

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL M UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL

ANDRÉIA DRAWANZ HARTWIG¹; IVAM FREIRE DA SILVA-JÚNIOR²;
VANESSA MÜLLER STÜERMER³; GISELE SCOBERNATTI⁴; MARÍLIA LEÃO
GOETTEMES⁵; MARINA SOUSA AZEVEDO⁶

¹Universidade Federal de Pelotas– andreiahartwig@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – ivamfreire@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas- vanessa.smuller@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas- gscober@terra.com.br

⁵Universidade Federal de Pelotas- mariliagoettems@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas- marinasazevedo@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Qualquer ato ou omissão de pais ou responsáveis que possam prejudicar ou mesmo uma ameaça de dano a uma criança e/ou adolescente é considerado maus-tratos. Os maus-tratos infantis podem se manifestar como abuso sexual, abuso físico, abuso psicológico e negligência (LEEB et al., 2008).

Esse problema vem se expandindo para além dos limites sociais e jurídicos, tornando-se também um problema de saúde pública cada vez mais relevante, não só devido à alta prevalência em todo o mundo (SHOLTENBORGH et al., 2014), mas também por causa dos impactos na saúde física, mental e comportamental desses indivíduos tanto na infância quanto na vida adulta (AFIFI et al., 2007; BANYARD; HAMBY; GRICH, 2017; WEBER et al., 2016).

Nas últimas décadas, estudos utilizando instrumentos capazes de medir a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) em populações de vulnerabilidade social (SALINAS-MIRANDA et al., 2015) e com doenças crônicas (RIVERA et al., 2015) foram realizados com o objetivo de entender o impacto dessas condições na QVRS e os fatores associados, dando subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas efetivas para a promoção da saúde.

Ainda que alguns estudos mostrem um maior impacto na QVRS em vítimas de maus-tratos (JUD et al., 2013; AFIFI et al., 2007), uma revisão sistemática recente (WEBER et al., 2016) mostrou que a maioria dos estudos concentraram-se em adultos sobreviventes. Também há evidências limitadas na literatura sobre a associação entre fatores socioeconômicos, demográficos e as questões relacionadas ao próprio abuso e a QVRS em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (GILBERT et al., 2009). Portanto, o objetivo deste estudo é descrever o impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB) e avaliar os fatores associados à QVRS em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos encaminhados a um centro de apoio psicossocial da cidade de Pelotas.

2. METODOLOGIA

Este estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas (número de protocolo: 1.267.179), foi composto por uma amostra de conveniência de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos encaminhados para o Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente” (NACA), localizado em Pelotas-RS, entre novembro de 2015 e novembro de

2016. Todos os pais/tutores de crianças ou adolescentes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, assim como as crianças e adolescentes assinaram o termo de assentimento.

O desfecho QVRS foi medido através da aplicação do questionário KIDSCREEN-52, um instrumento europeu (RAVENS-SIEBERER et al., 2005), adaptado para a língua portuguesa (GUEDES; GUEDES 2011). O KIDSCREEN-52 é um questionário composto por 52 questões que mede as experiências pessoais de crianças e adolescentes sobre saúde e bem-estar através de 10 dimensões: "Saúde e Atividade Física", "Sentimentos", "Estado Emocional", "Auto-Percepção", "Autonomia e Tempo Livre", "Família/Ambiente Familiar", "Aspecto Financeiro", "Amigos e Apoio Social", "Ambiente Escolar" e "Provocação/Bullying". Cada questão apresenta cinco possibilidades de resposta de acordo com a intensidade (variando de "nada" a "extremamente") ou a frequência (de "nunca" a "sempre") da situação ou comportamento referente à última semana. Maiores pontuações indicam uma melhor QVRS. A maior soma de todas as pontuações pode ser 260 (Pontuação geral), que é transformada em uma pontuação proporcional, considerando 260 igual a 100 ($\text{Escore geral\%} = \text{Pontuação geral} \times 100/260$), esta transformação também foi realizada para cada uma das dimensões. Aquelas crianças ou adolescentes que tivessem alguma necessidade especial que inviabilizasse a aplicação do questionário foram excluídas.

Foram coletados dados como sexo, renda familiar e idade. Renda familiar foi coletada em Salário Mínimo Brasileiro (SMB= 880 Reais) e dicotomizada em 2 SMB ou menos e maior que 2 SMB e a idade foi dicotomizada em crianças (8 a 11 anos) e adolescentes (12 a 17 anos). Os tipos de maus-tratos foram categorizados em abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, negligência e múltiplos maus-tratos, este quando uma criança sofreu mais de um tipo. Outra variável coletada foi sobre o tipo de agressor, dicotomizada em Intrafamiliar quando pertencia ao núcleo familiar, e extrafamiliar quando não havia relação de parentesco. A adesão ao suporte psicológico foi dicotomizada em "Sim" ou "Não" e refere-se ao seguimento ou não do suporte psicológico oferecido pelo NACA.

Foi realizada análise estatística descritiva para obter medidas de tendência central. Para testar a normalidade das variáveis, utilizou-se o teste Shapiro-Wilk, que resultou em dados com distribuição não normal. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparar os escores médios e o escore geral entre as variáveis independentes (sexo, renda familiar, idade, tipo de maus-tratos, tipo de agressor e aderência ao suporte psicológico) considerando estatisticamente significativa quando o valor de p foi $<0,05$. Os dados foram analisados usando o software STATA versão 13.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, EUA).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, 186 crianças e adolescentes foram encaminhados ao NACA no período da coleta, entretanto 113 responderam ao questionário (66 abandonaram o tratamento antes da aplicação do questionário, 2 receberam alta antes da aplicação, houve 2 recusas e 3 foram excluídos). A idade média foi de 11 anos e 6 meses e a maioria era do sexo feminino. Quanto a renda familiar, houve predomínio de famílias vivendo com ou menos 2 SMB (73,45%) e quanto ao tipo de abuso, mais de metade da amostra foi abusada sexualmente.

A média do escore geral do KIDSCREEN-52 foi de 76,76 (\pm DP 12,20). Aproximadamente 83% dos casos era violência intrafamiliar, de modo que

interagir com amigos, amigos escolares e outras pessoas externas pode ser um "refúgio" para viver sob ameaça e tortura em suas próprias casas, podendo justificar tal achado. O maior impacto na dimensão "recursos financeiros" pode ser explicado porque a maioria era de baixa renda familiar mensal. É provável que a condição financeira da amostra influencie não apenas nessa dimensão, mas também na QVRS geral, como proposto por JUD et al. (2013). As meninas tiveram maior impacto na QVRS quando comparadas aos meninos ($p < 0,05$), tanto no escore geral como na maioria das dimensões, corroborando com Jernbro et al., (2015). As meninas tendem a expressarem mais seus sentimentos, além de refletirem mais sobre seus sentimentos (BISSEGER et al., 2005). Outra hipótese potencial levantada pela literatura é a imposição tradicional da sociedade sobre a beleza e o comportamento das meninas, tornando-as mais exigentes consigo mesmas. Assim, meninos e meninas podem ter as mesmas condições de vida, mas a percepção pode ser diferente (BISSEGER et al., 2005).

Sobre a idade, os adolescentes apresentaram maior impacto na QVRS geral e em quase todas as dimensões, exceto em relação ao Bullying, onde as crianças tiveram uma percepção mais negativa. O maior impacto na QVRS pelos adolescentes pode ser justificado pela crise causada pela transição física e social que ocorre nesta fase, uma vez que é caracterizada por intensas mudanças hormonais, levando a desequilíbrios emocionais e no bem-estar geral (BISSEGER et al., 2005). Além disso, a partir dos 12 anos, o indivíduo começa a classificar e organizar o pensamento de uma maneira melhor (BEE, 1984), podendo ter uma melhor percepção da experiência dos maus-tratos, refletindo assim, em sua qualidade de vida. Em relação ao maior impacto no Bullying no grupo das crianças, é possível que este maior sentimento de rejeição pelos amigos da escola entre elas seja devido ao estágio de desenvolvimento cognitivo (BEE, 1986), que, de acordo com o modelo de desenvolvimento cognitivo de Piaget (1999), embora em declínio, ainda existe um egocentrismo social nessa idade, isto é, as interações sociais com os colegas estão começando e não há experiências suficientes para que esses indivíduos possam lidar com as provocações.

Não houve associação de impacto na QVRS em relação ao tipo de abuso, apenas na dimensão "Estado Emocional", onde aqueles que sofreram de abuso sexual apresentaram maior impacto do que aqueles que sofreram abuso físico. As crianças em que o agressor era extrafamiliar apresentaram um impacto maior na dimensão "Autonomia e Tempo Livre" do que aqueles que tiveram como agressor alguém na família. Um impacto maior no "Estado Emocional" foi observado em crianças que aderiram ao suporte psicológico em comparação com aqueles que abandonaram esse apoio fornecido pela NACA. Esta percepção mais negativa de satisfação com a vida e emoções positivas (KEENAGHAN; KILROE, 2008) pode ser devido ao processo doloroso causado pela ressignificação das memórias promovidas pela terapia psicológica. Outra possibilidade dessa associação pode ser o fato de que os indivíduos que permaneceram no centro e aderiram ao suporte psicológico são os mais afetados e que percebem uma maior necessidade de cuidados.

4. CONCLUSÕES

Ainda que este estudo apresente algumas limitações, os resultados sugerem que fatores demográficos, como sexo e grupo etário, tiveram influência sobre a percepção de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos sobre sua QVRS em quase todas as dimensões enquanto que as características

relacionadas aos maus-tratos apresentaram associações pontuais em dimensões específicas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFIFI, T.O.; ENNS, M.W.; COX, B.J.; DE GRAAF, R.; TEN HAVE, M.; SAREEN, J. Child abuse and health-related quality of life in adulthood. **J Nerv Ment Dis**, v. 195, n. 10, p. 797-804, 2007.

BANYARD, V. HAMBY, S.; GRYCH, J. Health effects of adverse childhood events: Identifying promising protective factors at the intersection of mental and physical well-being. **Child Abuse Negl**, v.65, p. 88-98, 2017.

BEE, H. **A Criança Em Desenvolvimento**. São Paulo: Harper Row do Brasil, 1984

GILBERT, R.; WIDOM, C.S.; BROWNE K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **Lancet**, v. 3, n. 373, p. 68-81, 2009

Guedes, D.P.; Guedes, J.E.R.P. Translation, cross-cultural adaptation and psycometric properties of the KIDSCREEN-52 for the Brazilian population. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 3, p. 364-71, 2011.

JERNBRO, C.; TINDBERG, Y.; LUCAS, S.; JANSON, S. Quality of life among Swedish school children who experienced multitype child maltreatment. **Acta Paediatr**, v. 104, p. 3, n. 320-5 30, 2015.

JUD, A.; LANDOLT, M.A.; TATALIAS, A.; LACH, L.M.; LIPS, U. Health-related quality of life in the aftermath of child maltreatment: follow-up study of a hospital sample. **Qual Life Res**, v. 22, n. 6, p. 1361-9, 2013.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. São Paulo: Forense Universitária, 1999.

RAVENS-SIEBERER, U.; GOSCH, A.; RAJMIL, L. et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res**, v. 5, n. 3, p. 353-64, 2005

RIVERA, C.; MAMONDI, V.; LAVIN FUEYO, J. et al. Health-related quality of life in children with and without chronic conditions: A multicenter study. **Arch Argent Pediatr**, v. 113, n. 5, p. 404-10, 2015.

SALINAS-MIRANDA, A.A.; SALEMI, J.L.; KING, L.M. et al. Adverse childhood experiences and health-related quality of life in adulthood: revelations from a community needs assessment. **Health Qual Life Outcomes**, v. 11, p. 13:123, 2015.

STOLTENBORGH, M.; Kranenburg, M.J.B.; Alink, L.R.A. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. **Child Abuse Review**, v. 24, p. 37–50, 2015.

WEBER, S.; JUD, A.; LANDOLT, M.A. Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. **Qual Life Res**, v. 25, n. 2, p. 237-55, 2016