Gosto de pessoas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
7. Passo tempo com meus amigos.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
8. Os outros me tratam bem.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
9. Consigo confiar nas pessoas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
10. Deixo que as outras pessoas vejam meus sentimentos verdadeiros.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
11. Consigo calmamente dizer aos outros que não concordo com eles.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
12. Consigo me conciliar com os amigos depois de uma briga.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
13. Consigo desculpar meus pais se eles me chateiam.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
14. Se as pessoas me chateiam, consigo desculpá-las.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
15. Acredito que as pessoas me tratam de forma justa.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
16. Posso contar com as pessoas próximas para fazer a coisa certa.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
17. Posso tranquilamente dizer a um amigo que ele ou ela fez algo que me magoou.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
18. Se algo ruim ocorre, posso solicitar a ajuda de meus amigos.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
19. Se algo ruim ocorre, posso solicitar a ajuda de meus pais.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
20. Existem pessoas que me ajudarão se algo ruim ocorrer.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
21. Se me sinto magoado ou com raiva, existe alguém com quem eu posso conversar.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
22. Existem pessoas que me amam e se preocupam comigo.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
23. As pessoas sabem quem eu sou de verdade.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
24. As pessoas me aceitam pelo que realmente sou.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre

TS

RS

Sub-escala: 3	0	1	2	3	4
1. Fico triste facilmente.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
2. As pessoas dizem que é fácil me aborrecer.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
3. Eu revido quando alguém me aborrece.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
4. Eu fico realmente aborrecido quando as coisas não saem do meu jeito.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
5. Eu fico realmente aborrecido quando as pessoas não gostam de mim.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
6. Posso ficar tão aborrecido que chego a não me agüentar.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
7. Fico tão aborrecido que perco o controle.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
8. Quando fico aborrecido, não penso com clareza.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
9. Quando fico aborrecido, reajo sem pensar.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
10. Quando estou aborrecido, fico confuso.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
11. Quando fico aborrecido, permaneço assim por mais ou menos uma hora.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
12. Quando fico aborrecido, permaneço dessa forma por algumas horas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
13. Quando fico aborrecido, permaneço assim por todo um dia.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
14. Quando fico aborrecido, permaneço assim por alguns dias.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
15. Quando estou aborrecido, cometo erros.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
16. Quando estou aborrecido, ajo de maneira errada.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
17. Quando estou aborrecido, me meto em encrencas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
18. Quando estou aborrecido, faço coisas das quais me arrependo depois.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
19. Quando estou aborrecido, me firo fisicamente.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre
20. Quando estou aborrecido, machuco outras pessoas.	nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	quase sempre

TS

RS

*ANEXO 5: SOCIAL SUPPORT APPRAISALS (SSA) – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DO APOIO SOCIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES*

Estas perguntas vão investigar sentimentos e comportamentos de crianças e adolescentes. Suas respostas não serão identificadas. Não existe certo ou errado. É importante responder do jeito que você se sente agora, relativamente a cada uma das questões.

- **Concordo Totalmente**- deve ser marcado se você se sente sempre desse modo;

- **Discordo Totalmente**- deve ser marcado se você nunca se sente desse modo.

As outras respostas são intermediárias. É importante não deixar nenhum item sem resposta e qualquer dúvida pergunte ao investigador e nunca aos colegas. **Obrigada pela colaboração!**

Nome:

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade: Série:

	Concordo Totalmente	Concordo bastante	Concordo um pouco	Discordo um pouco	Discordo bastante	Discordo totalmente
1) Os meus amigos me respeitam	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2) Tenho professores que se preocupam bastante comigo	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3) Eu sou bastante querido pela minha família	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4) Eu não sou importante para os outros	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5) Os meus professores gostam de mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6) A minha família se preocupa bastante comigo	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7) As pessoas, de um modo geral, gostam de mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8) De maneira geral, posso confiar nos meus amigos	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9) Sou bastante admirado pelos meus familiares	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10) Sou respeitado pelas pessoas em geral	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11) Os meus amigos não se preocupam nada comigo	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12) Meus professores me admiram bastante	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13) Eu sou querido pelas pessoas	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14) Eu me sinto muito ligado aos meus amigos	( )	( )	( )	( )	( )	( )

	Concordo totalmente	Concordo bastante	Concordo um pouco	Discordo um pouco	Discordo bastante	Discordo totalmente
15) Os meus professores confiam em mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16) A minha família gosta muito de mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17) Os meus amigos gostam de estar comigo	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18) No geral, não posso contar com os meus professores para me darem apoio	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19) As pessoas de minha família confiam em mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20) Sinto que as pessoas, de um modo geral, me admiram	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21) A maioria dos meus professores me respeita muito	( )	( )	( )	( )	( )	( )
22) Não posso contar com a minha família para me dar apoio	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23) Eu me sinto bem quando estou com outras pessoas	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24) Eu e os meus amigos somos muito importantes uns para os outros	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25) A minha família me respeita muito	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26) Sinto que as pessoas me dão valor	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27) Eu ajudo meus amigos e eles me ajudam	( )	( )	( )	( )	( )	( )
28) Não me sinto muito ligado aos meus professores	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29) Se eu morresse amanhã poucas pessoas sentiriam saudades de mim	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30) Não me sinto muito ligado à minha família	( )	( )	( )	( )	( )	( )

## ANEXO 6: DIAGRAMA DE ESCOLTA

### Folha para Aplicação do Diagrama

Inicie explicando que a entrevista será gravada e terá duração aproximada de 60min.

Nome:

Idade:

Apresente o Diagrama

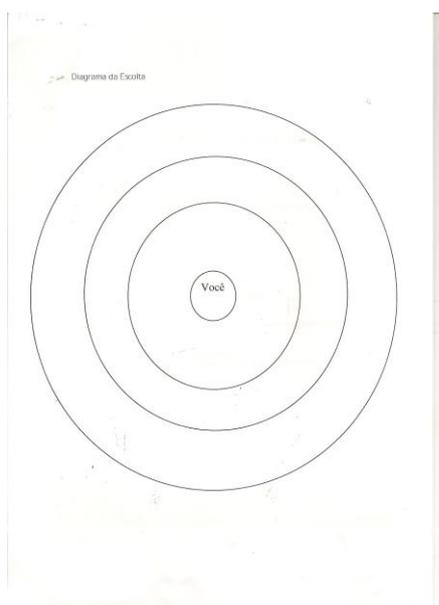
Proponha que o entrevistado pense nas pessoas que são importantes em sua vida neste momento. Então peça a ele que coloque seus nomes em um dos três círculos do diagrama baseado no quão próximo ele se sente a elas. Explique que no círculo mais próximo ao do centro (onde está representado o entrevistado), ele deve colocar as pessoas das quais ele se sente mais próximo. Pergunte: "Ha uma pessoa ou pessoas tão próximas a você que seria difícil imaginar sua vida sem elas?". Para o círculo seguinte (intermediário), deve-se seguir o mesmo procedimento, mas nele devem ser colocadas as pessoas não tão próximas, mas que ainda assim são muito importantes para ele. No círculo externo, o entrevistado deve ser instruído a colocar os nomes das pessoas que ainda não foram mencionadas, mas que são próximas e importantes o suficiente para integrarem a sua rede pessoal. Ao final, questione se há mais alguém que o entrevistado gostaria de colocar no diagrama.

Se a resposta for negativa registre as seguintes informações sobre as dez primeiras pessoas mencionadas: idade, sexo, tipo de relação com o entrevistado, tempo de conhecimento, proximidade e frequência de contato.

Após, explique o seguinte: Agora, eu gostaria que você me indicasse (em relação as dez primeiras pessoas incluídas no diagrama) a quem você recorre para:

- a) confidenciar coisas que são importantes;
- b) ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza;
- c) ser respeitado;
- d) ser cuidado em situação de doença;
- e) conversar quando está triste, nervoso ou deprimido;
- i) conversar sobre a própria saúde

E quem recorre a você para solicitar os mesmos tipos de apoio mencionados (a, b, c, d, e, i).



## ANEXO 7: INVENTÁRIO DE RECURSOS NO AMBIENTE FAMILIAR (RAF)

## RAF - INVENTÁRIO DE RECURSOS DO AMBIENTE FAMILIAR

Aplica-se o roteiro sob forma de entrevista semi-estruturada, em que cada tópico é apresentado à mãe / informante oralmente, tendo o examinador liberdade para parafrasear o conteúdo da questão caso haja dificuldade de compreensão por parte da pessoa entrevistada. Em cada tópico, o entrevistador inicia fazendo a pergunta aberta que o introduz. Após registrar a resposta a essa pergunta, apresenta, uma a uma, as demais alternativas de resposta.

## 1. O QUE A CRIANÇA FAZ QUANDO NÃO ESTÁ NA ESCOLA?

- Assiste à TV  
 Ouve rádio  
 Joga vídeo-game  
 Lê livros, revistas, gibis  
 Brinca na rua  
 Brinca dentro de casa  
 Outro - especificar \_\_\_\_\_

## 2. QUAIS OS PASSEIOS QUE A CRIANÇA REALIZOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- | Passeio  | Passeio   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bosque Municipal                            | <input type="checkbox"/> Circo                                    |
| <input type="checkbox"/> Evento anual da cidade (feira, rodeio, ...) | <input type="checkbox"/> Shopping Center                          |
| <input type="checkbox"/> Cinema ou teatro                            | <input type="checkbox"/> Parque de diversões                      |
| <input type="checkbox"/> Lanchonete                                  | <input type="checkbox"/> Clube                                    |
| <input type="checkbox"/> Praia                                       | <input type="checkbox"/> Visitas a parentes / amigos da família   |
| <input type="checkbox"/> Viagem de trem                              | <input type="checkbox"/> Divertilândia                            |
| <input type="checkbox"/> Sítio, chácara ou fazenda                   | <input type="checkbox"/> Viagem para outra cidade                 |
| <input type="checkbox"/> Centro da cidade                            | <input type="checkbox"/> Exposição (de pintura, de ciências, etc) |
| <input type="checkbox"/> Museu                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Aeroporto                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Outros - especificar: _____                 |   |

## 3. HÁ ATIVIDADES PROGRAMADAS QUE A CRIANÇA REALIZA REGULARMENTE?

- Faz catecismo, estudos bíblicos ou evangelização.  
 Frequenta núcleo municipal do bairro  
 Prática esporte em clubes, academias, ginásios.  
 Frequenta aulas para aprender atividade artesanal (por ex.emplo: tapeçaria, pintura...)  
 Tem aulas de piano, violão ou outro instrumento musical.  
 Frequentar algum programa de atividades para crianças, como o Kurumim  
 Tem aulas de inglês ou outro idioma  
 Faz computação  
 Outro - especificar \_\_\_\_\_

## 4. QUAIS AS ATIVIDADES QUE OS PAIS DESENVOLVEM COM A CRIANÇA EM CASA?

- Brincar  
 Jogar vídeo-game ou outros jogos  
 Assistir a filmes  
 Assistir a programas infantis na TV  
 Contar histórias e casos  
 Ler livros, revistas  
 Conversar sobre como foi o dia na escola  
 Conversar sobre notícias, filmes e outros programas de TV  
 Ouvir as histórias da criança; conversar sobre os assuntos que ela traz  
 Realizar juntos atividades domésticas, como: lavar o carro, fazer almoço ou outras  
 Outras - especificar \_\_\_\_\_

## 5. QUAIS OS BRINQUEDOS QUE ELE (ELA) TEM OU JÁ TEVE? SEU FILHO TEM OU JÁ TEVE.

- uma cama só para ele  
 brinquedos de andar ( triciclo, bicicleta, patinete... )  
 brinquedos para movimentos corpo ( corda de pular, balanço... )  
 instrumento musical de brinquedo ou de verdade ( tambor, pianinho... )  
 brinquedo que lida com números ( dados, dominó... )  
 brinquedos de letras ( abecedários, quebra -cabeças com letras... )  
 brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas ( quebra-cabeça, encaixes. )  
 brinquedos para conhecer nomes de animais ( livros, miniaturas ... )  
 objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel  
 aparelho de som com discos  
 um animal de estimação  
 livrinhos de histórias infantis  
 jogos de regras (dama, loto, senha, memória...)  
 brinquedos de faz de conta ( panelinhas, bonecas, martelo, serrote ... )  
 brinquedos de construção ( blocos, lego, pinos mágicos )  
 brinquedos de rodas ( carrinhos, trens, carrinho de boneca ... )  
 videogame  
 bola, pipa, bola de gude, carrinho rolemã  
 outros, especifique \_\_\_\_\_

## 6. HÁ JORNAIS E REVISTAS NA SUA CASA?

- não  
 sim - tipo:  
 jornal  
 revista -  de notícias -  de TV -  feminina  
 de fotonovela -  de esporte -  religiosa  
 outra, especifique \_\_\_\_\_

## 7. HÁ LIVROS NA SUA CASA?

- não  
 sim - tipo:  
 escolares  
 romances, contos, literatura  
 livrinhos infantis  
 religiosos (bíblia, evangelhos, catecismo)  
 técnicos, científicos  
 enciclopédias  
 dicionário  
 outros, especifique \_\_\_\_\_

## 8. ALGUÉM EM CASA ACOMPANHA A CRIANÇA NOS AFAZERES DA ESCOLA?

<i>Alguém em casa:</i>	ninguém	a mãe	o pai	outra pessoa
Verifica se o material escolar está em ordem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avisa quando é hora de ir para a escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervisiona a lição de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervisiona o estudo para as provas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparece às reuniões da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanha as notas e a frequência às aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação de cada item: mãe e pai = 3; só a mãe = 2, só o pai = 2; outra pessoa = 1; mãe / pai e outra pessoa = 1; ninguém = 0.

## 9. SEU FILHO TEM HORA CERTA PARA:

	sempre	às vezes	nunca
almoçar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brincar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ir dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levantar-se de manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fazer a lição de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assistir à TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0.

## 10. SUA FAMÍLIA COSTUMA ESTAR REUNIDA:

	sempre	às vezes	nunca
no café da manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no almoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à noite, para assistir à TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e nos fins de semana :			
em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
em passeios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0.

## ANEXO 8: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Resiliência e linha de cuidados em crianças e adolescentes acompanhados em Centro de Referência Especializado

**Pesquisador:** Natália Amaral Hildebrand

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 18454813.9.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 371.078

**Data da Relatoria:** 22/08/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de doutorado que visa estudar a resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. (Entende-se por resiliência um conjunto de processos sociais e psicológicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo vivenciando situações traumáticas ou de stress.) Durante a pesquisa, serão aplicados questionários e entrevistas abertas e semi-estruturadas com crianças (faixa etária de 9 a 16 anos), a família e profissionais que atuam na rede de proteção infanto-juvenil de Serviços Especializados conveniados com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Campinas, local onde a pesquisa será realizada. A pesquisadora pretende recrutar 350 voluntários, sendo 200 vítimas de violência doméstica em acompanhamento no CREAS, 100 não vítimas de violência doméstica, e 50 profissionais da rede de proteção. O financiamento para pesquisa é próprio.

**Objetivo da Pesquisa:**

Estudar resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica acompanhadas nos Serviços Especializados conveniados ao CREAS do município de Campinas e analisar a linha de cuidado nas políticas públicas deste município enquanto fatores de proteção que possibilitem o desenvolvimento de resiliência nesses sujeitos.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-987  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-2938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 371.078

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não são previstos riscos nem benefícios diretos aos voluntários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo audacioso e de continuação natural de um estudo previamente realizado durante o mestrado com a mesma população e mesma temática. Os objetivos e a metodologia estão bem definidos, e o projeto não apresenta riscos aos voluntários.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto conta com autorização da secretaria de cidadania, assistência e inclusão social do município de Campinas e da diretoria regional de ensino de duas regiões diferentes da cidade. A folha de rosto foi apresentada e está assinada pela diretoria da FCM, unidade na qual este projeto está vinculado.

Foram apresentados 3 termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE): um termo a ser aplicado aos responsáveis pelas crianças vítimas de violência doméstica, um termo a ser aplicado aos responsáveis pelas crianças estudantes da rede Estadual (não vítimas de violência doméstica), e um último termo a ser aplicado aos profissionais da rede de proteção infanto-juvenil.

Os dois primeiros TCLEs foram alterados nesta nova versão, apresentando o título público do projeto, conforme sugerido pelo CEP no parecer anterior. A redação do texto também segue a sugestão do último parecer.

**Recomendações:**

A validação dos TCLEs como documentos é pautada na assinatura das partes envolvidas no projeto, isto é, do voluntário participante e do pesquisador, em 2 vias, ficando cada uma delas com participante e pesquisador, respectivamente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considero o projeto válido e de acordo com as normas do sistema CEP-CONEP e da Resolução 466-2012-CNS, MS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Se o TCLE tiver mais de uma página, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse documento, apondo suas

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8098 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 371.070

assinaturas na última página do referido termo (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).  
Ao pesquisador cabe desenvolver o projeto conforme delimitado, elaborar e apresentar os relatórios parciais e final, bem como encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (resolução 466/2012 CNS/MS)

CAMPINAS, 26 de Agosto de 2013

---

Assinado por:  
Fatima Aparecida Bottcher Lutz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8908 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cnp@fcm.unicamp.br

*ANEXO 8: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA, ASSISTÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL DE CAMPINAS – SP*

*Autorizo*, consoante o Decreto Municipal nº 17.584, de 11/05/2012, o desenvolvimento da pesquisa intitulada *“A resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: fatores de proteção e linha de cuidado nas políticas públicas”*, para fins de doutorado, junto a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP, assim como a utilização das informações coletadas por meio desta, realizada pela pesquisadora *Natália Amaral Hildebrand*, que terão como sujeito da pesquisa crianças, adolescentes e suas famílias atendidas no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, vinculado a esta Secretaria Municipal.

Campinas, 10 de maio de 2013.



**JANETE APARECIDA GIORGETTI VALENTE**  
Secretária de Cidadania, Assistência e Inclusão Social

*ANEXO 9: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DO ESTADO DE EDUCAÇÃO - DIRETORIA REGIONAL DE ENSINO – REGIÃO DE CAMPINAS LESTE*



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE CAMPINAS LESTE  
Rua Rafael Sampalo, 485 - Vila Rossi  
CEP: 13023-240 – Campinas – SP  
Tel.: 19-3741.4110 – 3741.4114  
Email: declt@see.sp.gov.br

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA REGIONAL DE ENSINO

CAMPINAS LESTE

Eu, Nivaldo Vicente, Dirigente Regional de Ensino da Diretoria de Ensino Região Leste, autorizo a realização da pesquisa intitulada "A resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: fatores de proteção e linha de cuidado nas políticas públicas" para fins de doutorado, realizada pela pesquisadora Natália Amaral Hildebrand, junto a Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, que terão como sujeito da pesquisa crianças, adolescentes e suas famílias, assim como os profissionais da rede estadual de ensino no município de Campinas (Região Leste).

Campinas, 12 de março de 2013.

  
Nivaldo Vicente

RG 19.124.239-1

Dirigente Regional de Ensino.

*ANEXO 10: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DO ESTADO DE EDUCAÇÃO - DIRETORIA REGIONAL DE ENSINO – REGIÃO DE CAMPINAS OESTE*

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DE ENSINO

CAMPINAS OESTE

Autorizo a utilização das informações coletadas por meio da pesquisa intitulada "A resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: fatores de proteção e linha de cuidado nas políticas públicas" para fins de doutorado, realizada pela pesquisadora Natália Amaral Hildebrand, junto a Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, que terão como sujeito da pesquisa crianças, adolescentes e suas famílias, assim como os profissionais da rede estadual de ensino no município de Campinas (Região Oeste).

Data: 05, 03, 13

  
Assinatura do (a) Responsável – Diretoria de Ensino (Campinas Oeste)

ANTONIO ADMAR ECHIAVO  
Diretoria Regional de Ensino  
Campinas - SP - FCM - UNICAMP