

## Variáveis sociodemográficas, do contexto familiar e comportamentais associadas à violência física intrafamiliar na PeNSE

Socio-demographic, family context and behavioral variables associated with intrafamily physical violence in PeNSE

Variables sociodemográficas, contexto familiar y comportamentales asociadas a la violencia física intrafamiliar en la PeNSE

Paulla Hermann do Amaral (<https://orcid.org/0000-0002-6150-3862>)<sup>1,2</sup>

Roberta Hirschmann (<https://orcid.org/0000-0002-3775-0310>)<sup>1</sup>

Tiago N. Munhoz (<https://orcid.org/0000-0003-1281-9542>)<sup>1</sup>

**Resumo** *Objetivou-se avaliar a magnitude e os grupos populacionais em maior risco à violência física intrafamiliar (VFI) entre estudantes do 9º ano do ensino fundamental. Analisou-se dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), um estudo transversal de base escolar, cuja amostragem se deu em três estágios: seleção de municípios, escolas e turmas. Foram conduzidas análises univariadas, bivariadas e multivariadas, considerando os pesos amostrais. Examinaram-se informações de 60.905, 108.793 e 102.072 estudantes, identificando-se prevalências de VFI de 9,5%, 10,9% e 14,5% para cada ano analisado, respectivamente. Posterior ao ajuste, constatou-se que a vitimização por VFI foi maior em estudantes do sexo feminino, que se autodeclararam de cor/raça preta, parda, amarela ou indígena, e com idades de 15 e 16 anos ou mais, cujas mães apresentavam menor grau de escolaridade. Foi observado aumento na ocorrência de VFI no período estudado, sinalizando a necessidade de políticas, programas e serviços especializados voltarem sua atenção para os segmentos populacionais mais vulneráveis. A inserção de estratégias preventivas no contexto escolar, com ênfase nas dinâmicas familiares, poderá ser um vetor para a diminuição de episódios de VFI, consolidando a família enquanto sistema social e contribuindo para a quebra do ciclo de violência.*  
**Palavras-chave** *Abuso Físico, Violência, Estudantes, Exposição à violência, Adolescente*

**Abstract** *The aim was to evaluate the magnitude of population groups at greater risk of intrafamily physical violence (IPV) among 9<sup>th</sup> grade students. Data from the Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) [National School Health Survey] was used in a cross-sectional school-based study, whose sampling took place in three stages: selection and analysis of municipalities, schools and school classes. Univariate, bivariate and multivariate analyses were conducted, considering the sample weights. Information referring to 60,905, 108,793 and 102,072 students were examined. This identified IPV prevalences of 9.5%, 10.9% and 14.5% for each year analyzed, respectively. After adjustment, it was found that IPV victimization was higher among female students who self-declared black, brown, yellow or indigenous, were aged 15 and 16, and whose mothers had a lower level of education. It was observed that the occurrence of IPV increased in the study period, signaling the need for specialized policies, programs and services to turn attention toward the most vulnerable population segments. The implementation of preventive strategies in the school context, with emphasis on family dynamics, may be a vector for reducing the number of IPV episodes, consolidating the family as a social system contributing to breaking the cycle of violence.*

**Key words** *Physical Abuse, Violence, Students, Exposure to violence, Adolescent*

**Resumen** *Este artículo tuvo como objetivo evaluar la magnitud y los grupos poblacionales con mayor riesgo de sufrir violencia física intrafamiliar (VFI) entre los estudiantes del noveno año de educación básica. Analizamos datos de la Encuesta Nacional de Salud Escolar (PeNSE), un estudio transversal escolar, cuyo muestreo se realizó en tres etapas: selección de municipios, escuelas y clases. Se realizaron análisis univariados, bivariados y multivariados, considerando los pesos muestrales. Se examinó información de 60.905, 108.793 y 102.072 estudiantes, identificándose prevalencias de VFI del 9,5%, 10,9% y 14,5% para cada año analizado, respectivamente. Luego del ajuste, se encontró que la victimización por VFI fue mayor en estudiantes mujeres, que se declararon negras, pardas, amarillas o indígenas, de 15 y 16 años o más, cuyas madres eran menores de edad. Se observó un aumento en la ocurrencia de VFI durante el período estudiado, lo que señala la necesidad de que políticas, programas y servicios especializados centren su atención en los segmentos de población más vulnerables. La inserción de estrategias preventivas en el contexto escolar, con énfasis en la dinámica familiar, podrá ser un vector para reducir los episodios de VFI, consolidar a la familia como sistema social y contribuir a romper el ciclo de violencia.*

**Palabras clave** *Abuso Físico, Violencia, Estudiantes, Exposición a la violencia, Adolescente*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande. R. Ramiro Barcelos 2600, Santa Cecília. 90035-003 Porto Alegre RS Brasil. [paulla.hdoamaral@gmail.com](mailto:paulla.hdoamaral@gmail.com)

<sup>2</sup> Curso de Psicologia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas RS Brasil.

## Introdução

A violência é um problema social universal que afeta a saúde e o bem-estar de diferentes populações<sup>1</sup>. É definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uso intencional da força contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade resultando em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação<sup>2</sup>. A natureza dos atos violentos pode ser física, sexual, psicológica ou relacionada à privação ou ao abandono<sup>3</sup>. Em relação a violência física, também denominada abuso físico, caracteriza-se como atos violentos e intencionais em que a força física é utilizada para ferir, lesar, provocar dor e sofrimento, deixando, ou não, marcas evidentes no corpo<sup>4</sup>.

Este tipo de violência apresenta-se em diferentes contextos, dentre eles, o familiar<sup>5</sup>. A violência física intrafamiliar (VFI) pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer familiar que esteja em relação de poder com a vítima<sup>6</sup>. Estimativas mundiais indicam que uma em cada duas crianças e/ou adolescentes (2 a 17 anos) sofre algum tipo de violência (física, sexual e/ou emocional) a cada ano<sup>7</sup>. No Brasil, a violência e maus-tratos (físicos, sexual e/ou emocional) é o tipo de crime contra crianças e adolescentes com maior número de registros em boletins de ocorrência, sendo quase 20 mil casos registrados no ano de 2021. Desse total, 81% ocorreram dentro da casa da vítima, sendo em geral praticada por pessoas próximas ao convívio familiar<sup>8</sup>.

É papel dos cuidadores adotar práticas educativas alinhadas às necessidades das crianças, de modo que possam cumprir seu papel de educá-las da melhor maneira possível, livre de qualquer forma de violência e exploração. Todavia, a violência intrafamiliar apresenta uma natureza altamente complexa, impossibilitando a atribuição de uma causa única<sup>9</sup>. Os contextos de vulnerabilidade social, econômica e simbólica desempenham papéis cruciais no surgimento de relações violentas. A vulnerabilidade social pode ser compreendida pela exclusão de crianças, adolescentes e suas famílias de participação em espaços institucionais e comunitários reconhecidos, como creches, escolas, áreas de lazer e cultura, entre outros. Quanto à vulnerabilidade econômica, é fundamental destacar que a prática da violência não pode ser reduzida ou justificada pela pobreza. No entanto, não se pode ignorar que as condições precárias de vida permeiam os laços afetivos, fortalecendo, em alguns casos, o sentimento de solidariedade

e, em outros, enfraquecendo esses laços devido à baixa autoestima elevada de pais e filhos, gerando intolerância e reações violentas diante do desamparo e da carência. A vulnerabilidade simbólica revela a fragilização da autoridade e referência dos pais e responsáveis pelas crianças e adolescentes devido às condições individuais, familiares e coletivas. A violência intrafamiliar ocorre, portanto, em um contexto de relações vinculares, onde agressores e vítimas mantêm laços afetivos, embora ambivalentes. Essa violência é moldada por relações assimétricas de poder entre gerações e gêneros<sup>9</sup>.

A ocorrência da VFI contra a criança e o adolescente pode afetar negativamente o crescimento físico, cognitivo, emocional e social ou, ainda, contribuir para o aumento do consumo de álcool, uso de tabaco e outras drogas como uma tentativa de controle do sofrimento vivenciado<sup>10,11</sup>. A violência física pode duplicar as chances de transtornos de conduta na infância, ou, ainda, levar a traumas psicológicos que persistem ao longo da vida, como o desenvolvimento de transtornos alimentares, depressivos, de ansiedade, estresse pós-traumático e transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo<sup>11-14</sup>.

Para contribuir com o monitoramento do estado de saúde das populações a fim de formular e avaliar políticas e programas de saúde e sendo a violência contra a criança e o adolescente um problema de saúde pública e em virtude do impacto prejudicial, o objetivo do estudo é analisar as prevalências e os fatores associados à VFI em escolares do 9º ano do ensino fundamental nos anos de 2009, 2012 e 2015 no Brasil e em suas macrorregiões, através de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Dentre os artigos publicados com a base de dados da PeNSE, foram encontradas apenas três publicações<sup>14-16</sup> que utilizaram a VFI como desfecho. Sendo assim, além de ampliar o debate sobre a temática, este estudo busca apresentar a VFI em três anos da PeNSE e em suas diferentes macrorregiões.

## Métodos

A PeNSE tem delineamento transversal de base escolar e realiza o monitoramento da população adolescente brasileira (10 a 19 anos), de escolas públicas e privadas, das zonas urbanas e rurais, das 26 capitais do Brasil e Distrito Federal. O estudo é conduzido pelo Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE), com o apoio do Ministério da Educação (MEC), tendo edições realizadas nos anos 2009, 2012 e 2015 e 2019. O presente estudo analisará dados das primeiras três edições, uma vez que em 2019 o desfecho (VFI) foi coletado com período recordatório diferente dos demais anos. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado e auto aplicado naqueles escolares que estavam presentes no dia da realização da entrevista. O inquérito segue a metodologia da pesquisa desenvolvida pela OMS intitulada “*Global School-based Student Health Survey (GSHS)*”. O processo de amostragem foi realizado por conglomerados em dois estágios, cujas escolas correspondem ao primeiro estágio de seleção e as turmas de alunos matriculados ao segundo estágio. Todos os estudantes das turmas selecionadas foram convidados a participar do estudo. Informações detalhadas sobre a metodologia da PeNSE estão disponíveis nos relatórios de 2009<sup>17</sup>, 2012<sup>18</sup> e 2015<sup>19</sup>.

O desfecho de interesse deste estudo é a vitimização de VFI cometida por um adulto. Para avaliar a prevalência de VFI, a PeNSE utilizou a pergunta: “Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por um adulto da sua família?”. Foram considerados como vítimas todos os escolares que responderam “sim” sobre ter sofrido uma ou mais agressões nos últimos 30 dias. O desfecho VFI foi igualmente apresentado nos anos 2009, 2012 e 2015 da PeNSE o que permitiu uma análise precisa dos dados.

Em relação às variáveis independentes, foram consideradas nas análises: região do país (Nordeste; Norte; Sul; Centro-Oeste, Sudeste); raça autodeclarada (branca; preta; parda, amarela e indígena), idade em anos completos ( $\leq 13$ ; 14; 15;  $\geq 16$ ), escolaridade da mãe em anos de estudo (0; 1 a 8; 9 a 11;  $\geq 12$ ), supervisão dos pais/responsáveis (conhecimento dos pais sobre o que filhos(as) faziam em seu tempo livre), acompanhamento escolar (verificação dos responsáveis acerca da realização dos deveres de casa), compreensão familiar (compreensão da família quanto às preocupações e problemas vivenciados), invasão de privacidade (responsáveis mexeram em suas coisas sem a sua concordância), consumo de álcool e drogas ilícitas (ter usado maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, entre outros) nos últimos 30 dias. A escolha das variáveis independentes levou em consideração aquelas que possuem relação com a VFI, segundo a literatura, e disponíveis nos questionários da PeNSE. Para fins de comparabilidade entre os anos ava-

liados, foram incluídas as questões do mesmo formato de pergunta e as mesmas opções de respostas.

Os dados foram analisados no programa estatístico STATA (versão 13). Todas as análises utilizaram o prefixo *svy*, que estima os pesos amostrais em amostragens complexas. As frequências absolutas e relativas das variáveis foram descritas em tabelas. As análises bivariadas foram realizadas para testar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes utilizando o teste qui-quadrado, com resultados expressos em prevalências. As análises brutas e ajustadas para potenciais fatores de confusão foram realizadas por meio de regressão de Poisson, obtendo as razões de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95% (IC95%). As análises ajustadas foram conduzidas de acordo com um modelo hierárquico em dois níveis. O primeiro nível foi constituído pelas variáveis sociodemográficas: sexo, raça/cor autodeclarada, idade e escolaridade materna. O segundo nível foi constituído por variáveis do contexto familiar e comportamentais: supervisão dos pais/responsáveis, acompanhamento escolar, compreensão familiar, consumo de álcool e uso de drogas ilícitas. Na modelagem estatística, utilizou-se a estratégia de seleção *backward*, na qual variáveis com  $p < 0,20$  foram mantidas nos níveis subsequentes para controle de confusão, adotando-se um nível de significância de 5%. A pesquisa foi orientada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 13.010/2014) e cada coleta de dados foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

## Resultados

Entre os escolares avaliados na PeNSE nos inquéritos realizados em 2009, 2012 e 2015, um total de 60.905, 108.793, 102.072 escolares, respectivamente, apresentam informações sobre VFI e compõem as amostras deste estudo.

A Tabela 1 apresenta as características da amostra em cada ano avaliado. Em relação as características sociodemográficas, a maior proporção em cada amostra foi composta por escolares do sexo feminino, de cor da pele parda, com 14 anos de idade e cujas mães tinham escolaridade entre 1 e 8 anos de estudo em todos os anos avaliados. No que diz respeito ao contexto familiar, observou-se que em 2009 cerca de 30% dos pais e/ou responsáveis não supervisionavam os escolares, sendo menor este percentual em 2012 e 2015, (16% e 11%, respectivamente).

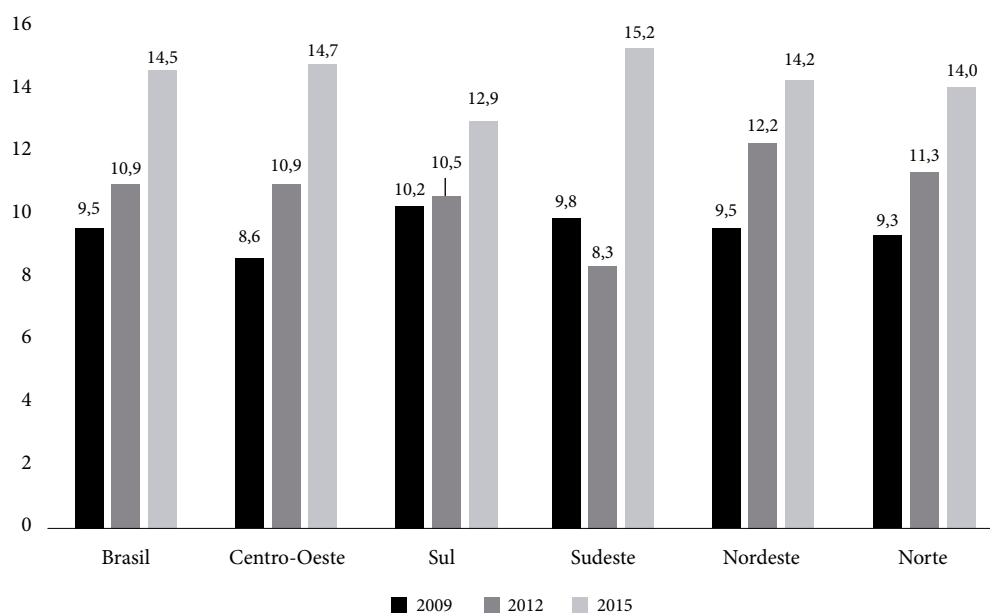
**Tabela 1.** Descrição da amostra e prevalência de VFI de acordo com variáveis sociodemográficas, de contexto familiar e comportamentais. Pesquisa Nacional de Saúde de Escolares (PeNSE). Brasil, 2009, 2012 e 2015.

Variáveis	2009 (60.905)		2012 (108.793)		2015 (102.072)	
	N (%)	% (IC95%)	N (%)	% (IC95%)	N (%)	% (IC95%)
<b>Nível 1</b>						
Sexo		p=0,021		p=0,114		p=0,001
Masculino	27.367 (47,1)	9,0 (8,3-9,8)	51.848 (48,8)	10,0 (8,8-11,4)	42.290 (48,7)	13,8 (13,3-14,4)
Feminino	31.845 (52,9)	10,0 (9,5-10,5)	56.945 (51,2)	11,6 (10,8-12,5)	52.782 (51,3)	15,1 (14,5-15,8)
Raça		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Branca	21.959 (40,2)	8,6 (7,9-9,4)	37.569 (36,8)	10,0 (9,3-10,7)	33.775 (36,2)	13,1 (12,3-13,8)
Preta	7.515 (12,8)	10,7 (9,5-12,0)	14.458 (13,4)	12,4 (11,3-13,7)	12.849 (13,4)	16,8 (15,7-18,0)
Parda	24.982 (39,2)	13,8 (11,6-16,3)	48.124 (42,3)	11,9 (11,1-12,8)	46.935 (43,1)	18,1 (15,9-20,5)
Amarela	2.442 (3,8)	9,5 (8,9-10,2)	4.807 (4,1)	10,8 (10,3-11,3)	4.580 (4,1)	14,5 (13,9-15,1)
Indígena	2.621 (4,1)	11,4 (9,5-13,5)	3.773 (3,5)	13,4 (11,5-15,6)	3.825 (3,3)	16,1 (14,0-18,4)
Idade		p<0,001		p=0,004		p<0,001
≤13	15.654 (24,5)	9,2 (8,4-10,0)	22.387 (22,9)	10,3 (9,4-11,3)	17.260 (18,2)	13,8 (12,8-15,0)
14	26.237 (47,2)	8,7 (8,0-9,3)	50.793 (45,6)	10,5 (10,2-10,8)	51.611 (51,0)	13,5 (12,9-14,1)
15	11.108 (18,2)	10,7 (9,7-11,9)	21.035 (18,3)	11,9 (10,5-13,5)	20.864 (19,8)	16,2 (15,2-17,2)
≥16	6.696 (10,1)	12,4 (11,1-13,8)	14.578 (13,2)	11,7 (10,4-13,1)	12.337 (11,0)	17,4 (16,4-18,5)
Escolaridade da mãe		p=0,348		p<0,001		p<0,001
≥12	13.332 (25,3)	9,4 (8,5-10,5)	19.004 (16,2)	10,6 (10,1-11,2)	22.688 (24,4)	13,0 (12,1-13,9)
9 a 11	16.541 (33,4)	9,4 (8,6-10,4)	30.286 (31,8)	11,3 (10,7-11,9)	24.178 (32,9)	14,6 (13,8-15,5)
1 a 8	18.028 (37,6)	10,1 (9,4-10,9)	33.732 (41,9)	10,6 (10,0-11,3)	24.241 (35,3)	15,1 (14,3-15,9)
0	1.861 (3,7)	11,2 (9,0-13,8)	7.335 (10,1)	11,9 (10,2-13,8)	5.531 (7,4)	19,5 (17,6-21,5)
<b>Nível 2</b>						
Supervisão dos pais/responsáveis		p=0,006		p<0,001		p<0,001
Sim	42.628 (72,1)	9,1 (8,6-9,7)	91.781 (83,9)	10,4 (9,9-10,9)	90.477 (89,1)	13,5 (13,0-13,9)
Não	17.169 (27,9)	10,5 (9,6-11,4)	16.720 (16,1)	13,0 (12,5-13,5)	11.057 (10,9)	23,3 (21,8-24,8)
Acompanhamento escolar	NI	NI		p<0,001		p<0,001
Sim			79.156 (74,6)	9,6 (9,1-10,1)	75.393 (74,7)	13,0 (12,5-13,6)
Não			29.031 (25,4)	14,3 (13,7-15,0)	26.191 (25,3)	18,9 (18,0-19,8)
Compreensão familiar	NI	NI		p<0,001		p<0,001
Sim			87.656 (81,7)	9,3 (8,9-9,7)	83.331 (82,8)	12,3 (11,9-12,8)
Não			20.849 (18,3)	17,5 (16,6-18,5)	18.166 (17,2)	24,9 (23,8-26,1)
Invasão de privacidade	NI	NI		p<0,001		p<0,001
Não			49.202 (45,1)	7,6 (7,2-8,0)	47.822 (47,2)	9,9 (9,4-10,5)
Sim			59.189 (54,9)	13,4 (12,6-14,2)	53.722 (52,8)	18,6 (18,0-19,2)
Consumo de bebida alcoólica (30 dias)		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Nenhum dia	44.633 (72,7)	7,5 (7,1-7,8)	80.822 (73,9)	8,4 (8,1-8,7)	79.364 (76,2)	11,4 (10,9-11,9)
≥1 dia	15.338 (27,3)	14,9 (13,7-16,9)	27.725 (26,1)	17,7 (16,8-18,5)	22.597 (23,8)	24,5 (23,4-25,6)
Usou drogas ilícitas (30 dias)		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Nenhum dia	57.852 (96,7)	8,8 (8,4-9,3)	102.352 (94,8)	10,1 (9,8-10,3)	98.115 (95,8)	13,7 (13,2-14,2)
≥1 dia	1.735 (3,3)	29,8 (25,7-34,2)	6.293 (5,8)	24,5 (22,7-26,4)	3.915 (4,2)	33,0 (30,3-35,9)

Fonte: Autores.

Além disso, nos anos de 2012 e 2015, aproximadamente, um quarto da amostra não recebeu acompanhamento escolar e, cerca de 18% dos escolares relataram ausência de compreensão familiar, enquanto que mais da metade dos res-

pondentes relatou sentir que sua privacidade foi invadida pelos pais/responsáveis. Em relação aos comportamentos dos estudantes, observou-se uma redução do consumo de bebida alcoólica entre os anos de 2009 e 2015, enquanto o uso



**Gráfico 1.** Prevalência de VFI de acordo com as macrorregiões do país e ano da PeNSE.

Fonte: Autores.

de drogas ilícitas foi maior em 2012 (comparado aos outros anos).

O Gráfico 1 demonstra a prevalência de VFI de acordo com as macrorregiões do país e os anos da PeNSE. De modo geral, observou-se uma maior proporção de VFI no ano de 2015, em relação aos outros anos, em todas as regiões. Nota-se, ainda, que houve um aumento de VFI entre o ano de 2009 e 2012 em todas as regiões e anos, exceto na região Sudeste em que a VFI foi menor no ano de 2012.

A Tabela 2 apresenta os resultados das análises brutas e ajustadas para os três anos analisados. Na análise bruta, a VFI esteve associada com a maioria das variáveis estudadas exceto o sexo em 2012 e a escolaridade materna em 2009. Após o ajuste, as mesmas associações observadas na análise bruta permaneceram, exceto a supervisão dos pais e responsáveis em 2012.

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises brutas e ajustadas (razão de prevalência) de VFI, estratificadas por macrorregião e ano, considerando o sexo como exposição. De modo geral, observou-se que as meninas apresentaram maior probabilidade de sofrer VFI comparadas aos meninos nas diferentes regiões e anos. Nos três anos avaliados, após o ajuste, a RP variou de 0,97 a 1,44. No ano de 2009, meninas que residiam na região Centro-Oeste apresentaram maior probabilidade de sofrer VFI, cerca de 1,3

vez superior, comparadas aos meninos da mesma região. Também foi observada associação no mesmo sentido na região Norte. Em 2012, a maior exposição à VFI foi na região Sul entre as meninas quando comparado aos meninos, não sendo observada associação estatisticamente significativa apenas entre escolares da região Sudeste. No ano de 2015, após o ajuste, foi observada associação significativa na região Centro-Oeste e Sul, sendo também entre as meninas que residiam na região Sul a maior medida de efeito observada, comparadas aos meninos moradores da mesma região.

## Discussão

A vitimização por VFI foi maior em escolares do sexo feminino, que autorreferiram sua raça/cor da pele como preta, parda, amarela ou indígena, com 15 e 16 anos ou mais, cujas mães possuíam menor escolaridade (0 anos de estudo). Supervisão dos pais/responsáveis, acompanhamento escolar, compreensão familiar, invasão de privacidade, consumo de álcool e uso de drogas ilícitas também estiveram associados com a ocorrência de VFI.

O percentual de estudantes que sofreram VFI teve aumento progressivo no período analisado, passando de 9,4%, em 2009, para 11,6%

**Tabela 2.** Razão de prevalência brutas e ajustadas de VFI de acordo com as variáveis sociodemográficas, de contexto familiar e comportamentais. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE). Brasil, 2009, 2012 e 2015.

Variáveis	2009		2012		2015	
	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
<b>Nível 1</b>						
Sexo	p=0,022	p=0,028	p=0,115	p=0,172	p=0,001	p=0,005
Masculino	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Feminino	1,11 (1,01-1,21)	1,10 (1,01-1,20)	1,16 (0,96-1,39)	1,16 (0,93-1,28)	1,09 (1,03-1,15)	1,09 (1,02-1,17)
Raça	p<0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Branca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Preta	1,24 (1,07-1,42)	1,19 (1,02-1,40)	1,24 (1,15-1,34)	1,19 (1,11-1,28)	1,28 (1,18-1,40)	1,16 (1,05-1,29)
Parda	1,10 (0,98-1,24)	1,11 (0,98-1,27)	1,08 (0,99-1,16)	1,03 (0,94-1,14)	1,11 (1,03-1,18)	1,05 (0,97-1,14)
Amarela	1,60 (1,30-1,97)	1,52 (1,20-1,91)	1,19 (1,08-1,32)	1,21 (1,05-1,38)	1,38 (1,20-1,59)	1,28 (1,10-1,49)
Indígena	1,32 (1,08-1,62)	1,36 (1,09-1,69)	1,34 (1,18-1,52)	1,30 (1,21-1,41)	1,23 (1,06-1,41)	1,20 (1,02-1,41)
Idade	p<0,001	p<0,001	p=0,004	p<0,001	p<0,001	p<0,001
≤13	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
14	0,94 (0,84-1,05)	0,94 (0,83-1,06)	1,01 (0,93-1,10)	1,00 (0,90-1,12)	0,97 (0,89-1,05)	0,94 (0,85-1,04)
15	1,16 (1,03-1,32)	1,14 (1,00-1,30)	1,15 (1,07-1,25)	1,18 (1,09-1,29)	1,16 (1,05-1,29)	1,13 (1,01-1,26)
≥16	1,34 (1,18-1,53)	1,32 (1,13-1,54)	1,13 (0,94-1,37)	1,12 (0,89-1,41)	1,25 (1,14-1,38)	1,21 (1,08-1,37)
Escolaridade da mãe	p=0,345	p=0,869	p<0,001	p<0,001	p=0,001	p<0,001
≥12	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
9 a 11	0,99 (0,87-1,14)	0,95 (0,83-1,09)	1,05 (0,98-1,14)	1,00 (0,89-1,13)	1,12 (1,03-1,22)	1,09 (1,00-1,19)
1 a 8	1,06 (0,93-1,21)	0,98 (0,86-1,12)	0,99 (0,95-1,04)	0,99 (0,92-1,07)	1,16 (1,06-1,26)	1,10 (1,01-1,20)
0	1,18 (0,93-1,49)	1,02 (0,80-1,30)	1,11 (0,98-1,27)	1,20 (1,06-1,36)	1,50 (1,33-1,69)	1,35 (1,19-1,53)
<b>Nível 2</b>						
Supervisão dos pais/responsáveis	p=0,005	p=0,026	p<0,001	p=0,060	p<0,001	p<0,001
Sim	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Não	1,14 (1,04-1,26)	1,13 (1,02-1,25)	1,25 (1,20-1,29)	1,04 (0,99-1,09)	1,72 (1,61-1,85)	1,51 (1,40-1,64)
Acompanhamento escolar	NI*	NI*	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Sim			Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Não			1,48 (1,40-1,57)	1,26 (1,21-1,32)	1,44 (1,35-1,54)	1,16 (1,08-1,24)
Compreensão familiar	NI*	NI*	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Sim			Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Não			1,88 (1,78-1,99)	1,76 (1,69-1,83)	2,02 (1,90-2,14)	1,73 (1,62-1,85)
Invasão de privacidade	NI*	NI*	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Não			Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sim			1,76 (1,61-1,92)	1,80 (1,71-1,90)	1,87 (1,76-1,98)	1,88 (1,75-2,02)
Consumo de bebida alcoólica (30 dias)	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Nenhum dia	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
≥1 dia	1,14 (1,04-1,26)	1,69 (1,53-1,87)	2,10 (2,04-2,17)	1,74 (1,61-1,87)	2,14 (2,02-2,27)	1,78 (1,67-1,90)
Usou drogas ilícitas (30 dias)	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Nenhum dia	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
≥1 dia	1,14 (1,04-1,26)	2,48 (2,13-2,88)	2,43 (2,30-2,58)	1,58 (1,51-1,66)	2,40 (2,19-2,64)	1,37 (1,21-1,55)

\*Dados não disponíveis para o ano da PeNSE de 2009.

Fonte: Autores.

**Tabela 3.** Razão de prevalência bruta e ajustada de VFI considerando sexo como exposição. Análises estratificadas por macrorregião e ano de realização da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE). Brasil, 2009, 2012 e 2015.

Variáveis	2009		2012		2015	
	RP bruta	RP ajustada*	RP bruta	RP ajustada*	RP bruta	RP ajustada*
	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)
Região						
Centro-Oeste	1,17 (1,00-1,37)	1,30 (1,08-1,57)	1,22 (0,99-1,50)	1,23 (1,04-1,45)	1,13 (1,04-1,24)	1,13 (1,01-1,26)
Sul	1,07 (0,85-1,34)	0,97 (0,71-1,32)	1,47 (1,43-1,51)	1,44 (1,24-1,67)	1,17 (1,03-1,32)	1,17 (1,00-1,07)
Sudeste	1,09 (0,92-1,28)	1,10 (0,94-1,30)	1,14 (0,81-1,61)	1,15 (0,82-1,62)	1,11 (1,00-1,23)	1,12 (0,99-1,27)
Nordeste	1,08 (0,95-1,23)	1,10 (0,97-1,24)	1,04 (0,98-1,12)	1,09 (1,02-1,15)	1,04 (0,96-1,13)	1,06 (0,97-1,16)
Norte	1,20 (1,06-1,36)	1,24 (1,05-1,48)	1,15 (1,02-1,30)	1,20 (1,04-1,38)	1,01 (0,92-1,11)	1,05 (0,95-1,17)

Nota: O sexo masculino foi considerado como categoria de referência; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%. \*Análise ajustada por idade, cor da pele, escolaridade da mãe, supervisão dos pais/responsáveis, consumo de álcool e uso de drogas ilícitas.

Fonte: Autores.

em 2012 e 16% em 2015. Ser do sexo feminino aumentou a probabilidade de sofrer VFI, nas diferentes macrorregiões, assim como afirmaram estudos anteriores<sup>20,21</sup>. A maior suscetibilidade de exposição à VFI entre as meninas, comparado aos meninos, pode ser explicado, em parte, pelas diferenças nos papéis de gêneros e tratamento desigual entre os membros da família, refletindo uma tendência cultural de banalizar e aceitar a violência contra a mulher, somado à perpetuação do ciclo da violência de dominação, ameaça e silêncio<sup>15,22-24</sup>.

Em relação às diferentes macrorregiões brasileiras, o maior índice de VFI pode estar relacionado com as taxas de pobreza e de desigualdade social. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua<sup>25</sup>, a taxa de pobreza social era de 36,4% na região Nordeste, 33,9% na região Norte, 29% na região Sudeste, 28,4% na região Centro-Oeste, e 24% na região Sul. O alto número populacional em território nordestino influencia significativamente no cálculo de contribuição para a pobreza, já que o Nordeste é uma região pobre e densa. Enquanto isso, a região Sudeste é a que mais contribui para a desigualdade no país. Isto ocorre porque há uma grande densidade populacional em uma determinada região concentrando a maior parte da renda nacional, em comparação com a população de renda inferior. A desigualdade existente dentro do Sudeste contribuiu com 64,9% de toda a desigualdade do Brasil. A região é seguida por Sul (10,6%), Nordeste (9,7%), Centro-Oeste (8,5%) e Norte (2,7%).

Estas áreas acabam por ser mais afetadas pela violência devido a uma superposição de privações ou a presença de desvantagens concentradas (econômicas, educacionais, na estru-

tura familiar), o que tem sido considerado como fonte de risco para crianças e adolescentes<sup>26</sup>. Ainda, a forte exposição a violência e o medo podem resultar em menos comunicação entre as pessoas, menor identificação de problemas comuns e em menos ação coletiva. Com frequência, o medo ou a experiência de vitimização levam as pessoas a adotarem medidas de auto-proteção que as distanciam ainda mais umas das outras. No limite, essas medidas podem ter o efeito de reduzir a coesão social<sup>27</sup>.

Os escolares que autodeclararam sua raça/cor da pele preta, parda, amarela ou indígena estavam mais expostos a sofrer VFI em comparação aos escolares brancos. Esse cenário aponta uma desigualdade racial quando focamos na violência que atinge as crianças e os adolescentes. Profissionais da saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsij) relatam que a violência física está entre os principais tipos de violência vivenciada por crianças e adolescentes negros, e tem os familiares como um dos principais agentes<sup>28</sup>. Assim, a maior prevalência em sofrer VFI nesse grupo pode estar relacionada à condições socioeconômicas desfavoráveis e desiguais, como condições de vida precárias, uso e tráfico de drogas, além da desigualdade no acesso aos serviços de saúde<sup>29</sup>. Por exemplo, muitas situações de violência contra crianças negras não são encaminhadas ao Conselho Tutelar ou o órgão apresenta dificuldade em garantir os direitos das vítimas devido às ações menos eficazes, mais revitimizantes e à naturalização da violência nesta população em decorrência do racismo estrutural<sup>30</sup>.

A vulnerabilidade das minorias raciais é também compreendida sob a luz do acúmulo de estressores através da concentração de poder,

privilégios e recursos que submetem indivíduos a uma realidade de mais frequentes experiências estressoras, limitada possibilidade de transformação social e menor capacidade de manejo do estresse<sup>31</sup>.

A tonalidade da cor e os traços físicos podem estar intrinsecamente ligados a distribuições de afetos que privilegiam aqueles com maior proximidade à estética da branquitude, em detrimento daqueles interpretados com características mais associadas a pessoas negras<sup>32</sup>. Pessoas pardas e pretas apresentaram valores maiores de rejeição dentro da família e maior percepção de discriminação cotidiana, vivenciada em situações corriqueiras por meio das diferenças de tratamento e desvalorização. As mensagens violentas transmitidas pela família, sejam elas implícitas ou não, ajudam a criar um racismo internalizado que, em alguns casos, leva à depressão ou a consequências materiais que limitam o acesso à educação, plasmando assim uma autoestima frágil<sup>33</sup>.

Ainda, percebe-se que a forma de se “criar” os filhos relaciona-se com a posição na hierarquia social. Nessa perspectiva, entende-se que as práticas, o uso de linguagem, a interação com as instituições, ou seja, a formação do capital cultural e humano das crianças se difere por sua classe social<sup>34</sup>.

Com relação à idade, escolares pertencentes às categorias superiores de idade (15 anos e 16 anos ou mais) estavam mais expostos à VFI. Uma pesquisa realizada com dados da *National Survey of Children's Exposure to Violence* (NatSCEV) de 2008, 2011 e 2014 com jovens de 10 a 17 anos (N=13.052) revelou que mais de um terço dos jovens avaliados sofreram agressão física durante os anos do estudo e cerca de 50% dessa amostra possuía entre 14 a 17 anos de idade<sup>35</sup>. A relação entre a ocorrência de VFI e a idade pode ser atribuída a uma variedade de fatores, que englobam as características dos adolescentes, dos cuidadores, da comunidade local, bem como os aspectos sociais, econômicos e culturais<sup>36</sup>. A adolescência é um período em que os adolescentes tendem a confrontar ordens e regras estabelecidas e os pais, devido ao desconhecimento, incompreensão e intolerância, podem usar a força física como meio de controle<sup>37,38</sup>.

A prevalência de VFI também foi superior entre os escolares cujas mães não estudaram, nos anos de 2012 e 2015. Outros estudos também encontraram que a violência física foi superior entre estudantes cujos pais possuíam menor escolaridade<sup>39,40</sup>. Nesse contexto, a educação emerge como um elemento crucial na

prevenção de VFI. Isso se deve ao fato de que a educação promove uma cultura de tolerância e respeito pelos direitos humanos, uma vez que indivíduos/responsáveis menos escolarizados apresentam um menor repertório de habilidades de regulação emocional e tornam-se menos equipados para a elaboração de respostas positivas de enfrentamento às tensões e adversidades, com maior chance à escalada de episódios agressivos. Assim, tem-se um ciclo geracional de baixa escolaridade parental, baixa renda, dispositivos emocionais escassos e situações de violência na família<sup>15</sup>.

A respeito do contexto familiar, nos anos de 2009 e 2015, a VFI foi mais frequente em escolares que não foram supervisionados por seus pais ou responsáveis. Em 2012 e 2015, não receber acompanhamento escolar dos pais e não ser compreendido quanto às suas preocupações e problemas também foram características prevalentes em vítimas de VFI.

Durante a adolescência, o indivíduo vivencia momentos de desequilíbrios e instabilidades extremas, sentindo-se inseguro, confuso, angustiado, injustiçado e incompreendido, o que pode influenciar negativamente o relacionamento do adolescente com pessoas mais próximas do seu convívio social, acarretando problemas. Entretanto, esta crise pode ser considerada normativa, já que é de suma importância para o desenvolvimento psicológico dos indivíduos<sup>41</sup>. A vivência da adolescência é um processo que afeta não só o adolescente, como todo o ambiente social e familiar, já que neste período percebe-se um aumento das brigas e disputas entre filhos e cuidadores uma vez que há a necessidade de negociação constante entre gerações e valores. Contudo, através do diálogo e compreensão, estes momentos podem levar a um crescimento para pais e filhos<sup>42</sup>. Nessa fase do desenvolvimento, o diálogo é essencial pois nesse período os adolescentes necessitam da orientação e da compreensão dos pais. A falta de diálogo no ambiente familiar pode, portanto, acarretar ou, em certos casos, acentuar algumas dificuldades, principalmente em termos de relacionamento, podendo afetar até mesmo o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes. Outros pesquisadores compreendem que diálogo, afeto e respeito, criam harmonia e dão uma efetividade mais genuína na relação entre pais e adolescentes, assegurando assim, para estes, mais confiança em si para lidarem com as questões próprias da idade<sup>43</sup>.

Assim, as práticas de supervisionar, acompanhar, conhecer a rotina do filho(a) e suas re-



lações auxiliam no estabelecimento de vínculo, afeto e diálogo. Estes fatores podem contribuir para uma convivência saudável e em práticas de cooperação, criando espaços assertivos por meio de relações não violentas<sup>44</sup>.

Ainda em relação ao contexto familiar, em 2012 e 2015, ter a privacidade invadida pelos cuidadores também foi característica prevalente em vítimas de VFI. Essa característica pode evidenciar um ambiente familiar instável em que ocorre uma relação baseada em dinâmicas de poder e dominação/subordinação<sup>23,45</sup>. Nessas relações, pais e filhos estão em posições assimétricas de poder, desempenhando papéis rígidos e criando uma dinâmica própria, diferente em cada grupo familiar<sup>9</sup>. Vale ressaltar que a intimidade das crianças e dos adolescentes é um direito assegurado pelo ECA que menciona o respeito e a privacidade, além da preservação dos espaços e objetos pessoais, imagem, identidade, autonomia, valores e crenças<sup>46</sup>. Dessa forma, contar com pais que ao mesmo tempo que acompanham e monitoram as atividades, também respeitam o “mundo” interno e os objetos concretos dos seus filhos, foram descritos como fatores protetores à VFI<sup>15</sup>.

A VFI também foi superior entre escolares que consumiam bebidas alcoólicas e utilizavam drogas ilícitas. Entretanto, a relação entre a VFI e a dependência de drogas na adolescência pode apresentar uma relação bidirecional<sup>16</sup>. Por exemplo, em um estudo com adolescentes (12 à 17 anos) usuários de maconha, constatou-se que estes jovens vivenciavam situações de agressão física<sup>47</sup>. Essa exposição à VFI pode aumentar a sensação de insegurança, que, ao gerar tensões internas, explicaria a construção de estratégias de enfrentamento negativas de alívio de estresse através de um maior consumo de drogas e substâncias por parte dos adolescentes. Por outro lado, o uso de drogas lícitas ou ilícitas também aproxima os adolescentes das situações de violência. Portanto, o consumo de bebida alcoólica e o uso de drogas entre os adolescentes pode ser uma causa ou consequência da VFI<sup>16</sup>. Além disso, o ambiente familiar dos escolares que relataram uso de drogas e consumo de bebidas alcoólicas é, na maioria das vezes, aquele nos quais existe um funcionamento patológico com relação à comunicação, estabelecimento de regras e limites e falta de afeto<sup>41</sup>. Estes jovens percebem a família como negativa, sem vínculos estreitos, sem apoio e sem papéis bem definidos<sup>48</sup>. Sendo assim, o adolescente que não se sente acolhido, busca fontes de reforço e envolve-se com grupos de outros jovens que também vêm de famílias

distanciadas e fazem uso de substâncias na tentativa de compensar o vazio deixado pela família<sup>49,50</sup>.

A presença de múltiplos indicadores de risco relatados pelos adolescentes pode revelar que a VFI é uma forma de manifestação da fragilidade dessas interações familiares. Assim como as causas são diversas, as resoluções dessa problemática também serão complexas e multidirecionais. Dentre todos os tipos de violência, a intra-familiar tem particularidades que necessitam de atenção devido a sua complexidade<sup>5</sup>. Por tratar-se de uma violência cometida por figuras que deveriam exercer papéis de proteção é importante entender o contexto da violência. Compreender as vulnerabilidades no qual os adolescentes estão inseridos é essencial para formular estratégias para a promoção da saúde de acordo com as suas necessidades e vivências de modo a proporcionar subsídios para o direcionamento das políticas públicas, promover a melhoria dos indicadores de saúde e a prevenção de comportamentos de risco nessa fase.

A sistematização, análise e interpretação dos dados permitiu caracterizar a VFI através de fatores de risco associados entre os adolescentes escolares. Entretanto, as limitações do estudo devem ser consideradas. Primeiramente, a pesquisa foi realizada com adolescentes que frequentam a escola e estavam presentes no dia da aplicação, não incluindo, muitas vezes, alunos com baixa frequência escolar devido ao seu contexto social, familiar e emocional, que são fatores altamente relacionados a situações de violência. Além disso, devido à maior ou menor aceitação social dos comportamentos perguntados, as informações autorrelatadas pelos adolescentes possibilitam subestimativas ou superestimativas dos indicadores estudados, no entanto como ponto positivo mencionamos a utilização de instrumentos de coleta de dados auto aplicados, bem como a garantia de confidencialidade minimizando assim a possibilidade de ocorrência deste viés. Por fim, a VFI foi coletada com período recordatório diferente no ano de 2019, o que não permitiu que este fosse incluído no atual estudo.

Com relação aos aspectos positivos, o estudo se destaca por utilizar dados de uma ampla amostra nacional, de base escolar e representativa da população estudada e a análise de três anos de estudo. Ainda, a PeNSE utiliza dados primários, diferente da maioria dos dados sobre violência que incluem registros de serviços ou sistemas de saúde, suscetível ao viés de subnotificação.

## Considerações finais

Os resultados da PeNSE indicaram maior prevalência de violência física intrafamiliar principalmente entre meninas nas diferentes macrorregiões, escolares de cor da pele não branca e entre adolescentes mais velhos, filhos de mães com baixa escolaridade e com fatores de risco referentes à falta de supervisão dos pais/responsáveis, de acompanhamento escolar e de compreensão familiar, à invasão de privacidade, ao consumo de álcool e ao uso de drogas ilícitas. Dessa forma, para que haja a prevenção e a diminuição da VFI, políticas públicas que fomentem ações voltadas para a saúde, educação e desenvolvimento social devem ser implementadas. Estas estratégias podem envolver a educação parental a respeito de práticas educativas que sejam democráticas e que promovam o respeito mútuo. A escola e os profissionais da edu-

cação, como atores centrais na prevenção e resposta à violência, também podem promover a formação continuada, reflexões e discussões em grupos de estudos, seminários e oficinas, bem como a produção de material de apoio didático-pedagógico.

A partir da análise dos resultados, sugere-se que em novas edições da PeNSE, sejam utilizados os mesmos formatos de perguntas e respostas nos inquéritos, assim como o mesmo período recordatório para uma melhor análise dos dados. Por fim, é importante ressaltar que embora existam políticas públicas para prevenir e enfrentar a VFI, constatou-se que é necessária a incorporação do recorte de gênero e racial na construção das políticas de educação, saúde, assistência social e segurança pública para que se possa favorecer a construção de fatores de proteção para populações com maiores fatores de risco.

## Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção do estudo, da interpretação dos dados e resultados, da redação de todas as versões do manuscrito, da revisão crítica e da aprovação da versão final. R Hirschmann e TN Munhoz foram responsáveis pela condução da análise dos dados.

## Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## Referências

1. Minayo MC. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi A, Lozano R, organizadores. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
3. Coelho EBS, Silva A, Lindner S. *Violência: definições e tipologias*. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
4. Almeida RMM, Cabral JCC, Narvaes R. Behavioural, hormonal and neurobiological mechanisms of aggressive behaviour in human and nonhuman primates. *Physiol Behav* 2015; 143:121-135.
5. Ceconello AM, De Antoni C, Koller SH. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicol Estud* 2003; 8:45-54.
6. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, Debiaggi M, Reis MG, Cardoso RG, Blank P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2003; 25(Supl. 1):9-21.
7. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016; 137:e20154079.
8. *Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: FBSP; 2022.
9. Moreira MIC, Sousa SMG. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. *Soc Questao* 2012; 15(28):13-26.
10. Almeida AA, Miranda OB, Lourenço LM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliométrica. *Gerais Rev Interinstitucional Psicol* 2013; 6:298-311.
11. Lee V, Hoaken PNS. Cognition, emotion, and neurobiological development: Mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreat* 2007; 12:281-298.
12. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9(11):e1001349.
13. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl* 2007; 31(5):567-572.
14. Antunes JT, Machado ÍE, Malta DC. Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra os adolescentes brasileiros. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23:e200003.SUPL.1.
15. Malta DC, Antunes JT, Prado RR, Assunção AA, Freitas MI. Fatores associados aos episódios de agressão familiar entre adolescentes, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Colet* 2019; 24(4):1287-1298.
16. Figueiredo CLM, Macena RHM, Mota RMS. Violência juvenil: fatores sociais associados à agressão física efetuada por adulto da família. *AtoZ Novas Práticas Informação Conhecimento* 2020; 9(2):14-23.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
20. Andrade SSCA, Yokota RTC, Sá NNB, Silva MMA, Araújo WN, Mascarenhas MDM, Malta DC. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1725-1736.
21. Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva CS, Andreazzi MAR, Crespo C, Mascarenhas MD, Porto DL, Figueroa AL, Morais Neto OL, Penna GO. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 2):3053-3063.
22. Vieira LJES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Savioli KC. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saude Soc* 2008; 17(3):113-125.
23. Pinto Junior AA, Lopes DC, Pinheiro VS, Ortiz MM, Oliveira SL. Perfil da Violência Sexual Doméstica Contra Crianças e Adolescentes no Município de Dourados/MS. *Rev Psicol Saude* 2012; 4(1):59-68.
24. Pinto Junior AA, Cassepp-Borges V, Santos JG. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Colet* 2015; 23:124-131.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
26. Cardia N, Schiffer S. Violência e desigualdade social. *Cien Cult* 2002; 54:25-31.
27. Pedersen W. Adolescent Victims of Violence in a Welfare State: Sociodemography, Ethnicity and Risk Behaviours. *Br J Criminol* 2001; 41:1-21.
28. Barros S, Santos JC, Candido BP, Batista LE, Gonçalves MM. Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes negros e o racismo. *Interface (Botucatu)* 2022; 26:e210525.
29. Malta DC, Bernal RTI, Puggedo FSF, Lima CM, Mascarenhas MDM, Jorge AO, Melo EM. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2899-2908.
30. Lopes MLS. *"Infâncias capturadas" e trajetórias de crianças negras encaminhadas pela escola ao conselho tutelar* [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014;
31. Krieger N. Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies: An Ecosocial Perspective. *Am J Public Health* 2003; 93(2):194-199.
32. Oliveira ML, Hordge-Freeman E. *A cor do amor: características raciais, estigma e socialização em famílias negras brasileiras*. São Carlos: EDUFSCAR; 2018.
33. Freitas RDCDS, D'Affonseca SM. O Racismo Enraizado nas Famílias Inter-Raciais de São Paulo. *Psicol Cien Prof* 2023; 43:e244897.

34. Tomas MC. Relações Raciais nas Famílias Brasileiras. *Rev Bras Estud Popul* 2016; 33:703-710.
35. Simon TR, Shattuck A, Kacha-Ochana A, David-Ferdon CF, Hamby S, Henly M, Merrick MT, Turner HA, Finkelhor D. Injuries from Physical Abuse: National Survey of Children's Exposure to Violence I-III. *Am J Prev Med* 2018; 54(1):129-132.
36. Cicchetti D, Valentino K. An Ecological-Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence on Child Development. *Dev Psychopathol* 2015; 3:129-201.
37. Bee H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
38. De Antoni C, Barone LR, Koller SH. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. *Psicol Teor Pesqui* 2007; 23:125-132.
39. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1939-1952.
40. Neupane D, Bhandari PM, Thapa K, Bhochohibhoya S, Rijal S, Pathak RP. Self-reported child abuse in the home: a cross-sectional survey of prevalence, perpetrator characteristics and correlates among public secondary school students in Kathmandu, Nepal. *BMJ Open* 2018; 8(6):e018922.
41. Pratta EMM, Santos MA. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estud Psicol Natal* 2006; 11:315-322.
42. Wagner A, Falcke D, Silveira LMBDO, Mosmann CP. A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicol Estudo* 2002; 7:75-80.
43. Perry NB, Dollar JM, Calkins SD, Keane SP, Shanahan L. Childhood self-regulation as a mechanism through which early overcontrolling parenting is associated with adjustment in preadolescence. *Dev Psychol* 2018; 54:1542-1554.
44. Malta DC, Porto DL, Crespo CD, Silva MMA, Andrade SSC, Mello FCM, Monteiro R, Silva MA. Bullying in Brazilian school children: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):92-105.
45. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G, Hoven CW, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Kaess M, Keeley H, Keresztény A, Kahn JP, Postuvan V, Mars U, Saiz PA, Varnik P, Sisask M, Wasserman D. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med* 2014; 15(2):248-254.
46. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
47. Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(1):19-30.
48. Guimarães ABP, Hochgraf PB, Brasiliano S, Ingberman YK. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2009; 36:69-74.
49. Avanci JQ, Pinto LW, Assis SG. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2825-2840.
50. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Supl. 1):166-177.

---

Artigo apresentado em 27/10/2023

Aprovado em 09/04/2024

Versão final apresentada em 11/04/2024

---

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva