

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Paola Zanchetta Carvalho de Abreu

**Violência Intrafamiliar, Ansiedade e Depressão em Crianças:**  
Estudo Longitudinal com Escolares da Rede Pública

Rio de Janeiro

2022

Paola Zanchetta Carvalho de Abreu

**Violência Intrafamiliar, Ansiedade e Depressão em Crianças:**

Estudo Longitudinal com Escolares da Rede Pública

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Orientador: Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Gonçalves de Assis.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Family violence, anxiety and depression in children: longitudinal study with Public School students.

A162v      Abreu, Paola Zanchetta Carvalho de.  
Violência intrafamiliar, ansiedade e depressão em crianças: estudo longitudinal com escolares da Rede Pública / Paola Zanchetta Carvalho de Abreu. -- 2022.  
65 f. : il.

Orientador: Evandro da Silva Freire Coutinho.  
Coorientadora: Simone Gonçalves de Assis.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Epidemiologia em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.  
Bibliografia: f. 47-53.

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Violência. 4. Criança. 5. Estudos Longitudinais. I. Título.

CDD 362.76

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Paola Zanchetta Carvalho de Abreu

**Violência Intrafamiliar, Ansiedade e Depressão em Crianças:**

Estudo Longitudinal com Escolares da Rede Pública

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Aprovada em: 31 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Liliane Maria Pereira Vilete  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho (Orientador)  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social

Rio de Janeiro

2022

Às crianças que são e virão  
e aos que se lembram que um dia foram crianças

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Evandro, por quem tenho imensa admiração, respeito e afeto, obrigada por todo o aprendizado e cada uma das inúmeras discussões que tivemos na construção deste trabalho, pela paciência e compreensão acerca de todas as pedras no caminho.

À minha coorientadora, Simone, quem admiro muito antes de pensar em entrar no mestrado por todo o seu incrível e necessário trabalho acerca da violência, pelo aprendizado e também irrestrita compreensão, obrigada.

Ao meu grande amigo, João, por toda nossa intensa caminhada acadêmica juntos no mestrado e pela amizade que construímos dentro dele.

À minha vó, Maria Eunice, quem sempre me guarda.

À minha mãe, Patrícia, por todo amor sempre.

Ao meu pai, pelas condições materiais que me permitiram cursar a graduação.

Ao Robson, obrigada pelas (inquietantes) colocações filosóficas acerca da violência.

Aos meus irmãos, Pedro e Eduarda, nada como nós três juntos.

Aos meus amigos, Arthur, Bruno de Oliveira, Bruno Autran, Carol, Lara, Lívia, Luane, Mari, Rachel e Vinícius por todas as alegrias e tristezas juntos nessa vida.

À minha corajosa e paciente companheira, Mulan.

Ele virou a folha de rosto da cartilha de geografia e  
leu o que tinha escrito ali: ele, seu nome e seu lugar.

Stephen Dedalus

Turma Elementar

Clongowes Wood College

Sallins

Condado Kildare

Irlanda

Europa

Mundo

Universo.

(JAMES JOYCE, 1916)

## RESUMO

**Introdução** - A violência familiar contra crianças é grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, capaz de gerar inúmeras consequências físicas, emocionais e sociais a curto e longo prazo. Dentre essas consequências, destaca-se a ansiedade e depressão infantil, problemas comuns de saúde mental nessa faixa etária. O lar de uma criança é o cenário principal da ocorrência de violências contra essa população. **Objetivo** – Estimar o efeito da violência física intrafamiliar perpetrada pelo pai e pela mãe contra a criança sobre a ocorrência de ansiedade/depressão na criança. **Métodos** – O presente estudo deriva de uma coorte de 500 escolares do 2º ano do ensino fundamental da rede pública do município de São Gonçalo/RJ, realizado entre 2005 e 2013. Nosso estudo analisou dados obtidos a partir das entrevistas com pais/responsáveis de crianças entre 6 a 10 anos realizadas nas ondas de 2005, 2006 e 2008. Foram realizadas análises descritivas e estimativas de medidas de efeito através de modelos de Poisson ajustados e não ajustados por covariáveis, com estimador robusto. **Resultados** – A incidência acumulada de depressão/ansiedade em crianças foi alta e aumentou continuamente com a idade (16,5% até os 10 anos de idade). Na estimativa dos riscos relativos (RR) não ajustados para violência física severa (VFS) da mãe, os riscos de ansiedade/depressão em crianças são sempre maiores para o grupo que sofreu VFS em comparação ao que não sofreu, havendo pequena redução desses RRs quando ajustados por variáveis confundidoras, mas sem mudança qualitativa dos achados. Encontramos o maior RR ajustado para crianças de até 8 anos de idade, RR: 2,41 (IC95% 1,17-4,93; p-valor: 0,02). Já para VFS praticada pelo pai, não houve achados que alcançassem significância estatística, sendo o menor p-valor de 0,39. **Conclusão** – A família é o primeiro e mais importante núcleo de cuidado, interação social e desenvolvimento de uma criança. Dentro do lar, crianças podem esperar receber amor, ódio, tolerância ou exasperação. Nesse sentido, políticas públicas voltadas para a família devem ser estimuladas visando a redução da violência na infância e as repercussões desta na saúde mental dessa população vulnerável.

Palavras-chave: ansiedade; depressão; violência; crianças; estudo longitudinal.

## ABSTRACT

**Introduction** - Family violence against children is a serious public health problem in Brazil and the world, capable of generating numerous physical, emotional, and social consequences in the short and long term. Among these consequences, stand out childhood anxiety and depression, common mental health problems in this age group. The child's home is the main scenario for the occurrence of violence against this population. **Objective** – To estimate the effect of intrafamily physical violence perpetrated by the father and mother against the child on the occurrence of anxiety/depression in the child. **Methods** – The present study derives from an original longitudinal study of a cohort of 500 students from the 2nd year of the public elementary school in the city of São Gonçalo/RJ, carried out between 2005 and 2013. Our study analyzed data obtained from interviews with parents/guardians of children between 6 and 10 years old carried out in the 2005, 2006, and 2008 waves. Descriptive analyzes and estimates of measures of effect were carried out using Poisson models unadjusted and adjusted by covariates, with a robust estimator. **Results** – The cumulative incidence of depression/anxiety in children was high and continuously increased with age (16.5% up to 10 years of age). In the estimation of unadjusted relative risks (RR) for severe physical violence (SPV) from the mother, the risks of anxiety/depression in children are always higher for the group that suffered SPV compared to the group that did not suffer, with a small reduction in these RRs when adjusted for confounding variables, but with no qualitative change in the findings. We found the highest adjusted RR for children up to 8 years of age, RR: 2.41 (95%CI 1.17-4.93; p-value: 0.02). As for the SPV practiced by the father, there were no findings that reached statistical significance, with the lowest p-value being 0.39. **Conclusion** – The family is the first and most important nucleus of care, social interaction, and child development. Within the home, children can expect to receive love, hate, tolerance, or exasperation. In this sense, public policies focused on the family should be encouraged with a view to reducing violence in childhood and its repercussions on the mental health of this vulnerable population.

Keywords: anxiety; depression; violence; children; longitudinal study.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Violência contra crianças de acordo com faixa etária.....	13
Figura 2 -	Exclusão dos casos de ansiedade/depressão.....	29
Figura 3 -	Inclusão dos casos de ansiedade/depressão.....	30
Figura 4 -	GAD para investigação da violência perpetrada pela mãe (exposição) e ansiedade/depressão (desfecho).....	31
Figura 5 -	GAD para investigação da violência perpetrada pelo pai (exposição) e ansiedade/depressão (desfecho).....	32

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características Sociodemográficas da Amostra.....	34
Tabela 2 -	Características da Família da Amostra.....	35
Tabela 3 -	Contextos da Gestação na Amostra.....	36
Tabela 4 -	Adversidades e Violência na Amostra.....	37
Tabela 5 -	Características Sociodemográficas estratificadas por Violência Severa da Mãe e Violência Severa do Pai contra a Criança.....	38
Tabela 6 -	Características da Família estratificadas por Violência Severa da Mãe e Violência Severa do Pai contra a Criança.....	39
Tabela 7 -	Contextos da Gestação estratificados por Violência Severa da Mãe e Violência Severa do Pai contra a Criança.....	40
Tabela 8 -	Adversidades e Violências estratificadas por Violência Severa da Mãe e Violência Severa do Pai contra a Criança.....	41
Tabela 9 -	Incidências Acumuladas de Ansiedade/Depressão (%), por anos de vida...	42
Tabela 10 -	Risco Relativo (RR) não ajustado de Ansiedade/Depressão por Violência Severa da Mãe (VSM) contra criança em comparação a crianças que não sofreram VSM.....	42
Tabela 11 -	Risco Relativo (RR) ajustado de Ansiedade/Depressão por Violência Severa da Mãe (VSM) contra criança em comparação a crianças que não sofreram VSM.....	42
Tabela 12 -	Risco Relativo (RR) não ajustado de Ansiedade/Depressão por Violência Severa do Pai (VSP) contra criança em comparação a crianças que não sofreram VSP.....	43
Tabela 13 -	Risco Relativo (RR) ajustado de Ansiedade/Depressão por Violência Severa do Pai (VSP) contra criança em comparação a crianças que não sofreram VSP.....	43

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
2.1	SINTOMAS E TRANSTORNOS MENTAIS INTERNALIZANTES NA CRIANÇA.....	16
2.2	VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E ANSIEDADE/DEPRESSÃO NA CRIANÇA.....	19
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	26
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	26
4.2	COLETA DE DADOS E PRINCIPAIS MEDIDAS UTILIZADAS.....	26
<b>4.2.1</b>	<b>Dados sociodemográficos, relacionamento entre família-criança e adversidades na vida</b> .....	26
<b>4.2.2</b>	<b>Violência Intrafamiliar</b> .....	26
<b>4.2.3</b>	<b>Avaliação de Ansiedade/Depressão na criança</b> .....	27
<b>4.2.4</b>	<b>Eventos Adversos de Vida</b> .....	28
<b>4.2.5</b>	<b>Casos Incidentes de Ansiedade/Depressão</b> .....	28
4.3	ANÁLISE DE DADOS.....	30
4.4	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	33
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	34
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	44
6.1	DISCUSSÃO.....	44
6.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	45
6.3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47
	<b>ANEXO – QUESTIONÁRIO</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

Ao contrário do senso comum, o sofrimento emocional e os transtornos mentais são fenômenos comuns na infância (WHO, 2001). Até a década de 1960 aproximadamente, a psiquiatria não acreditava que crianças poderiam sofrer os mesmos transtornos de humor, como ansiedade e depressão, que os adultos (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1991). Os primeiros estudos investigando problemas emocionais e comportamentais em crianças, enquanto objeto da psiquiatria, se deram a partir da década de 1970, quando, por exemplo, Warren Weinberg e colaboradores elaboraram critérios diagnósticos para depressão em crianças (MILLER, 2003).

Dentre inúmeros contextos que se inserem nos problemas de saúde mental de crianças é imprescindível o olhar para as violências e acidentes que atingem crianças e adolescentes rotineiramente e são capazes de causar, ou mesmo potencializar, problemas de comportamento, sintomas psiquiátricos e danos físicos nessa população (STERNBERG *et al.*, 1993; WHO, 2002; STERNBERG *et al.*, 2006).

Os principais transtornos comportamentais que atingem crianças e adolescentes são os problemas que se externalizam (ações direcionadas exteriormente ao indivíduo, como agressividade e comportamento desafiador), problemas que se internalizam (dirigem-se ao interior do indivíduo, como depressão e ansiedade) e os problemas com a atenção (transtornos de déficit de atenção e hiperatividade) (ACHENBACH & RESCORLA, 2001; BEE, 1996).

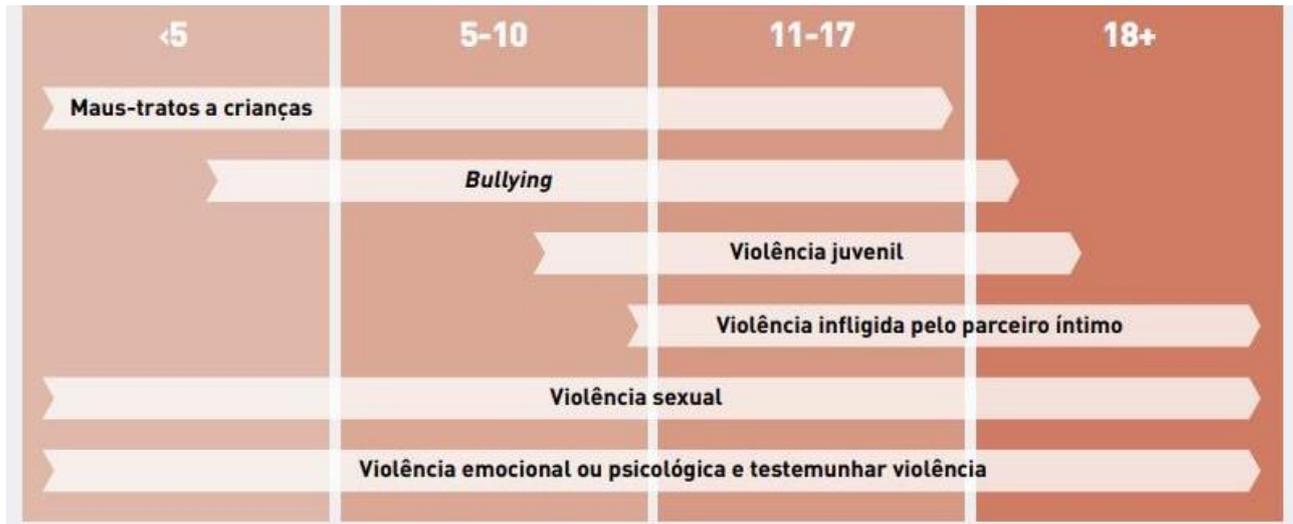
A carga dos transtornos ansiosos e depressivos em crianças - principais componentes dos eventos internalizantes, é elevada nacionalmente e globalmente. Em 2014, Thiengo e outros autores realizaram uma revisão sistemática onde analisaram 27 artigos sobre transtornos mentais em crianças e adolescentes. Segundo esses autores a depressão e ansiedade foram os eventos mais prevalentes em saúde mental nessa população: a prevalência de depressão entre os estudos variou de 0,6% a 30%, sendo mais da metade deles com prevalências entre 5,9% e 12,5%. No caso dos transtornos de ansiedade as prevalências situaram-se entre 3,3% e 32,3%; e mais da metade dos estudos identificou prevalências entre 9,1% e 32,3% (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

Um dos fatores que interferem na saúde mental ao longo do desenvolvimento de crianças é a violência em suas muitas formas e expressões. É conceituada pela Organização Mundial da Saúde como uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou

privação (WHO, 2002). Pode ser classificada como: (1) maus-tratos infantis, que abrange todas as formas de violência psicológica, física e sexual, negligência, exploração comercial/outra, que resulta em prejuízo real ou potencial à saúde, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de autoridade, responsabilidade, confiança ou poder; (2) *bullying*, incluindo *cyberbullying*, entendida como comportamento hostil indesejado e repetido por outra criança ou grupo de crianças, muito comum em escolas e entre pares; (3) punição corporal, englobando qualquer castigo realizado através do uso da força física que possui intenção de causar dor ou incômodo físico, por menor que seja; (4) violência física caracterizada pelo uso intencional de força física que causa ou tem grande potencial de causar danos à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança; (5) violência emocional/psicológica, que envolve restringir os movimentos da criança, difamação, discriminação, ridicularização, ameaças, intimidação, rejeição e outras formas não físicas de comportamento hostil contra a criança; (6) violência sexual que inclui atos como a tentativa de ou ato sexual não-consensual, atitudes de cunho sexual sem contato, como comentários e assédio sexual, e tráfico sexual por meio de coerção); (7) violência por parceiro íntimo que agrega violência emocional, física e sexual cometida por parceiro íntimo ou ex-parceiro, podendo ser chamada também de “violência no namoro”; (8) violência juvenil que incorpora violência contra e adolescentes até 19 anos, mais comumente presente em ambiente comunitário, podendo envolver violência entre gangues; (9) homicídio, grau extremo de violência em que há morte da criança/adolescente de forma intencional ou no intuito de causar lesões graves, por qualquer meio; e (10) violência de gênero dirigida a meninos e meninas devido ao sexo biológico ou à identidade de gênero (OMS, 2016; PAHO, 2020; STANTON; DAVIS; LARAQUE-ARENA, 2021a).

É importante ressaltar o fato de diferentes fases do ciclo de vida das crianças serem caracterizadas por violências típicas que dependem da faixa etária (Figura 1), embora não limitadas a elas e sendo sempre possível a ocorrência concomitante de múltiplas formas.

Figura 1: Violência contra crianças de acordo com faixa etária



Fonte: OMS, 2016.

Existem ainda diferenças no padrão de violências quando miramos nosso olhar para o sexo biológico ou a identidade de gênero da criança e adolescente. Meninas são especialmente mais vulneráveis à violência sexual, sendo esta geralmente perpetrada por homens, parceiro íntimo e conhecidos, dentro de seus lares ou lugares conhecidos. Já os meninos são particularmente suscetíveis a se tornarem tanto vítimas como perpetradores de homicídio e brigas, tratando-se frequentemente de casos de violência juvenil (OMS, 2016).

Apesar de a violência ser a principal causa de morte de crianças e adolescentes brasileiros a partir dos 5 anos de idade e a região das Américas ter a mais alta taxa de homicídio de crianças em todo o mundo, apenas uma pequena parcela dos atos violentos são letais. No Brasil, mais de 100.000 crianças e adolescentes até os 19 anos morreram como vítimas de agressão entre 2010 e 2020 (SBP, 2021). A maioria das ações de violência são causas de problemas de saúde ao longo da vida das crianças (PAHO, 2020), como desenvolvimento cognitivo e desempenho escolar atrasados, sofrimento mental, queixas somáticas, entre muitos outros (STANTON; DAVIS; LARAQUE-ARENA, 2021).

No mundo cerca de 1 bilhão de crianças (1 a cada 2) entre 2-17 anos sofrem algum tipo de violência a cada ano. Cerca de 300 milhões, entre 2-4 anos, sofrem regularmente punição física e/ou violência psicológica por seus pais e cuidadores (PAHO, 2020). Crianças e adolescentes em pleno desenvolvimento neuro-psicossocial são especialmente vulneráveis às violências que ocorrem na família, na escola e na comunidade, e dependem do acolhimento e proteção dos adultos e das instituições. As consequências da violência contra elas podem ser devastadoras, levando a uma extensa lista de problemas de saúde e sociais, em grande parte previsíveis e preveníveis através da identificação do problema, suas causas e fatores de risco, e

de programas e políticas públicas (OMS, 2016).

Mas essas consequências não se restringem a este período da vida. A exposição à violência infantil aumenta o risco de desenvolvimento de inúmeras psicopatologias adultas, incluindo transtornos de humor, comportamento e de substâncias, doenças infecciosas, problemas de saúde reprodutiva e doenças crônicas não transmissíveis, isto é, consequências insidiosas de longo prazo que podem não ser evidentes por décadas (HILLIS; MERCY; SAUL, 2017). Além disso, a disfunção familiar e a violência contra crianças provocam aumentos consistentes em quatro doenças não transmissíveis (doença cardiovascular, diabetes, doença pulmonar crônica e câncer), responsáveis pela maioria de todas as mortes no mundo (FELITTI *et al.*, 1998; LOZANO *et al.*, 2012).

A família é um sistema relacional dinâmico do desenvolvimento humano (MORÉ e KRENKEL, 2014). Ela é o contexto em que uma criança tem seu primeiro contato com outros seres humanos, sendo a primeira responsável por transmitir características essenciais da cultura humana, além de uma série de regras e valores presentes na família e na sociedade em que esta vive (AMORIM *et al.*, 2020). É responsável pelo cuidado, nutrição, proteção, socialização e introdução de novas habilidades na criança (LEONCIO; SOUZA; MACHADO, 2017). A origem etimológica da palavra “família” vem do latim *famulus*, que significa “escravo doméstico, criado, servidor”. Originalmente referia-se aos empregados de um senhor, posteriormente denotando um grupo de pessoas de laços consanguíneos, que vivem em uma mesma casa, lideradas por um chefe comum (DA SILVEIRA, 2000). Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde, qualquer grupo cujas relações sejam baseadas na confiança e suporte mútuo deve ser encarado como família, incluindo, mas não se limitando a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção (WHO, 2022). Estudos têm identificado a presença de maiores índices de depressão e ansiedade entre indivíduos que vivenciam violência familiar na infância e adolescência, indicando a relevância dos estudos sobre o tema (LAWRENCE; MCFIELD; BYRNE, 2022; GRUHN *et al.*, 2022).

A despeito da existência de estudos sobre formas de violência, a maioria das investigações sobre violência contra crianças e saúde mental possui desenhos seccionais, trazendo dificuldades para o estabelecimento de relações causais. Problemas em identificar a relação temporal entre os eventos violência-sintomas mentais trazem o risco de interpretações equivocadas. Saber se a violência familiar aumenta o risco dos transtornos mentais ou se crianças portadoras de sintomas mentais tornam o ambiente familiar mais sujeito a reações de violência é de extrema relevância para orientar as ações visando reduzir o problema. Estudos longitudinais são importantes para lidar com essas dificuldades, e o conhecimento gerado por

desenhos mais adequados pode ajudar na identificação de medidas protetoras e preventivas para minimizar o risco de transtornos mentais. Neste sentido, a presente investigação cumpre o papel de investigar o desenvolvimento de crianças até a adolescência, integrando o Estudo Longitudinal com Escolares sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Violência, desenvolvido pelo Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/FIOCRUZ) entre os anos de 2005 a 2013, no município de São Gonçalo/RJ. Seu propósito é investigar o efeito da violência familiar sobre os transtornos mentais na infância.

A dissertação está organizada em seções. O referencial teórico é apresentado no capítulo 2, destacando os sintomas e transtornos mentais internalizantes na infância, a violência intrafamiliar e sua associação aos transtornos internalizantes na infância e adolescência. Nos capítulos seguintes estão apresentados os objetivos da dissertação e o modelo teórico que orientou o trabalho. O capítulo 4 apresenta o material e métodos que conduziram a investigação. No capítulo 5 estão os resultados das análises, debatidas no capítulo 6 que traz a discussão e as considerações finais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 SINTOMAS E TRANSTORNOS MENTAIS INTERNALIZANTES: EM FOCO A ANSIEDADE E A DEPRESSÃO EM CRIANÇAS

Estima-se que cerca de 10-20% das crianças do mundo possuem algum tipo de transtorno mental (WHO, 2013). A investigação sobre as emoções e os comportamentos infantis costuma ser realizada com fins epidemiológicos através de classificações mais abrangentes que não enfocam, necessariamente, a patologia e os critérios diagnósticos e sim a categorização de sintomas relacionados ao transtorno (ACHENBACH & RESCORLA, 2001; GOODMAN, 1997).

Prioriza-se nesta dissertação a ansiedade e depressão na criança, que se constituem em sintomas internalizantes, caracterizados por comportamentos que se restringem ao âmbito privado da criança, não sendo diretamente dirigidos para o entorno em que esta vive (SILVARES, 2000). Podem ser exemplificados por (1) sintomas depressivos, como tristeza, introversão, ideias autodepreciativas, falta de energia e irritabilidade; (2) sintomas ansiosos, como medo, angústia, preocupação excessiva, inquietação, tremores, sudorese intensa; e (3) queixas somáticas, como dor abdominal, cefaleia, sintomas respiratórios, indisposição, entre outros, sendo estes sintomas não melhor ou completamente explicados por condições médicas.

Uma investigação da cobertura global dos dados sobre transtornos mentais em crianças e adolescentes analisou dados dos estudos “Carga Global das Doenças” de 2010 e 2013, mostrando para a faixa etária de 5 a 17 anos prevalência média global de 6,2% para depressão e 3,2% para ansiedade (ERSKINE *et al.*, 2017). Metanálise publicada em 2021 selecionou 29 estudos para estimar globalmente sintomas de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes, revelando prevalência de 25,2% (IC95% 21,2%-29,7%) para depressão e 20,5% (IC95% 17,2%-24,4%) para ansiedade (RACINE *et al.*, 2021); no entanto, esses resultados devem ser vistos com cautela uma vez que foram coletados em meio a pandemia de COVID-19.

Nos Estados Unidos, análise de dados de inquérito nacional realizado em 2016 acerca da saúde da população infantil, mostrou através de questionários autopreenchidos por pais/responsáveis a presença corrente de problemas de ansiedade em crianças em 7,4% da amostra e de problemas atuais de depressão em 3,2% (GHANDOUR *et al.*, 2019).

No Brasil, um estudo transversal com crianças de 6 a 11 anos de idade estimou a prevalência de problemas de saúde mental através de entrevistas com os responsáveis de 825 crianças, identificando 30,7% das crianças com problemas internalizantes de saúde mental a

nível clínico (FATORI *et al.*, 2018).

No ERICA (Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes), estudo transversal, nacional, realizado em 2013-2014, foram avaliados 74.589 adolescentes entre 12 e 17 anos quanto à prevalência de transtornos mentais comuns (transtornos não psicóticos, principalmente caracterizados por sintomas de ansiedade, depressão e somáticos, denominados “comuns” pela alta prevalência na população geral). Na amostra geral, a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) foi alta, 30%, sendo maior nas meninas, 38,4%, e entre adolescentes de 15 a 17 anos, 33,6%. As prevalências de TMC entre as meninas foi sempre maior do que entre os meninos em todas as faixas etárias, seja em escolas públicas ou privadas. Além disso, observou-se aumento da prevalência de TMC conforme o aumento da idade (LOPES *et al.*, 2016).

Avaliando a prevalência de transtornos psiquiátricos em escolares de 2ª a 6ª série que envolveu 1.676 jovens de 6 a 16 anos, de 2010 a 2011, um estudo multicêntrico envolvendo quatro municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste do Brasil, observou prevalência geral de um ou mais transtornos psiquiátricos de 13,1%, prevalência de transtornos ansiosos em 7,2% e de transtornos depressivos em 0,5% da amostra (PAULA *et al.*, 2015).

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação mostram que 118.499 notificações de violência física doméstica contra crianças foram registradas de 2009 a 2019 no Brasil. Dessa notificações, a maior parte se referia a crianças de 0 a 4 anos de idade (28%) e eram do sexo feminino (55%).

De acordo com o inventário de problemas emocionais e comportamentais de Achenbach (1991), os sintomas internalizantes incluem retraimento, depressão, ansiedade e queixas somáticas. Em seu inventário os autores distinguem subescalas: (1) retraimento/depressão, onde predominam os sintomas depressivos (itens compatíveis com diagnósticos psiquiátricos de transtorno depressivo maior e distímia); (2) ansiedade/depressão, em que predominam os sintomas de ansiedade, embora na infância seja extremamente comum a comorbidade entre transtornos (itens compatíveis com transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade de separação e fobias específicas); (3) queixas somáticas, que representam uma desorganização somática passageira ou permanente, cuja gênese ou desenvolvimento implicam um determinismo de ordem psicológica, quer atual, quer de ordem regressiva (AJURIAGUERRA, 1991).

Há diferenças no comportamento depressivo e ansioso ao longo das fases do desenvolvimento infanto-juvenil: na criança bem pequena destacam-se distúrbios de sono e alimentação, cólica, choro, balanço de cabeça; mais à frente sobressaem isolamento, apatia e

comportamento regredido; nas mais velhas os problemas de comportamento começam a substituir os sentimentos depressivos e ansiosos, por exemplo acessos de raiva, desobediência, vadiagem, fuga de casa, tendência a acidentes, agressividade, comportamento provocativo e autopunitivo. (BRASIL, 1996; ASSIS, 2007). Para Abelha (2002), na fase pré-verbal sobressaem as manifestações não verbais (postura, expressão facial), inquietação, retraimento, recusa de alimentos, perturbação do sono, apatia; entre pré-escolares são mais comuns as dores abdominais, falhas em adquirir peso esperado para a idade, fisionomia triste e/ou de lamentação, irritação, diminuição do apetite, agitação motora ou hiperatividade, estereotípias, transtorno de sono; na fase dos 2-5 anos nota-se dependência excessiva, humor irritável, ansiedade de separação, controle precário de impulsos, diminuição do apetite, agitação psicomotora ou hiperatividade, transtorno de sono e estereotípias; e crianças entre 6-12 anos sobressaem tristeza, choro frequente, lentidão de movimentos, voz monótona, baixa autoestima, agitação psicomotora ou hiperatividade, pensamento suicida, humor irritável e baixa do rendimento escolar. Para Golse & Messersimitt (1983) o corpo da criança é meio de troca, já que a capacidade de elaboração mental ainda está se desenvolvendo, modificando-se a sintomatologia concomitante à idade pela maior possibilidade de verbalização. Quanto mais se aproxima do adolescente mais o quadro clínico se assemelha ao descrito no adulto (ASSIS, 2007).

A ansiedade faz parte da existência humana e caracteriza-se por “uma sensação de perigo iminente, aliada a uma atitude de expectativa provocando uma perturbação mais ou menos profunda”. Ajuriaguerra (1991) defende a ideia de que embora exista a tendência em diferenciar ansiedade de angústia (manifestação corporal da ansiedade), não é apropriado fazer essa separação quando se aborda esse problema no plano do desenvolvimento infantil.

Na criança, o medo em relação a um acontecimento real está muito próximo à ansiedade, já que a criança pequena ainda não é capaz de distinguir o que é real do que é irreal (BEE, 1996).

Nesta dissertação prioriza-se a investigação da ansiedade/depressão, problemas psiquiátricos mais comuns na faixa etária infantil. Os estudos desses temas, em comparação aos estudos da psiquiatria adulta, são ainda insuficientes na literatura nacional e internacional, principalmente para faixa etária pré-escolar. Barbosa e Gaião encontraram 22% de prevalência de depressão entre 807 crianças de 7 a 17 anos do interior do Estado da Paraíba (BARBOSA; GAIÃO, 2001). Em 2008, estudo com escolares de 8 a 15 anos em Campinas encontrou prevalência de sintomas depressivos em 3,55% e 17% dos participantes, a depender do instrumento de aferição utilizado (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008).

A presença de transtornos é grande ao longo do desenvolvimento infanto-juvenil. Miller

(2003) revela a tendência de ocorrerem vários problemas emocionais ao mesmo tempo, com 40% a 70% das crianças e adolescentes com depressão sofrendo de outros problemas emocionais diagnosticáveis; entre 20% a 50% experienciam dois ou mais distúrbios psiquiátricos além da depressão. A sobreposição da depressão a outros diagnósticos psiquiátricos têm sido um dos achados mais consistentes em pesquisas com populações clínicas, entre os quais foram encontradas associações com condições tão diversas como transtornos de conduta, estados de ansiedade, problemas de aprendizagem, regulação emocional, hiperatividade, anorexia nervosa e recusa em frequentar a escola (HARRINGTON, 2005; CUMMINGS; CAPORINO; KENDALL, 2014; DUPREY; HANDLEY; RUSSOTTI, 2022).

## 2.2 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E ANSIEDADE/DEPRESSÃO NA CRIANÇA

Sintomas internalizantes e transtornos mentais podem ser precipitados por diversos fatores. Dentre eles, destaca-se a violência contra crianças (PAHO, 2020). Até mesmo entre os registros históricos mais antigos é possível encontrar relatos de violência. O fenômeno acompanha a história da humanidade e foi a partir da década de 1960 que a Saúde modificou seu olhar para o tema, agora enquanto objeto de investigação e intervenção (REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999; ASSIS, 1999).

Dentre os 2 bilhões de crianças existentes no mundo, estima-se que 1 a 1,25 bilhões vivem algum tipo de violência anualmente (STANTON; DAVIS; LARAQUE-ARENA, 2021). A região das Américas tem a mais alta taxa de homicídio de crianças de todo o mundo. Em 2019, 58% das crianças e adolescentes da América Latina sofreram algum tipo de violência (emocional, física ou sexual) (PAHO, 2020).

Inquérito populacional telefônico nos EUA avaliou 4.000 crianças e encontrou prevalência de 37,3% de agressão física ocorrida no último ano praticada principalmente por irmãos e colegas. Maus-tratos infantis no último ano ocorreram em 15,2% das crianças e ao longo da vida para 38,1% da amostra entre 14-17 anos. Abuso físico por um cuidador no último ano ocorreu para 5% das crianças e ao longo da vida para 18,1% daquelas entre 14-17 anos. Enquanto a violência emocional provocada por um cuidador no último ano ocorreu para 9,3% da amostra total, entre o grupo mais velho com 14-17 anos essa violência ocorreu para 23,9% ao longo da vida. Além disso, 5,8% testemunharam agressão entre os pais no último ano e 19,5% testemunharam ao longo da vida (FINKELHOR *et al.*, 2015).

A violência sobre a criança frequentemente começa cedo. O lar de uma criança é o cenário de sua primeira interação humana em que é desejável a existência de uma atmosfera

amorosa e que propicie cuidados; no entanto, muitas vezes, é cenário em que a primeira exposição à violência ocorre. Dados de 30 países apontam que cerca de 50% de crianças entre 12 e 23 meses de idade são sujeitas à punição física em casa (UNICEF, 2017). Mesmo durante a gestação materna há influência da violência vivenciada pela mãe sobre a criança: o resultado da exposição durante a gravidez produz excesso de glicocorticoides, hormônio codificado pelo gene *NR3C1* que tem papel fundamental durante o desenvolvimento normal do cérebro do feto (KHASHAN *et al.*, 2011). Estudos com modelos animais não humanos indicam que o estresse pré-natal está associado com ansiedade, depressão, aumento da atividade basal do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, hipertensão e déficits cognitivos na prole (SERPELONI, 2016; BRUNTON & RUSSEL, 2010). Ademais, a punição corporal e abuso verbal por parte dos pais têm sido associada a mudanças na anatomia do cérebro visualizadas por meio de ressonância magnética. Pesquisadores estudaram um grupo de adultos jovens entre 18 e 25 anos que tiveram exposição prolongada e repetida a punições corporais severas e compararam os resultados de ressonâncias magnéticas cerebrais com os de um grupo de controle correspondente, observando redução do volume de substância cinzenta do córtex pré-frontal e menor QI para o primeiro grupo (TOMODA *et al.*, 2009). Outra investigação observou relações entre punição física e níveis altos de cortisol no sangue, que refletem estresse, podendo levar a toxicidade no organismo e mudanças subsequentes na arquitetura cerebral (GERSHOFF, 2016).

Apesar de surpreendente, está bem estabelecido na literatura que a maior parte das violências sofridas pelas crianças ocorrem dentro de suas residências e são perpetradas por familiares ou conhecidos da família. Assis e colaboradores, corroboram essa afirmação ao analisar 12.473 notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças de 0 a 9 anos no Brasil em 2010. Os autores da agressão entre crianças menores de 1 ano são principalmente a mãe (60,6%) e o pai (28,5%); já em crianças entre 1 a 9 anos os agressores principais são a mãe (26,8%), o pai (20,1%) e conhecidos da criança (14,8%) (ASSIS *et al.*, 2012). Pesquisadores da UNICAMP avaliaram o perfil da violência sofrida entre crianças e adolescentes atendidos no Hospital das Clínicas-UNICAMP ao longo de 4 anos. Do total, 33,9% das crianças sofreram negligência e 31,9% sofreram abuso sexual, sendo as vítimas deste último tipo composta por 80% de meninas e quase 60% por crianças entre 5- 10 anos. Ainda sobre abuso sexual, 72,6% ocorreram em área doméstica, 81% por autor conhecido, 31,6% por relação incestuosa e em 76,5% não havia alterações clínicas nas vítimas, demonstrando o caráter imaterial da maioria das violências sexuais e contribuindo para a invisibilidade do problema (ZAMBON *et al.*, 2012).

Um estudo em uma cidade brasileira avaliou 17.082 notificações de violência contra crianças e adolescentes, identificando que 52,1% das negligências e abusos físicos eram perpetrados pela mãe, seguido pelo pai com 23% e por outros membros da família com 22,7% dos casos (DA SILVA FRANZIN *et al.*, 2014).

Dados do inquérito Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) referentes a 2014 aos atendimentos de emergência por causas externas entre crianças de 0 a 9 anos foram analisados. Dentre as 8.164 crianças atendidas, 5% decorreram de alguma violência, sendo que, dentre essas, 72,4% sofreram o abuso dentro do domicílio; em 72% dos casos o autor da violência foi um familiar da criança (MALTA *et al.*, 2016). Sena e colaboradores, estudando registros de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Instituto de Medicina Legal em Recife, identificaram que 47,2% das vítimas sofreram abuso por um conhecido e 25% por um familiar (SENA; SILVA; FALBO NETO, 2018).

É importante ressaltar a íntima relação existente entre violência contra criança e violência contra mulher pelo parceiro íntimo. Em artigo publicado na revista *The Lancet*, disserta-se sobre as raízes comuns de diferentes formas de violência e ressalta-se especialmente a violência contra mulheres e contra crianças, destacando que a violência não ocorre isoladamente e que é preciso existir colaboração entre pesquisadores de diferentes linhas no intuito de qualificar agentes e normas sociais compartilhados por essas diferentes faces da violência (FRY; ELLIOT, 2017). Buffarini e colaboradores (2021), através de uma coorte de nascimentos de base populacional, investigaram fatores de risco independentes e compartilhados pela violência por parceiro íntimo (VPI) e os maus-tratos infantis e possíveis associações. A prevalência de qualquer VPI no último ano na amostra de mães foi de 22,8% e entre as crianças houve prevalência de maus-tratos ao longo da vida de 10,9%; a coocorrência dos fenômenos aconteceu em 5% dos casos. Os fatores associados à ocorrência simultânea de VPI e maus-tratos infantis foram comportamento antissocial paterno em geral, ausência do pai biológico da criança, relação mãe-parceiro caracterizada por altos níveis de crítica, depressão materna e idade materna mais jovem (BUFFARINI *et al.*, 2021).

Tendo o contexto familiar tamanha relevância, é provável que a violência em casa tenha impacto substancial no desenvolvimento das crianças, a despeito de outros locais e contextos em que ela possa ocorrer (WIDOM; WILSON, 2015). A “transmissão intergeracional da violência” ou “ciclo da violência” expõe a ideia de que pessoas que experienciaram violência na infância tendem a reproduzir violência na adolescência e vida adulta, de igual ou diferente natureza. Algumas teorias tentam explicar esse fenômeno, sendo a teoria da aprendizagem social e a teoria do apego as mais importantes e comumente usadas nessa tentativa.

A Teoria da Aprendizagem Social (BANDURA, 1973) entende que crianças naturalmente imitam o comportamento de outras pessoas, sendo que o comportamento de indivíduos de alto status, como um pai ou uma mãe, possuem especial relevância nessa dinâmica de observação-imitação. As crianças aprendem e copiam as habilidades interpessoais de seus pais observando-os. Sendo assim, a violência física dentro da família legitima essa ação como um meio apropriado para resolução de conflitos, dificultando a aquisição de meios mais seguros de comunicação (WIDOM; WILSON, 2015; WOOLLETT, 2016).

A Teoria do Apego (BOWLBY, 1999) propõe que a relação inicial entre uma criança e seu cuidador é base fundadora de todos os seus futuros relacionamentos interpessoais. De acordo com essa teoria, a violência, negligência, rejeição ou falta de proteção por parte de um pai ou uma mãe, cuidadores primários, propiciam que a criança desenvolva uma visão hostil do mundo. Adultos com histórico de violência familiar na infância entendem, *a priori*, que os outros são ou serão hostis e indisponíveis e, sendo assim, reagem aos outros de maneira congruente às suas expectativas (WIDOM; WILSON, 2015; WOOLLETT, 2016).

Estudo longitudinal avaliando relação entre características dos pais e funções executivas de crianças de 6 a 10 anos, isto é, habilidades cognitivas envolvidas no comportamento flexível e direcionado a objetivos, como memória de trabalho, atenção e autocontrole, demonstrou que parentalidade severa (conversas negativas, expressões verbais de desaprovação ou agressão, toque físico negativo como sacudir ou bater na criança) prediz pior desenvolvimento de funções executivas na criança (HALSE *et al.*, 2019).

No Brasil, um estudo concluiu que a violência sofrida pela mãe influencia na prática educativa dos seus filhos. Na amostra, a prevalência de mulheres que sofreram violência pelo parceiro íntimo foi de quase 25%, dentre essas mulheres, 94% relataram práticas educativas violentas (SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017).

Analisando a transmissão intergeracional de experiências adversas na infância através da depressão e ansiedade maternas, um estudo longitudinal avaliou o impacto de eventos adversos na infância de gestantes e a ocorrência de comportamentos internalizantes e externalizantes em seus filhos, tendo como mediadores dessa relação a depressão e ansiedade no período pré e pós natal. A vivência de adversidades, como violência física, verbal e sexual, durante a infância das gestantes se mostrou associada com ansiedade pré-natal e depressão pós-natal materna, que por sua vez se mostraram associados a comportamento internalizante em seus filhos. O número de adversidade na infância das gestantes também se mostrou impactante nessas relações. No geral, foi apontada a associação indireta entre adversidades na infância da mãe e problemas de internalização/externalização em seus filhos, via ansiedade e depressão

perinatais. Os autores relataram que os achados sugerem que a saúde mental materna pode ser um dos meios pelo qual a transmissão intergeracional mãe-filho de experiências adversas na infância ocorra (LETOURNEAU *et al.*, 2018).

Outro aspecto a se destacar são os resultados de estudos que demonstraram que sofrer violência na infância é fator de risco para outras formas de violência, isto é, a vitimização na infância ou o testemunho de violência entre os pais no domicílio são fatores de risco consistentes para se tornar um agressor e/ou vítima de agressão na vida adulta. Enquanto os homens são mais fortemente propensos a praticar violênciasexual e VPI, as mulheres são mais propensas à vitimização por violência por parceiro íntimo (BOTT *et al.*, 2012; CAPALDI *et al.*, 2012; THARP *et al.*, 2013). Em artigo de 2017, Gebara e outros autores discutem também o achado de que mulheres com parceiro violento possuem maior chance de praticar maus-tratos infantis. Mulheres com histórico de abuso por seus parceiros têm perfil mais frequentemente agressivo contra seus filhos em prol de uma dita educação disciplinar, em comparação com mulheres que não sofreram essas agressões. Além disso, neste estudo investigou-se fatores psicossociais associados a violência da mãe contra seus filhos, sendo encontrada uma alta prevalência na amostra para violência psicológica e punição corporal: 70,5% e 51,4%, respectivamente. Os autores argumentam que essa alta porcentagem de mães relatando serem violentas com suas crianças possivelmente deve-se ao caráter socialmente aceito dessa prática, realizado em prol de uma visão de educação dos filhos, transmitido de geração a geração através dos tempos (GEBARA *et al.*, 2017).

A violência perpetrada pela família, apesar de frequentemente invisível, possui capacidade de provocar um impacto grande e duradouro na saúde de crianças ao longo da vida, inclusive quando adultas, gerando consistentemente aumento no risco de diversos eventos em saúde como lesões físicas, doenças infecciosas, doenças crônicas e, em especial, problemas de saúde mental (HILLIS; MERCY; SAUL, 2017). A análise de notificações via SINAN de abuso sexual infantil em Florianópolis/SC descreveu consequências imediatas desses atos: das 477 crianças e adolescentes, 4 tentaram suicídio, 5 desenvolveram transtorno mental, 77 (20%) evoluíram com transtorno do estresse pós-traumático e 90 (22,4%) com transtorno do comportamento (PLATT *et al.*, 2018).

Em uma revisão sistemática que investigou transtornos mentais em crianças e adolescentes e fatores associados, Thiengo e outros autores (2014), identificaram a violência familiar e comunitária como fortes fenômenos associados à ocorrência de diversos transtornos, como ansiedade e depressão. Entre outros fatores, encontraram também a configuração familiar associada aos transtornos, isto é, morar com apenas um dos pais ou nenhum deles. A partir das

evidências dos estudos, observaram que o apoio familiar e viver com ambos os pais pode atenuar, ou mesmo proteger, as crianças contra distúrbios mentais (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

A quantidade e/ou qualidade de eventos adversos de vida, especialmente os decorrentes do meio familiar, são prejudiciais ao desenvolvimento da criança e propiciam problemas de comportamento na infância, indicando o contexto multifatorial e transacional em que são fundamentais as interações sociais da criança com seus cuidadores e meio social (OLSON *et al.*, 2000; FERREIRA e MARTURANO, 2002). Elmore e Crouch (2020), investigando eventos adversos de vida na infância encontrou chances significativamente maiores de ansiedade e depressão: crianças expostas a quatro ou mais eventos apresentaram maiores chances de ansiedade e depressão do que crianças com exposição a menos de quatro eventos. A avaliação dos resultados de ansiedade e depressão separadamente mostrou impactos especialmente em relação a depressão.

Um evento adverso de natureza complexa e multidimensional relevante para a saúde mental na infância é viver em situação de pobreza, que abre caminho para a ocorrência de déficits estruturais e sociais numa concepção de riscos múltiplos, cujo efeitos cumulativos impactam no resultado cognitivo e socioemocional da criança (OMS, 2001; HALPERN e FIGUEIRAS, 2004). Neste sentido, Cohen e Minas (2008) consideram deletérias situações que aliam a exposição à violência e aspectos socioeconômicos em grupos vulneráveis, reforçando o conceito de riscos múltiplos que provocam impacto no resultado cognitivo e socioemocional da criança e se constituem como determinantes sociais para a saúde mental.

### 3 OBJETIVOS

Geral:

- Estimar o efeito da violência intrafamiliar perpetrada pelo pai e pela mãe contra a criança sobre a ocorrência de ansiedade/depressão na criança.

Específicos:

- Descrever a amostra por características sociodemográficas e familiares, contexto da gestação, adversidades e violências.
- Avaliar a relação entre as características acima mencionadas e violência física severa da mãe e do pai.
- Estimar a incidência acumulada de ansiedade/depressão por anos de vida.
- Estimar o aumento relativo do risco de ansiedade/depressão na criança decorrente da violência física severa perpetrada pela mãe e pelo pai

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

O estudo original que deu origem à nossa investigação foi um estudo de coorte com 500 crianças do município de São Gonçalo, Estado do Rio de Janeiro, realizado entre 2005 e 2013. A amostra foi feita com escolares do 2º ano do ensino fundamental da rede pública municipal. Foi realizada amostragem complexa por conglomerado em três estágios de seleção. No primeiro estágio, foram selecionadas escolas proporcionalmente ao seu tamanho. No segundo estágio, duas turmas de 2º ano do ensino fundamental foram selecionadas por amostra aleatória simples em cada escola. No terceiro estágio, foi realizado sorteio aleatório de 10 alunos por turma. Crianças com nível de inteligência intelectualmente deficiente ( $QI \leq 69$ ) foram excluídas do estudo. A amostra caracterizou-se por crianças de 6 a 14 anos. O estudo original realizou entrevistas com os pais/responsáveis, os professores da rede de ensino e com as crianças e adolescentes. No que concerne ao nosso estudo, analisaremos os dados obtidos a partir das entrevistas com os pais/responsáveis de crianças entre 6 a 10 anos realizadas nas ondas 2005, 2006 e 2008.

### **4.2 COLETA DE DADOS E PRINCIPAIS MEDIDAS UTILIZADAS**

Os dados utilizados em nossa análise correspondem aos anos de 2005 (onda 1), 2006 (onda 2) e 2008 (onda 3). Os pais ou responsáveis das crianças foram convidados para entrevistas face-a-face a partir de questionário construído para obter informações sociodemográficas, características da família e comportamentos das crianças.

#### **4.2.1 Dados sociodemográficos, relacionamento entre família-criança e adversidades na vida**

Embora o estudo original tenha coletado um número expressivo de variáveis sociodemográficas, em nossas análises serão utilizadas: sexo da criança, idade da mãe/pai, gravidez planejada, eventos de vida na família, eventos de vida na comunidade e funcionamento da família. Também incluímos classe socioeconômica, escolaridade da mãe/pai, sentimento durante a gravidez, número de consultas de pré-natal e tempo de amamentação.

#### **4.2.2 Violência Intrafamiliar**

Para investigar a violência intrafamiliar, isto é, violência cometida da mãe contra a

criança, violência do pai contra a criança e violência entre os pais, foi utilizado a Escala Tática de Conflitos (*Conflict Tactic Scale* - CTS versão 1), desenvolvida por Straus (1979) e adaptada transculturalmente para a população brasileira por Hasselmann & Reichenheim (2003). Esta escala avalia estratégias utilizadas entre membros da família para resolução de conflitos e capta indiretamente a ocorrência de violência familiar. Sub-escalas da CTS-1 utilizadas no estudo:

- Agressão verbal (ou simbólica): Uso de meios simbólicos ou verbais para ferir ou agredir a criança como xingar ou insultar, ficar emburrado, chorar, fazer coisas para irritar, destruir, bater ou chutar objetos.
- Violência física menor: Atos que têm a intenção (percebida ou não) de causar dor física ou ferir a criança. Inclui jogar objetos, empurrar, dar tapas ou bofetadas.
- Violência física severa: Atos com alto potencial de ferir a criança: chutar, morder ou dar murros, tentar bater com objetos, espancar, ameaçar ou usar arma ou faca.

Como opções de resposta temos: (a) algumas vezes reagiu assim no último ano; (b) muitas vezes reagiu desse modo no último ano; (c) já reagiu assim, mas não nos últimos doze meses; e (d) nunca reagiu dessa forma. As crianças que pontuaram em pelo menos um dos itens relacionados são consideradas vítimas diretas da violência ou testemunha da que ocorreu entre os pais no ano anterior ou ao longo da vida (referindo-se a desde o nascimento).

#### **4.2.3 Avaliação de ansiedade/depressão na criança**

Ainda que o estudo original tenha utilizado entrevistas com professores, a análise realizada na dissertação utilizou apenas o *Child Behavior Checklist* (CBCL), questionário composto de 118 itens respondidos pelos pais/responsáveis de crianças na faixa etária de 6 a 18 anos. Este instrumento integra o *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA), composto por escalas com itens muito similares, aplicada aos responsáveis (CBCL), aos professores (*Teacher Report Form* - TRF) e às crianças/adolescentes (*Youth Self Report* - YSR), para a investigação de competência social e problemas de comportamento ocorridos nos últimos seis meses. O instrumento foi criado por Achenbach em 1991 (ACHENBACH; RESCORLA, 2001) e adaptado por Bordin, Mari e Caeiro (1995) no Brasil.

A subescala de ansiedade/depressão contém os seguintes itens: chora muito; medo de certos animais, situações ou lugares (não inclui a escola); medo da escola; medo de pensar ou fazer algo destrutivo (contra si e contra outros); “mania de perfeição”, acha que tem que fazer tudo certinho; acha que ninguém gosta dele; sente-se desvalorizado, inferior; nervoso(a) ou

tenso(a); medroso ou ansioso demais; sente-se excessivamente culpado(a); sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele; fala que vai se matar; é muito preocupado.

As subescalas da CBCL apresentam consistência variada (Alpha de Cronbach) oscilando entre 0,583 e 0,685. A aferição da validade de constructo da CBCL evidenciou associação significativa ( $p < 0.001$ ) com outros conceitos teoricamente relevantes em relação aos problemas de comportamento: funcionamento geral da família, relacionamento da criança com pai, mãe e irmãos, violência severa cometida pelo pai e pela mãe ocorrida ao longo da vida da criança. Para validade de critério da CBCL, realizou-se um estudo com uma amostra de 46 crianças, através da avaliação diagnóstica clínica, realizada em 2006, segundo os critérios sugeridos pelo DSM IV e os níveis de gravidade, aplicação do KSADS-PL por uma psiquiatra e aplicação da CBCL pelos pesquisadores, com associação estatística significativa ou próxima de 0,05 entre estratégias (ASSIS *et al.*, 2007).

#### **4.2.4 Eventos adversos de vida**

As escalas de Pitzner e Drummond (1997) e Trombeta e Guzzo (2002) serviram de base para a investigação dos eventos de vida que contemplam situações ocorridas na família, como por exemplo: um dos pais ou responsável já ficou ou está desempregado; na família existem ou existiram problemas financeiros sérios; a família mora ou já morou amontado, sem espaço; algum familiar já teve problemas médicos sérios, como doenças ou acidentes; alguém foi indiciado ou preso; ocorreu morte de pai, mãe ou irmão da criança; na família acontecem/aconteceram problemas de álcool ou drogas; a criança já demonstrou incômodo com o nascimento de um novo irmão ou irmã; a criança ou alguém de sua família já foi sequestrada; a criança já soube que ela ou alguém de sua família estava sob risco de vida; e outros que constam no apêndice. Esta variável foi caracterizada através de tercis, sendo classificada como crianças que sofreram “poucos eventos adversos”, “alguns eventos adversos” e “muitos eventos adversos”.

#### **4.2.5 Casos Incidentes de Ansiedade/Depressão**

Serão considerados como casos incidentes as crianças que apresentaram quadro de ansiedade/depressão, limítrofes ou clínicos, em qualquer uma das três ondas estudadas. Decidimos não excluir os casos prevalentes da linha de base, uma vez que as violências se referem aos 12 últimos meses e ao longo da vida (desde o nascimento, excetuando os últimos 12

meses anteriores a primeira onda da pesquisa). Através de relatórios e artigos já publicados da pesquisa original, observamos que todas as crianças que sofreram violência da mãe ou do pai no último ano sofreram também essas violências ao longo da vida (ASSIS, 2007). Como documentado em outros estudos, a violência intrafamiliar possui caráter crônico e usualmente se inicia já nos primeiros meses e anos de vida da criança, e até mesmo antes de seu nascimento. Provavelmente estaríamos propensos a um viés de seleção ao excluir os casos prevalentes em 2005, pois estaríamos excluindo casos cujos sintomas de ansiedade e depressão tiveram início muito precoce. Ao excluirmos essas crianças cujo transtorno teve início muito cedo em suas vidas, tenderíamos a selecionar aquelas mais resistentes (resilientes), o que poderia levar a um viés onde o efeito da violência sobre a saúde mental das crianças e adolescentes fosse subestimado. Um possível questionamento a essa decisão seria a possibilidade de causalidade reversa entre a exposição e o desfecho, ou seja, situação em que o comportamento da criança estaria precipitando a violência da mãe/pai. No entanto, a possibilidade de causalidade reversa torna-se improvável a partir do conhecimento do perfil comportamental padrão de crianças com sintomas internalizantes e com ansiedade e depressão, descrito em diversos estudos. Esses sintomas são caracterizados por emoções que se dirigem ao interior do indivíduo; são crianças que tendem a ser tristes, retraídas, introvertidas, angustiadas, que demonstram medo ou falta de energia, atributos que tipicamente não fomentam a violência dos pais.

Nas figuras 2 e 3 apresentamos as abordagens excluindo e incluindo (usadas nessas análises) os casos de ansiedade/depressão prevalentes em 2005.

Figura 2: Exclusão dos casos de ansiedade/depressão

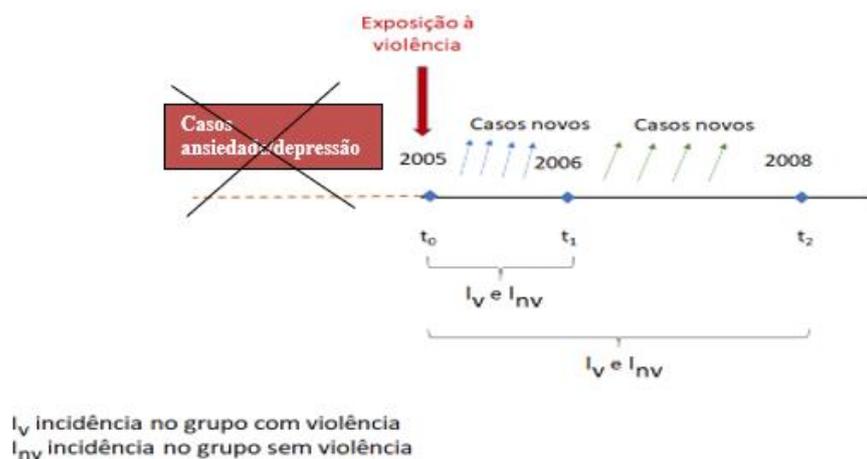
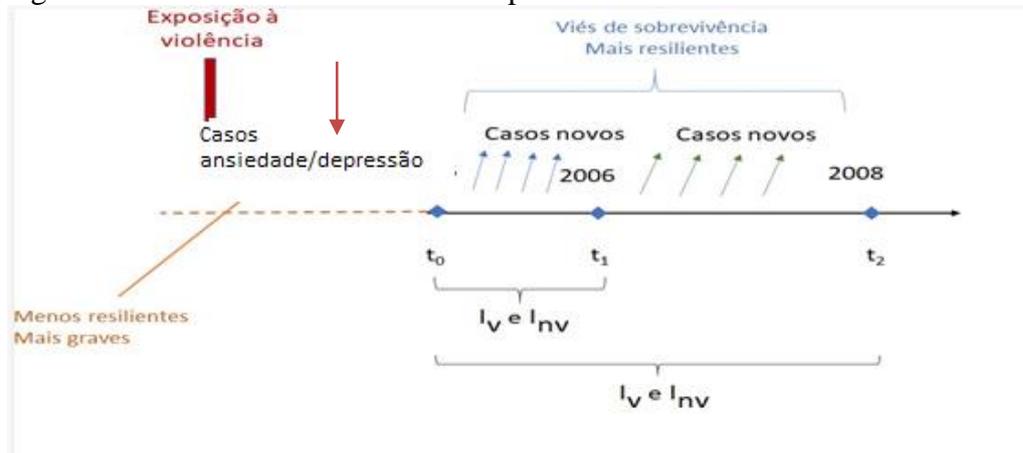


Figura 3: Inclusão dos casos de ansiedade/depressão



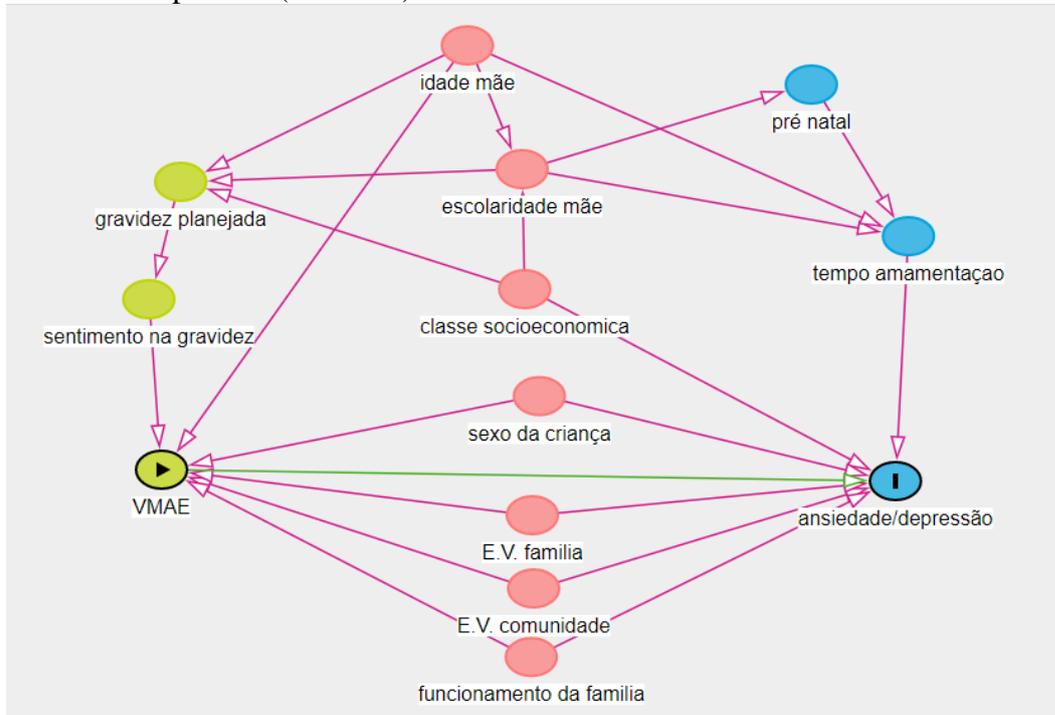
#### 4.3 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente foram realizadas análises exploratórias dos dados a fim de descrever frequências de variáveis categóricas e medidas-resumo para variáveis quantitativas.

Para estimar o risco relativo (RR) de ansiedade/depressão nos grupos etários de 7 a 10 anos foram implementados modelos de Poisson não ajustados e ajustados por covariáveis, com estimador robusto. Para a identificação das variáveis potenciais de confusão fez-se uso de Gráficos Acíclicos Dimensionais – GAD (GREENLAND; PEARL; ROBINS, 1999), com intuito de identificar variáveis que bloqueavam o caminho de porta de trás (*backdoor path*). As figuras 3 e 4 apresentam esses gráficos para a relação entre violência da mãe e violência do pai e ansiedade/depressão, respectivamente.

A Figura 4 apresenta gráfico acíclico direcionado (GAD) a partir de proposta de modelo causal para violência física da mãe contra criança e ansiedade/depressão na criança e demais fatores influentes. Objetivamos relacionar as variáveis de acordo com nossos referenciais teóricos e estudos prévios da área. A violência da mãe contra criança caracteriza-se como variável independente e ansiedade/depressão como variável dependente. A maioria das variáveis é de âmbito social e econômico.

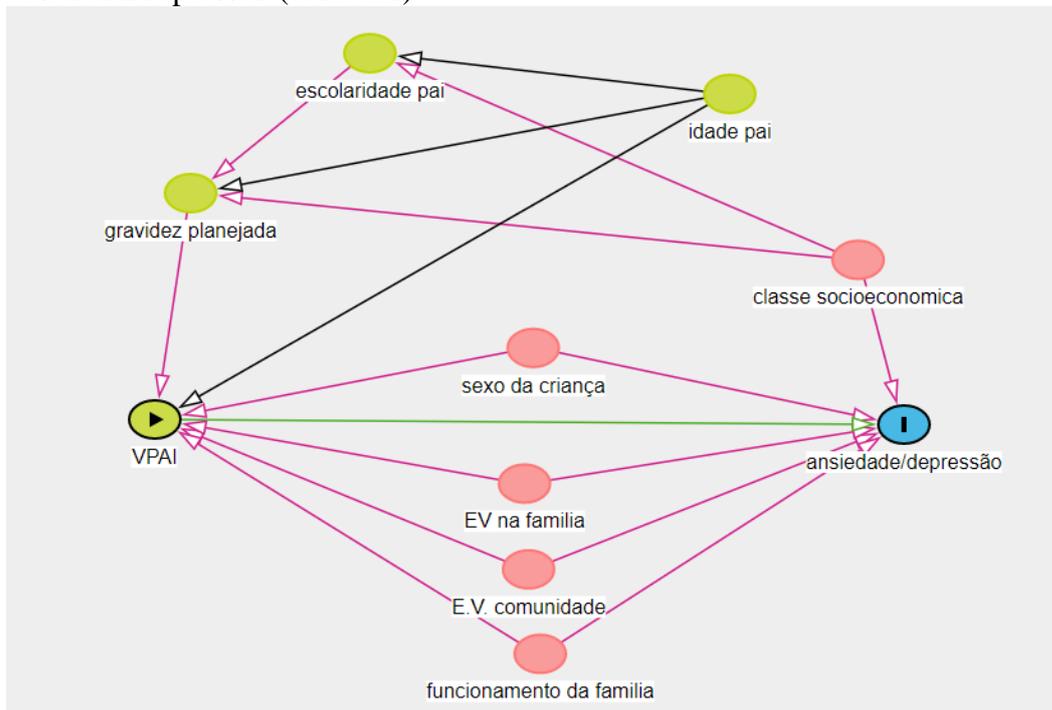
Figura 4: GAD para investigação da violência perpetrada pela mãe (exposição) e ansiedade/depressão (desfecho).



E.V. : eventos de vida

A Figura 5 apresenta gráfico acíclico direcionado (GAD) a partir de proposta de modelo causal para violência física do pai contra criança e ansiedade/depressão na criança e demais fatores influentes. Assim como no modelo anterior, objetivamos relacionar as variáveis de acordo com nossos referenciais teóricos e estudos prévios da área. A violência do pai contra criança caracteriza-se como variável independente e ansiedade/depressão como variável dependente. A maioria das variáveis é de âmbito social e econômico.

Figura 5: GAD para investigação da violência perpetrada pelo pai (exposição) e ansiedade/depressão (desfecho)



E.V.: eventos de vida

O nível de significância estatística adotado foi de 5%, e p-valores  $>5\%$  e  $\leq 10\%$  foram considerados de significância limítrofe. As análises levaram em conta o desenho amostral complexo, sendo utilizado o pacote “*survey*” para tal. As análises foram realizadas através da linguagem estatística R por meio do software R Studio versão 1.3 e STATA 15.

#### 4.4 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa original foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, e os pais/responsáveis assinaram termos de consentimento livre e esclarecido. As pesquisas originais obtiveram aprovações específicas (CAAE: 0051.0.031.000-04 e 0024.0.031.000-07) e a dissertação foi aprovada mediante o CAAE: 51636921.5.0000.5240.

## 5 RESULTADOS

As tabelas 1-4 trazem informações sobre características da amostra (desenho amostral complexo não foi levado em conta nessas tabelas) do estudo no momento de início do seguimento (*baseline*). A idade média era de 7,8 anos, sendo que pouco mais da metade eram do sexo masculino e tinham pele de cor parda (tabela 1). Quase metade das mães e dos pais tinham entre 30 e 39 anos. Noventa e cinco por cento das mães e 94% dos pais tinham pelo menos o primeiro grau completo/incompleto (tabela 1).

Tabela 1: Características Sociodemográficas da Amostra

Categoria		N (%)
N		480 (100)
Idade		7,85 (0,94)*
Sexo	Feminino	228 (47,5)
	Masculino	252 (52,5)
Cor da pele	Branca	161 (34,1)
	Negra	58 (12,3)
	Parda	253 (53,6)
Idade da mãe	Até 29 anos	173 (36,6)
	30 a 39 anos	228 (48,2)
	40 a 49 anos	50 (10,6)
	50 anos ou mais	22 (4,7)
Escolaridade da mãe	Não sabe ler/escrever	22 (4,7)
	1º grau completo/incompleto	339 (72,4)
	2º grau completo/incompleto	103 (22)
	Superior completo/incompleto	4 (0,9)
Idade do pai	Até 29 anos	88 (20,4)
	30 a 39 anos	203 (47)
	40 a 49 anos	109 (25,2)
	50 anos ou mais	32 (7,4)
Escolaridade do pai	Não sabe ler/escrever	23 (5,6)
	1º grau Completo/incompleto	280 (68,3)
	2º grau Completo/incompleto	101 (24,6)
	Superior completo/incompleto	6 (1,5)

\*média e desvio padrão

Tabela 2: Características da Família da Amostra

<b>Categoria</b>		<b>N (%)</b>
N		480 (100)
Estrutura familiar	Vive apenas com a mãe	188 (39,2)
	Vive apenas com o pai	16 (3,3)
	Vive com ambos	256 (53,3)
	Vive com nenhum	20 (4,2)
Vive com irmãos	1 ou nenhum	199 (41,5)
	2 a 3 irmãos	218 (45,4)
	4 a 5 irmãos	49 (10,2)
	6 ou mais	14 (2,9)
Responsável masculino	Pai	240 (78,3)
	Avô	17 (3,9)
	Padrasto	69 (15,9)
	Outra pessoa	8 (1,8)
Responsável feminino	Mãe	443 (92,7)
	Avó	26 (5,4)
	Madrasta	5 (1)
	Outra pessoa	4 (0,8)
Supervisão em casa	Mãe	331 (69,1)
	Avós	56 (11,7)
	Irmão/Irmã	26 (5,4)
	Pai	22 (4,6)
	Outras pessoas	33 (6,9)
Presença de um adulto no domicílio	Sempre	439 (91,5)
	Muitas vezes	26 (5,4)
	Poucas vezes	11 (2,3)
	Nunca	4 (0,8)
Sentimento sendo o responsável pela criança	Insatisfeito	4 (0,9)
	Mais ou menos satisfeito	44 (9,7)
	Muito satisfeito	405 (89,4)
Apoio social	Não	77 (16,8)
	Sim	380 (83,2)
Uso de drogas na gestação	Não	328 (70,6)
	Álcool	29 (6,3)
	Álcool e cigarro	37 (8,0)
	Cigarro	58 (12,5)
	Outras drogas	12 (2,6)

Cerca de metade dos estudantes viviam com pai e mãe, mas no caso de viver com apenas um deles, o mais comum era com a mãe (39,2%). O responsável masculino mais comum era o pai em 78,3%, enquanto no caso da mãe essa proporção alcançou 92,7%. Oitenta e nove por cento dos responsáveis pelos estudantes relataram estar muito satisfeitos com essa atribuição (tabela 2). Dois-terços da supervisão em casa era feita pela mãe, seguida pelos avós em aproximadamente 12%, enquanto a supervisão pelo pai ficou com a menor proporção (4,6%).

Em 91,5% da amostra havia sempre um adulto no domicílio. Cigarro foi a droga mais usada pela mãe na gestação.

A tabela 3 traz informações sobre o contexto de gestação da coorte do estudo. A maior parte das gestantes teve 6 ou mais consultas de pré-natal e cerca de 62% amamentou por 6 meses ou mais. Somente 1/3 das gestações foram planejadas e cerca de ¼ sentiu-se triste durante a gravidez. No entanto, houve uma importante parcela de não resposta nessa última variável.

Tabela 3: Contextos da Gestação na Amostra

Categoria		N (%)
		480 (100)
Consultas de pré-natal	Nenhuma	17 (3,9)
	1 a 2 consultas	7 (1,6)
	3 a 5 consultas	39 (9)
	6 ou mais consultas	371 (85,5)
Amamentação	Não amamentou	33 (7,5)
	Por 1 a 3 meses	105 (23,9)
	Por 4 a 5 meses	31 (7,1)
	Por 6 meses ou mais	270 (61,5)
Gravidez planejada	Não	321 (68,9)
	Sim	145 (31,1)
Sentimento durante a gravidez	Alegre	169 (42,4)
	Normal	121 (30,3)
	Triste	109 (27,3)
Período da gestação	Tranquilo	277 (60)
	Desentendimentos ou brigas	185 (40)

A experiência pelas crianças de adversidades e violência experimentada até a idade em que entraram no estudo consta da tabela 4. Um quarto da amostra referiu muitos eventos de vida e violência psicológica frequente. Cinquenta e oito por cento sofreu violência física severa de parte da mãe, enquanto essa proporção caiu pouco mais que a metade no caso do pai. Violência sexual foi relatada por 1,5% dos participantes.

Tabela 4: Adversidades e Violência na Amostra

<b>Categoria</b>		<b>N (%)</b>
		480 (100)
Eventos de vida	Poucos	164 (34,2)
	Alguns	193 (40,2)
	Muitos	123 (25,6)
Violência psicológica	Nunca	141 (29,6)
	Às vezes	219 (46,0)
	Sempre	116 (24,4)
Violência Física Severa da Mãe	Não	196 (41,6)
	Sim	275 (58,4)
Violência Física Severa do Pai	Não	324 (75,2)
	Sim	107 (24,8)
Violência sexual	Não	470 (98,5)
	Sim	7 (1,5)

Na tabela 5, observa-se que no grupo em que houve violência física severa por parte da mãe (em comparação com aquele em que não houve) havia maior proporção de estudantes com cor da pele negra (15,3% x 7,7%). Isso também foi observado havendo maior proporção de mães mais jovens. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. No caso da violência por parte do pai, apenas a variável sexo mostrou significância estatística limítrofe ( $p=0,07$ ) com maior proporção de meninos no grupo que sofreu violência.

No grupo em que houve violência física severa perpetrada pela mãe e/ou pelo pai, havia uma proporção maior de estudantes que viviam só com a mãe e com ambos, respectivamente (tabela 6). No grupo vítima de violência severa da parte da mãe, em comparação com aquele sem violência, era mais comum que a mãe se sentisse responsável pela supervisão da casa (75,5% x 60,7%), que não houvesse sentimento de satisfação plena pela responsabilidade pela criança (14,0% x 6,4%). O sentimento de tristeza durante a gravidez também foi mais comum no grupo de mães que perpetraram violência física severa contra a criança (31,7% x 20,3%) (tabela 7).

Tabela 5: Características Sociodemográficas estratificadas por Violência Severa da Mãe e Violência Severa do Pai contra a Criança

Categoria	Violência Severa da Mãe Contra a Criança (n=471)			Violência Severa do Pai Contra a Criança (n=431)			
	Não n (%)	Sim n (%)	p	Não n (%)	Sim n (%)	p	
N	196 (41,6)	275 (58,4)		324 (75,2)	107 (24,8)		
Idade	7,89 (0,91)	7,82 (0,95)	0,42	7,87 (0,94)	7,71 (0,93)	0,13	
Sexo	Feminino	106 (54,1)	0,27	159 (49,1)	41 (38,3)	0,07	
	Masculino	90 (45,9)		165 (50,9)	66 (61,7)		
Cor da pele	Branca	63 (32,3)	0,02	114 (35,6)	35 (33,3)	0,89	
	Negra	15 (7,7)		41 (12,8)	13 (12,4)		
	Parda	117 (60)		134 (50)	165 (51,6)		57 (54,3)
Classe social	A+B+C	103 (53,1)	0,18	163 (50,6)	57 (53,8)	0,65	
	D+E	91 (46,9)		159 (49,4)	49 (46,2)		
Idade da mãe	Até 29 anos	68 (35,1)	<0,05	118 (36,6)	43 (41)	0,40	
	30 a 39 anos	82 (42,3)		154 (47,8)	48 (45,7)		
	40 a 49 anos	31 (16,0)		17 (6,2)	36 (11,2)		7 (6,7)
	50 anos ou mais	13 (6,7)		9 (3,3)	14 (4,3)		7 (6,7)
Escolaridade da mãe	não sabe ler/escrever	8 (4,2)	0,75	13 (4,1)	7 (6,7)	0,73	
	1º grau completo/incompleto	144 (75)		233 (73,3)	73 (69,5)		
	2º grau Completo/incompleto	39 (20,3)		61 (22,6)	69 (21,7)		24 (22,9)
	Superior completo/incompleto	1 (0,5)		3 (1,1)	3 (0,9)		1 (1,0)
Idade do pai	Até 29 anos	40 (22,6)	0,06	61 (19,7)	24 (22,9)	0,62	
	30 a 39 anos	70 (39,5)		142 (45,8)	52 (49,5)		
	40 a 49 anos	52 (29,4)		53 (21,4)	83 (26,8)		22 (21)
	50 anos ou mais	15 (8,5)		17 (6,9)	24 (7,7)		7 (6,7)
Escolaridade do pai	Não sabe ler/escrever	8 (4,8)	0,82	16 (5,4)	6 (5,9)	0,88	
	1º grau Completo/incompleto	119 (70,8)		200 (68)	72 (71,3)		
	2º grau Completo/incompleto	39 (23,2)		61 (25,7)	73 (24,8)		22 (21,8)
	Superior completo/incompleto	2 (1,2)		4 (1,7)	5 (1,7)		1(1)

Tabela 6: Características da Família estratificadas por Violência Severa da Mãe e Violência Severa do Pai contra a Criança

Categoria		Violência Severa da Mãe Contra a Criança (n=471)			Violência Severa do Pai Contra a Criança (n=431)		
		Não n (%)	Sim n (%)	p	Não n (%)	Sim n (%)	p
Estrutura Familiar	Vive apenas com a mãe	66 (33,7)	117 (42,5)	< 0,05	122 (37,7)	25 (23,4)	<0,05
	Vive apenas com o pai	12 (6,1)	2 (0,7)		10 (3,1)	6 (5,6)	
	Vive com ambos	108 (55,1)	146 (53,1)		177 (54,6)	74 (69,2)	
	Vive com nenhum	10 (5,1)	10 (3,6)		15 (4,6)	2 (1,9)	
Vive com irmãos	1 ou nenhum	83 (42,3)	114 (41,5)	0,77	140 (43,2)	37 (34,6)	0,47
	2 a 3 irmãos	85 (43,4)	128 (46,5)		146 (45,1)	56 (52,3)	
	4 a 5 irmãos	23 (11,7)	25 (9,1)		29 (9)	11 (10,3)	
	6 ou mais	5 (2,6)	8 (2,9)		9 (2,8)	3 (2,8)	
Responsável masculino	Pai	146 (81,6)	189 (75,6)	0,1	235 (75,3)	89 (85,6)	0,16
	Avô	9 (5)	8 (3,2)		13 (4,2)	3 (2,9)	
	Padrasto	23 (12,8)	46 (18,4)		58 (18,6)	10 (9,6)	
	Outra pessoa	1 (0,6)	7 (2,8)		6 (1,9)	2 (1,9)	
Responsável feminino	Mãe	176 (89,8)	260 (94,5)	0,12	299 (92,6)	98 (92,5)	0,58
	Avó	13 (6,6)	13 (4,7)		17 (5,3)	6 (5,7)	
	Madrasta	4 (2)	1 (0,4)		3 (0,9)	2 (1,9)	
	Outra pessoa	3 (1,5)	1 (0,4)		4 (1,2)	0	
Presença de um adulto no domicílio	Sempre	184 (93,9)	247 (89,8)	0,44	296 (91,4)	97 (90,7)	0,77
	Muitas vezes	7 (3,6)	18 (6,5)		18 (5,6)	8 (7,5)	
	Poucas vezes	4 (2)	7 (2,5)		7 (2,2)	1 (0,9)	
	Nunca	1 (0,5)	3 (1,1)		3 (0,9)	1 (0,9)	
Supervisão em casa	Mãe	119 (60,7)	207 (75,5)	<0,001	223 (69)	81 (75,7)	0,28
	Avós	32 (16,3)	22 (8)		39 (12,1)	10 (9,3)	
	Irmão/Irmã	12 (6,1)	13 (4,7)		14 (4,3)	8 (7,5)	
	Pai	12 (6,1)	9 (3,3)		19 (5,9)	3 (2,8)	
	Outras pessoas	20 (10,2)	13 (4,7)		22 (6,8)	3 (2,8)	
Apoio social	Não	24 (12,7)	52 (20)	0,06	48 (15,5)	21 (20)	0,36
	Sim	165 (87,3)	208 (80)		261 (84,5)	84 (80)	
Uso de drogas	Álcool	10 (20,8)	18 (21,4)	0,77	20 (23)	7 (21,9)	0,16
	Álcool e cigarro	12 (25)	23 (27,4)		22 (25,3)	10 (31,2)	
	Cigarro	23 (47,9)	34 (40,5)		39 (44,8)	9 (28,1)	
	Outras drogas	3 (6,2)	9 (10,7)		6 (6,9)	6 (18,8)	
Sentimento sendo responsável pela criança	Insatisfeita	0	4 (1,6)	0,02	3 (1,0)	0	0,59
	Mais ou menos satisfeita	12 (6,4)	32 (12,4)		26 (8,4)	8 (7,8)	
	Muito satisfeita	176 (93,6)	221 (86)		279 (90,6)	95 (92,2)	

Tabela 7: Contextos da Gestação estratificados por Violência Severa da Mãe e Violência Severa do Pai contra a Criança

Categoria		Violência Severa da Mãe Contra a Criança (n=471)			Violência Severa do Pai Contra a Criança (n=431)		
		Não n (%)	Sim n (%)	p	Não n (%)	Sim n (%)	p
Gravidez planejada	Não	122 (65,2)	193 (71,5)	0,19	211 (66,6)	75 (73,5)	0,23
	Sim	65 (34,8)	77 (28,5)		106 (33,4)	27 (26,5)	
Sentimento durante a gravidez	Alegre	68 (44,4)	100 (41,7)	0,03	119 (44,4)	36 (38,7)	0,62
	Normal	54 (35,3)	64 (26,7)		79 (29,5)	31 (33,3)	
	Triste	31 (20,3)	76 (31,6)		70 (26,1)	26 (28)	
Período da gestação	Tranquilo	123 (65,1)	148 (56,1)	0,07	198 (62,9)	52 (51)	0,04
	Desentendimentos ou brigas	66 (34,9)	116 (43,9)		117 (37,1)	50 (49)	
Consultas de pré-natal	Nenhuma	7 (4,1)	10 (3,9)	0,81	12 (4,1)	3 (3,1)	0,42
	1 a 2 consultas	4 (2,4)	3 (1,2)		7 (2,4)	0	
	3 a 5 consultas	15 (8,9)	24 (9,3)		28 (9,6)	8 (8,2)	
	6 ou mais consultas	143 (84,6)	222 (85,7)		246 (84)	86 (88,7)	
Amamentação	Não amamentou	20 (11,1)	13 (5,2)	0,14	23 (7,7)	6 (5,9)	0,34
	Por 1 a 3 meses	44 (24,4)	61 (24,3)		77 (25,8)	19 (18,8)	
	Por 4 a 5 meses	11 (6,1)	19 (7,6)		22 (7,4)	6 (5,9)	
	Por 6 meses ou mais	105 (58,3)	158 (62,9)		176 (59,1)	70 (69,3)	

Na tabela 8, observamos que, tanto no grupo de pais quanto de mães em que houve violência física severa contra a criança, houve mais eventos de vida experimentados pelo estudante (30,2 x 19,4% e 33,6 x 22,5%, respectivamente). No caso do grupo de mães que cometeram violência física severa houve maior proporção de estudantes que sofreram violência psicológica (28,2% x 18,6%).

Tabela 8: Adversidades e Violências estratificadas por Violência Severa da Mãe e Violência Severa do Pai contra a Criança

Categoria		Violência Severa da Mãe Contra a Criança (n=471)			Violência Severa do Pai Contra a Criança (n=431)		
		Não n (%)	Sim n (%)	p	Não n (%)	Sim n (%)	p
Eventos de vida	Poucos	84 (42,9)	79 (28,7)	<0,005	127 (39,2)	24 (22,4)	<0,005
	Alguns	74 (37,8)	113 (41,1)		124 (38,3)	47 (44)	
	Muitos	38 (19,4)	83 (30,2)		73 (22,5)	36 (33,6)	
Violência psicológica	Nunca	69 (35,6)	69 (25,3)	0,02	100 (31,2)	25 (23,4)	0,19
	As vezes	89 (45,9)	127 (46,5)		148 (46,1)	50 (46,7)	
	Sempre	36 (18,6)	77 (28,2)		73 (22,7)	32 (29,9)	
Violência sexual	Não	192 (99)	270 (98,5)	1	318 (98,8)	105 (98,1)	1
	Sim	2 (1)	4 (1,5)		4 (1,2)	2 (1,9)	

Passando para a ocorrência de ansiedade e depressão, a tabela 9 mostra que a incidência acumulada desses quadros aumenta continuamente com a idade. Quando os dados são analisados através dos RRs não ajustados, comparando-se o risco acumulado de ansiedade e depressão na coorte que sofreu violência materna severa em comparação com aquela que não sofreu, os riscos são sempre maiores para o primeiro grupo, independente da faixa etária (tabela 10). Cabe ressaltar que no caso do grupo etário de até 7 anos, o p-valor alcançou um valor de significância limítrofe. Observa-se ainda uma queda consistente na magnitude dos RR quando se avança nas faixas etárias. O ajuste pelo conjunto de variáveis potencialmente confundidoras segundo os GADs apresentados na seção de métodos reduziu as magnitudes desses RR em 10 a 15%, mas sem mudanças qualitativas dos achados (tabela 11).

Tabela 9 - Incidências Acumuladas de Ansiedade/Depressão (%), por anos de vida

<b>Incidência Acumulada*</b>		<b>IC 95%</b>
Até 7 anos	9,5 %	6,5 – 13,6 %
Até 8 anos	12,8 %	9,8 – 16,6 %
Até 9 anos	14,2 %	11,2 – 17,8 %
Até 10 anos	16,5 %	13,4 – 20,1 %

Tabela 10 – Risco Relativo (RR) não ajustado de Ansiedade/Depressão por Violência Severa da Mãe (VSM) contra criança em comparação a crianças que não sofreram VSM

<b>Incidência Acumulada</b>	<b>Risco Relativo (RR) não ajustado</b>	<b>p-valor</b>	<b>IC 95%</b>
Até 7 anos	3,0	0,075	0,89 – 10,17
Até 8 anos	2,7	0,002	1,48 – 4,94
Até 9 anos	2,02	0,006	1,25 – 3,25
Até 10 anos	2,01	0,005	1,26 – 3,21

Tabela 11 – Risco Relativo (RR) ajustado de Ansiedade/Depressão por Violência Severa da Mãe (VSM) contra criança em comparação a crianças que não sofreram VSM

<b>Incidência Acumulada</b>	<b>Risco Relativo (RR) Ajustado</b>	<b>p-valor</b>	<b>IC 95%</b>
Até 7 anos	2,31	0,27	0,51 – 10,52
Até 8 anos	2,41	0,02	1,17 – 4,93
Até 9 anos	1,68	0,06	0,98 – 2,87
Até 10 anos	1,87	0,02	1,11 – 3,14

\*ajuste por sexo da criança, idade da mãe, gravidez planejada, E.V. na família, E.V. na comunidade e funcionamento geral da família

As tabelas 12 e 13 apresentam os RR brutos e ajustados para ansiedade e depressão levando em conta a existência de violência física severa por parte do pai. Não houve achados que alcançassem significância estatística, sendo o menor p-valor de 0,39.

Tabela 12 – Risco Relativo (RR) não ajustado de Ansiedade/Depressão por Violência Severa do Pai (VSP) contra criança em comparação a crianças que não sofreram VSP

<b>Incidência Acumulada</b>	<b>Risco Relativo (RR) não ajustado</b>	<b>p-valor</b>	<b>IC 95%</b>
Até 7 anos	1,5	0,39	0,57 – 3,97
Até 8 anos	1,19	0,53	0,67 – 2,11
Até 9 anos	1,26	0,30	0,80 – 2,0
Até 10 anos	1,16	0,49	0,75 – 1,79

Tabela 13 – Risco Relativo (RR) ajustado de Ansiedade/Depressão por Violência Severa do Pai (VSP) contra criança em comparação a crianças que não sofreram VSP

<b>Incidência Acumulada</b>	<b>Risco Relativo (RR) Ajustado</b>	<b>p-valor</b>	<b>IC 95%</b>
Até 7 anos	0,97	0,95	0,32 – 2,96
Até 8 anos	0,85	0,60	0,44 – 1,62
Até 9 anos	1,0	0,99	0,58 – 1,70
Até 10 anos	1,03	0,91	0,61 – 1,73

\*ajuste por sexo da criança, idade do pai, gravidez planejada, E.V. na família, E.V. na comunidade e funcionamento geral da família

## 6 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 6.1 DISCUSSÃO

Alguns resultados merecem destaque. Em primeiro lugar destaca-se a estrutura familiar com maioria das crianças vivendo ao menos com a mãe, e quando mãe ou pai está ausente, na maior parte das vezes é o pai quem se ausenta. A porcentagem de crianças que não vivem nem com o pai ou a mãe ainda foi maior do que aquelas que vivem apenas com o pai. O padrão de ausência dos pais é mostrado também pelo fato de a supervisão em casa pelo pai ter encontrado a menor proporção de todas, ficando atrás inclusive da supervisão por “outras pessoas” (WAIZENHOFER; BUCHANAN; JACKSON-NEWSOM, 2004).

Outro aspecto significativo é que as adversidades ocorrem muito precocemente na vida das crianças. Uma fração importante das gestações não foram planejadas, tendo transcorrido com sentimento de tristeza e ocorrência de brigas. Após o nascimento o cenário também é desfavorável aos participantes desse estudo. Além de eventos adversos e violência psicológica, mais da metade dessas crianças e adolescentes foram vítimas de violência severa por parte das mães. A proporção de vítimas de violência severa por parte do pai foi bem menor do que a praticada pela mãe; mães ou pais que praticam violência física contra seus filhos provavelmente também cometem violência psicológica pois, geralmente, os diferentes tipos de violências não se manifestam de forma isolada. Constata-se que parcela pequena de crianças de 6 a 10 anos sofreu violência sexual por familiar ou conhecido da família, com frequência menor do que as demais formas, como apontado na literatura. É uma forma inaceitável de violência, que ainda conta com a invisibilidade do fenômeno, dificultando seu reconhecimento. (GELLES; CORNELL, 1997).

Sinaliza-se também que meninos sofreram mais violência física do que as meninas tanto por parte da mãe quanto do pai. Tal fato é corroborado em outros estudos onde meninos são mais propícios à violência física, especialmente por parte do pai (GELLES, CORNELL, 1997).

Quando comparamos o grupo que sofreu violência perpetrada pela mãe com o que não sofreu observamos diferenças importantes em características relacionadas com à gravidez e características sociodemográficas. Entre aquelas que perpetraram violência houve uma proporção maior de referência à tristeza durante a gestação, além de brigas, ainda que no caso desta última a significância estatística tenha sido limítrofe. Estes dados reforçam a fragilidade da criança desde a gestação e ao longo do desenvolvimento com potencial de causar repercussões futuras sobre a saúde mental (SERPELONI, 2016). No que tange às características sociodemográficas, houve maior proporção de mães mais jovens, de pele de cor preta, que não coabitam com o pai e são menos satisfeitas com o papel de responsável pela

criança/adolescente, indicando a relevância de aspectos culturais e sociais (PEREIRA; GASPA, 2021).

É importante também assinalar uma possível “carga dupla” de violência quando se observa que no grupo de crianças cujas mães praticaram violência severa há uma proporção maior de vítimas de eventos adversos de vida. Esses dados apontam para o efeito cumulativo de adversidades na vida - violência intrafamiliar e adversidades extrafamiliares – sobre o desenvolvimento de ansiedade/depressão ao longo da vida (COHEN; MINAS, 2008). A frequência de violência psicológica também é diferente entre os grupos que sofrem versus não sofrem VFS praticada pela mãe: violência psicológica “sempre” é maior no grupo que sofreu VFS da mãe. A violência psicológica é um fator relevante para o desenvolvimento de transtornos emocionais nas crianças (ABRANCHES, 2012).

Constatou-se que o risco de desenvolver ansiedade/depressão aumenta conforme a faixa etária aumenta, o que pode ser uma expressão do acúmulo de adversidades e da violência doméstica. Quando avaliamos o aumento relativo no risco de desenvolver transtornos de ansiedade/depressão entre aquela(s) que sofreram violência severa por parte da mãe, há um risco aumentado nesse grupo que se mantém mesmo quando variáveis identificadas como confundidoras potenciais são controladas. Nota-se ainda que esse risco relativo parece aumentar conforme se avança nas faixas etárias, e conseqüentemente no tempo de exposição, até se estabilizar em torno dos 10 anos. É possível que a medida que a criança avança em sua idade exista uma redução da exposição à violência severa por parte da mãe, reduzindo assim o seu impacto ou papel relativo entre os fatores de risco para a ocorrência de transtornos de ansiedade/depressão (STERNBERG, 2006).

No caso da violência física severa perpetrada pelo pai, não houve riscos relativos que alcançassem significância estatística. Deve-se levar em conta que o número de crianças vivendo com a mãe é superior ao daquelas que compartilham o domicílio com o pai e que o tempo que o pai despense no cuidado e supervisão da criança tende a ser menor na realidade brasileira (STERNBERG, 2006). Isso pode ter comprometido o poder estatístico para identificar o efeito dessa violência sobre a saúde mental dos participantes.

## 6.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Na primeira onda do estudo, decidimos considerar os casos prevalentes de ansiedade/depressão nas crianças como casos incidentes, no entanto, ainda que tenhamos justificativa teórica pertinente para fazê-lo, reconhecemos que este método para detecção de casos incidentes não é o ideal.

Houve perdas de estudantes ao longo das ondas do estudo longitudinal, o que prejudica os objetivos do estudo.

A saúde mental dos alunos é avaliada, através do CBCL, por um período de apenas 6 meses anteriores ao momento da entrevista, podendo ocasionar perdas de casos incidentes já que alguma criança poderia adoecer e se curar posteriormente à última onda de entrevistas e anteriormente aos 6 meses prévios às entrevistas da próxima onda. No entanto, esta limitação pode ter pequeno impacto, pois casos de ansiedade/depressão não tendem a ser muitos agudos e de rápida resolução, mas sim de progressão gradativa.

Nosso estudo contou com uma amostra pequena, dessa maneira não podemos descartar o efeito negativo da violência paterna sobre a saúde mental das crianças, pois se a magnitude dele for menor que a da mãe (observamos já que a frequência de violência física severa do pai contra a criança foi menor que a violência materna), talvez nossa amostra não tenha tido tamanho adequado a ponto de atingir poder estatístico suficiente para estimar o efeito real.

Como os respondentes desse estudo são as mães/pais/responsáveis, são eles que relatam a violência doméstica, tema sensível. Sendo assim, não podemos descartar que crianças expostas à violência tenham sido classificadas como não expostas.

### 6.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Breves considerações finais são feitas em relação ao papel das famílias no cuidado das crianças durante o seu desenvolvimento. As famílias são e reproduzem formas de relações sociais e de reprodução tanto biológica quanto ideológica de hábitos, costumes, valores e padrões de comportamentos. É um grupo composto por indivíduos de diferentes sexos e gerações que permitem o descobrimento do amor e do ódio e onde podem esperar receber simpatia, tolerância ou exasperação (GARBAR & THEODORE, 2000). É o agrupamento mais próximo da formação da personalidade (WINNICOTT, 1999). Neste sentido, políticas públicas voltadas para a família e a criança deveriam ser estimuladas, propiciando apoio socioeconômico, educativo e de saúde visando a redução da violência na infância e reduzindo as repercussões sobre a saúde mental, em especial os problemas de ansiedade e depressão que surgem na infância e podem persistir na vida adulta.

## REFERÊNCIAS

- ABELHA, L. Estresse pós-traumático e depressão. In: EISENSTEIN, E. **Abusos e Proteção de Crianças e Adolescentes**. [S.l.]: Centro de Estudos Integrados Infância Adolescência e Saúde/International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. 2002.
- ABRANCHES, C.D. **A (in)visibilidade da violência psicológica familiar e a saúde mental de crianças e adolescentes usuários de hospital público pediátrico terciário**. 2012. Tese (Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueira
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J.Q.; PESCE, R.P.; OLIVEIRA, R.V.C.; FURTADO, L. X. **A violência familiar produzindo reversos**. Problemas de comportamento em crianças escolares. Claves/CNPq, 2007. (Relatório de pesquisa)
- ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. **Manual for the ASEBA School-age forms & profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families. 2001.
- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. PortoAlegre: Artes Médicas. 1991.
- ASSIS, S.G. **Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.
- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; PESCE, R.P.; OLIVEIRA, R.V.C.; FURTADO, L.X. **A violência familiar produzindo reversos**. Problemas de comportamento em crianças escolares. (Relatório de pesquisa). 2007.
- BARBOSA, G. A.; GAIÃO, A. A. **Apontamentos em Psicopatologia infantil**. JoãoPessoa: Idéia. 2001.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed. 1996.
- BORDIN, I.A.S.; MARI, J.J.; CAEIRO, M.F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. **Revista ABP-APAL** 17(2): 55-66. 1995.
- BOTT, S.; GUEDES, A.; GOODWIN, M.; MENDOZA, J. A. **Violence against women in Latin American and the Caribbean**. 2012.
- BUFFARINI, R.; COLL, C. V. N.; MOFFITT, T.; FREITAS DA SILVEIRA, M.; BARROS, F.; MURRAY, J. Intimate partner violence against women and child maltreatment in a Brazilian birth cohort study: co-occurrence and shared risk factors. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 4, p. e004306, abr. 2021. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004306>.
- BRASIL, H.H.A. **Depressão na Infância: em busca de uma definição clínica**. Dissertação (Mestrado) Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1996.

BRUNTON, P. J., & RUSSELL, J. A. Prenatal Social Stress in the Rat Programmes Neuroendocrine and Behavioural Responses to Stress in the Adult Offspring: Sex-Specific Effects. **Journal of Neuroendocrinology**, 22(4), 258-271. 2010.

CAPALDI, D. M.; KNOBLE, N. B.; SHORTT, J. W.; KIM, H. K. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, v. 3, n. 2, p.231–280, 2012. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>.

COHEN, A; MINAS, H. **Mental Health Etiology**: Social Determinants. *International Encyclopedia of Public Health*, 350-353, 2008.

CUMMINGS, C.M.; CAPORINO, N.E.; KENDALL, P.C. Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents: 20 Years After. **Psychol Bull.** 2014 May ; 140(3): 816–845. doi:10.1037/a0034733.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 28, n. 3, p. 574–585, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300011>.

DA SILVA FRANZIN, L. C.; OLANDOVSKI, M.; VETTORAZZI, M. L. T.; WERNECK, R. I.; MOYSÉS, S. J.; KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse & Neglect**, v. 38, n. 10, p. 1706–1714, out. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.003>.

DUPREY, E.B., HANDLEY, E.D., RUSSOTTI, J. *et al.* A Longitudinal Examination of Child Maltreatment Dimensions, Emotion Regulation, and Comorbid Psychopathology. **Res Child Adolesc Psychopathol.** 2022. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00913-5>

ELMORE, A.L.; CROUCH, E. The Association of Adverse Childhood Experiences with Anxiety and Depression for Children and Youth, 8 to 17 Years of Age. **Acad Pediatr.** 2020. July ; 20(5): 600–608.

ERSKINE, H.E.; BAXTER, A.J.; PATTON, G. *et al.* **The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents.** *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 2017.

FATORI, D.; BRENTANI, A.; GRISI, S.J.F.E. *et al.* Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2018.

FELITTI, V. J.; ANDA, R. F.; NORDENBERG, D.; WILLIAMSON, D. F.; SPITZ, A. M.; EDWARDS, V.; KOSS, M. P.; MARKS, J. S. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 14, n. 4, p. 245–258, maio 1998. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).

FERREIRA, M.C.T.; MARTURANO, E.M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicol. Reflex. Crit.**, 15(1): 35-44. 2002.

FINKELHOR, D.; TURNER, H. A.; SHATTUCK, A.; HAMBY, S. L. Prevalence

of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence. **JAMA Pediatrics**, v. 169, n. 8, p. 746,1 ago. 2015. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>.

FRY, D. A.; ELLIOTT, S. P. Understanding the linkages between violence against women and violence against children. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 5, p. e472–e473, maio 2017. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30153-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30153-5).

GARBAR, C.; THEODORE, F. **Família Mosaico**. São Paulo: Augustus. 2000.

GEBARA, C. F. de P.; FERRI, C. P.; BHONA, F. M. de C.; VIEIRA, M. de T. **Psychosocial factors associated with mother–child violence: a household survey**. 2017.

GELLES, R.; CORNELL, C.P. **Intimate violence in families**. Sage Publications, 1997.  
 GERSHOFF, E. Should Parents' Physical Punishment of Children Be Considered a Source of Toxic Stress That Affects Brain Development? Department of Human Development and Family Sciences, University of Texas. 2016.

GHANDOUR, R.M.; SHERMAN, L.J.; VLADUTIU, C.J. et al. **Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children**. *JAMA Pediatrics*. 2019.

GREENLAND, S.; PEARL, J.; ROBINS, J.M. Causal diagrams for epidemiologic research. **Epidemiology**, 10, 37–48. 1999.

GRUHN, M., MILLER, A.B., MACHLIN, L. *et al.* Child Anxiety and Depression Symptom Trajectories and Predictors over 15 Months of the Coronavirus Pandemic. **Res Child Adolesc Psychopathol**. 2022.

HALPERN R, FIGUEIRAS ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. **J Pediatr**, 2004;80(2 suppl): 104-10.

HALSE, M.; STEINSBEKK, S.; HAMMAR, A. et al. Parental predictors of children's executive functioning from ages 6 to 10. **British Journal of Developmental Psychology**. 2019.

HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violênciano casal: equivalência semântica e de mensuração. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(4): 1083-1093. 2003.

HARRINGTON, R. Transtornos Depressivos em Crianças e Adolescentes: uma revisão. In: MAJ, M; SARTORIUS, N. **Transtornos Depressivos**. Porto Alegre: Artmed. p.191-248. 2005.

HILLIS, S. D.; MERCY, J. A.; SAUL, J. R. The enduring impact of violence against children. *Psychology*, **Health & Medicine**, v. 22, n. 4, p. 393–405, 21 abr. 2017.

KHASHAN, A. S., MCNAMEE, R., HENRIKSEN, T. B., PEDERSEN, M. G., KENNY, L. C., ABEL, K. M., & MORTENSEN, P. B. Risk of affective disorders following prenatal exposure to severe life events: A Danish population-based cohort study. **Journal of**

**Psychiatric Research**, 45(7), 879-885. 2011.

LAWRENCE, T.I., MCFIELD, A.A., BYRNE, M.M. *et al.* Depression and Substance Use as Consequences of Exposure to Family Violence: A Moderation Mediation and Self-Medication Hypothesis Study. **Journ Child Adol Trauma**. 2022.

LETOURNEAU, N.; DEWEY, D.; KAPLAN, B.J. *et al.* Intergenerational transmission of adverse childhood experiences via maternal depression and anxiety and moderation by child sex. **Journal of Developmental Origins of Health and Disease**. 2018.

LOPES, C.S.; ABREU, G.A.; SANTOS, D.F. *et al.* ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. 2016.

LOURENÇO, L. M.; NOTO, A. R. Psychosocial factors associated with mother– child violence: a household survey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 1, p. 77–86, jan. 2017. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1298-0>.

LOZANO, R.; NAGHAVI, M.; FOREMAN, K.; LIM, S.; SHIBUYA, K.; ABOYANS, V.; ABRAHAM, J.; ADAIR, T.; AGGARWAL, R.; AHN, S. Y.; ALMAZROA, M. A.; ALVARADO, M.; ANDERSON, H. R.; ANDERSON, L. M.; ANDREWS, K. G.; ATKINSON, C.; BADDOUR, L. M.; BARKER-COLLO, S.; BARTELS, D. H.; ... MURRAY, C. J. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2012. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2095–2128

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. M. A. da; CARVALHO, M. G. O. de; BARUFALDI, L. A.; AVANCI, J. Q.; BERNAL, R. T. I. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3729–3744, dez. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.17532016>.

MILLER, J.A. **O livro de referência para a depressão infantil**. São Paulo: M. Books.2003.

MORÉ, C. L. O. O.; KRENKEL, S. **Violência no contexto familiar**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.

OLSON, S. L.; BATES, J. E.; SANDY, J. M. Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 28, 119-133. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Inspire Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças**. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde Mental: nova Conceção, nova esperança**. Geneva: WHO; 2001.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Preventing and Responding to Violence Against Children in the Americas. Regional Status Report. 2020.

PAULA, C.S.; COUTINHO, E.S.; MARI, J.J. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2015.

PEREIRA, M.U.L; GASPA, R.S. Socioeconomic Factors Associated With Reports of Domestic Violence in Large Brazilian Cities. **Frontiers in Public Health**, v.9, article 62185, 2021.

PITZNER, J.K.; DRUMMOND, P.D. The Reliability and Validity of Empirically Scaled Measures of psychological/Verbal control and Physical/Sexual Abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. **Journal of Psychosomatic Research**, 2: 125-142. 1997.

PLATT, V. B.; BACK, I. de C.; HAUSCHILD, D. B.; GUEDERT, J. M. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.4, p.1019–1031, abr.2018.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>.

RACINE, N.; MCARTHUR, B.A.; COOKE, J.E. *et al.* **Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19** A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2021.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 109–121, 1999.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100009>.

SENA, C. A. de; SILVA, M. A. da; FALBO NETO, G. H. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1591–1599, maio 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016>.

SERPELONI, F. **Interpersonal violence and epigenetic modifications**: the impact of prenatal and lifetime stress across three generations. Thesis in Psychology. Konstanz University, German, 2016.

SILVA, J.M.M.; LIMA, M.C.; LUDERMIR, A.B.. Intimate partner violence and maternal educational practice. **Rev Saude Publica**. 2017.

SILVARES, E.F.M. Invertendo o caminho tradicional do atendimento psicológico numa clínica-escola brasileira. **Estudos de Psicologia**, 5(1):149-180. 2000.

STANTON, B.; DAVIS, B.; LARAQUE-ARENA, D. Global Burden of Violence. **Pediatric Clinics of North America**, v. 68, n. 2, p. 339–349, abr. 2021.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.12.001>.

STRAUS, M.A. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics(CT). **Scales Journal of Marriage and the Family**, 41(1): 75-88. 1979.

STERNBERG, K.J.; LAMB, M.E.; GREENBAUM, C.; CICCHETTI, D.; DAWUD,

S.; CORTES, R.M.; KRISPIN O.; LOREY, F. Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. **Developmental Psychology** 1993; 29;44–52.

STERNBERG, K.J.; LAMB, M.E.; GUTERMAN, E.; ABBOTT, C.B. Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. **Child Abuse Negl** 2006; 30(3): 283-306.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Violência mata mais de 103 mil crianças e adolescentes no Brasil. Agência Brasil, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-04/sbp-violencia-mata-mais-de-103-mil-criancas-e-adolescentes-no-brasil>. Acesso em 20 de agosto de 2021.

THARP, A. T.; DEGUE, S.; VALLE, L. A.; BROOKMEYER, K. A.; MASSETTI, G. M.; MATJASKO, J. L. A Systematic Qualitative Review of Risk and Protective Factors for Sexual Violence Perpetration. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 14, n. 2, p. 133–167, abr. 2013. <https://doi.org/10.1177/1524838012470031>.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360–372, dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>.

TOMODA, A.; SUZUKI, H.; RABI, K. et al. **Reduced prefrontal cortical gray matter volume in young adults exposed to harsh corporal punishment**. NeuroImage. 2009.

TROMBETA, L.H.; GUZZO, R.S.L. **Enfrentando o cotidiano** adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas-SP: Alínea, 2002.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **A Familiar Face**: Violence in the lives of children and adolescents, UNICEF, New York, 2017.

WAIZENHOFER, R.N.; BUCHANAN, C.M.; JACKSON-NEWSOM, J. Mothers' and fathers' knowledge of adolescents' daily activities: its sources and its links with adolescent adjustment. **J Fam Psychol**. 2004;18(2):348-60. doi: 10.1037/0893-3200.18.2.348

WIDOM, C.S.; WILSON, H.W. **Intergenerational Transmission of Violence**. University of New York. 2015.

WINNICOTT, D. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

WOOLLETT, N.; THOMSON, K. **Understanding the intergenerational transmission of violence**. University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa. 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health**: New Understanding, New Hope. Genebra, World Health Organization. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child and Adolescent Mental Health**. 2013.

ZAMBON, M. P.; ÁVILA JACINTHO, A. C. de; MEDEIROS, M. M. de; GUGLIELMINETTI, R.; MARMO, D. B. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p.465–471, jul. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000400018>.

## ANEXO – QUESTIONÁRIO



Ministério da Saúde  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Escola Nacional de Saúde Pública  
 Instituto Fernandes Figueira  
 Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli - CLAVES

## QUESTIONÁRIO PARA MÃES/RESPONSÁVEIS

Digitador:

Revisor:

Nome da Criança:	Data de hoje: _ / _ / _	Data de nascimento da criança: _ / _ / _
Endereço:	Turma:	Telefone:
Pessoa de contato: (nome, endereço, telefone)		
Escola:	Grau de parentesco do respondente:	
Relatório preenchido por :	1.( ) mãe 2.( ) pai 3.( ) avô 4.( ) avô 5.( ) tia 6.( ) irmã	
(1) Renata (2) Joviana (3) Gabriela (4) Lucimar (5) Liana	7.( ) irmão 8.( ) outros _____	
Sexo da Criança: 1.( ) masculino 2.( ) feminino		

*As primeiras perguntas são sobre <a criança> e sua família.*

1. Qual a cor da pele da &lt;criança&gt;?

1.  BRANCA2.  NEGRA3.  PARDA4.  AMARELA/ÍNDIGENA

2. A &lt;criança&gt; participa de algum culto religioso?

1.  SIM . QUAL? \_\_\_\_\_ (ESCREVA POR EXTENSO)2.  NÃO3.  NÃO SABE

3. Quem mora na mesma casa que a &lt;criança&gt;?

3a. Pai (legalmente responsável)	1. <input type="checkbox"/> sim biológico	2. <input type="checkbox"/> sim adotivo	3. <input type="checkbox"/> não
3b. Mãe (legalmente responsável)	1. <input type="checkbox"/> sim, biológico	2. <input type="checkbox"/> sim adotivo	3. <input type="checkbox"/> não
3c. Padrasto	1. <input type="checkbox"/> sim	2. <input type="checkbox"/> não	
3d. Madrasta	1. <input type="checkbox"/> sim	2. <input type="checkbox"/> não	
3e. Avós	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____ . Quem? _____	2. <input type="checkbox"/> não	
3f. Outros parentes	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____ . Quem? _____	2. <input type="checkbox"/> não	
3g. Irmãos	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____ .	2. <input type="checkbox"/> não	
3h. Outras pessoas	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____ . Quem? _____	2. <input type="checkbox"/> não	

4. A &lt;criança&gt; tem irmãos (biológicos e adotivos)? Quantos? \_\_\_\_\_ (sem irmãos anotar 00)

5. Os irmãos da &lt;criança&gt; são:

1.( ) Todos filhos do mesmo pai e da mesma mãe.

2.( ) Filhos de diferentes casamentos do pai ou da mãe.

3.( ) Não tem irmãos

6. A <criança> é:

1. ( ) Filho mais novo. 2. ( )  
 ) Filho do meio. 3. ( )  
 ) Filho mais velho. 4. ( )  
 ) Filho único

7. Quantas crianças e adolescentes moram na mesma casa que <criança>? \_\_\_\_\_ (sem irmãos anotar 00)

8. Quantos de cada item abaixo a casa da <criança> possui? (sem equipamento, anotar 00)

8a. Aspirador de pó	_____ (QUANTIDADE)
8b. Automóvel	_____ (QUANTIDADE)
8c. Banheiro	_____ (QUANTIDADE)
8d. Empregada doméstica mensalista	_____ (QUANTIDADE)
8e. Geladeira sem freezer	_____ (QUANTIDADE)
8f. Geladeira duplex ou freezer	_____ (QUANTIDADE)
8g. Máquina de lavar roupas	_____ (QUANTIDADE)
8h. Rádio	_____ (QUANTIDADE)
8i. Televisão (cores)	_____ (QUANTIDADE)
8j. Vídeo cassete/DVD	_____ (QUANTIDADE)

9. No mês passado quanto ganharam as pessoas que trabalham e que contribuem para o sustento da

<criança>? (caso não especifique colocar 9999)

- a) 1 pessoa \_\_\_\_\_ (grau parentesco) \_\_\_\_\_ reais por mês
- b) 1 pessoa \_\_\_\_\_ (grau parentesco) \_\_\_\_\_ reais por mês
- c) 1 pessoa \_\_\_\_\_ (grau parentesco) \_\_\_\_\_ reais por mês
- d) 1 pessoa \_\_\_\_\_ (grau parentesco) \_\_\_\_\_ reais por mês

Grau de parentesco	
1- Mãe	5 - tia(o)
2- Pai	6 - irmã
3- Avô	7 - irmão
4- Avó	8 - outros

10. As pessoas da família que trabalham e contribuem para o sustento da família têm outra renda? (pensão, aluguel, mesada, bolsa-auxílio, cheque cidadão, benefício do Estado, outros...) (caso não especifique colocar 9999)

1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ Quanto? \_\_\_\_\_ reais/mês
2. ( ) Não
9. ( ) Não sabe/Não se aplica.

11. Quem é o responsável feminino pela <criança>? (pessoa que participa e fica mais tempo com a criança no dia a dia, responsável pelo sustento financeiro, cuidado e carinho)

1.  MÃE
2.  AVÓ
3.  TIA
4.  IRMÃ
5.  MADRASTA
6.  OUTRA PESSOA \_\_\_\_\_
7.  NÃO TEM

12. Qual a idade da mãe/responsável? \_\_\_\_\_ (SE NÃO TIVER RESPONSÁVEL ANOTAR 99)

13. Qual a escolaridade da MÃE/ RESPONSÁVEL pela <criança>:

1.  NÃO SABE LER E ESCREVER
2.  1º GRAU INCOMPLETO
3.  1º GRAU COMPLETO
4.  2º GRAU INCOMPLETO
5.  2º GRAU COMPLETO
6.  SUPERIOR INCOMPLETO
7.  SUPERIOR COMPLETO
8.  NÃO SEI
9.  NÃO TEM

14. A mãe/responsável está trabalhando no momento?

1.  TRABALHANDO
2.  DESEMPREGADA
3.  APOSENTADA
4.  OUTRA SITUAÇÃO \_\_\_\_\_
5.  NÃO TEM
6.  NÃO SABE
- MÃE/RESPONSÁVEL

15. A mãe/responsável é empregado, patrão ou trabalha por conta própria?

1. <input type="checkbox"/> EMPREGADO (COM OU SEM VÍNCULO –RECEBE SALÁRIO)	4. <input type="checkbox"/> CONTA PRÓPRIA (TRABALHO INDIVIDUAL IRREGULAR)	
2. <input type="checkbox"/> EMPREGADOR (COM VÍNCULO) <u>N'EMPREGADOS</u>	5. <input type="checkbox"/> OUTRO _____	
3. <input type="checkbox"/> CONTA PRÓPRIA (TRABALHO INDIVIDUAL REGULAR)	6. <input type="checkbox"/> NÃO TEM	7. <input type="checkbox"/> NÃO SEI

16. Tipo de trabalho (ocupação) que a mãe/responsável faz (ou fez por último)

\_\_\_\_\_ (ANOTAR 999 SE NÃO TIVER  
MÃE/RESPONSÁVEL)

17. Nos últimos 6 meses, de segunda a sexta-feira, quantas horas por dia a mãe/responsável costuma passar com <a criança>? \_\_\_\_\_ (caso não saiba anotar 999)

18. Quem é o responsável masculino pela <criança>? (pessoa que participa e fica mais tempo com a criança no dia a dia, responsável pelo sustento financeiro, com cuidado e carinho)

1. <input type="checkbox"/> PAI	2. <input type="checkbox"/> AVÔ	3. <input type="checkbox"/> TIO
4. <input type="checkbox"/> IRMÃO	5. <input type="checkbox"/> PADRASTO	6. <input type="checkbox"/> OUTRA PESSOA _____
7. <input type="checkbox"/> NÃO TEM		

19. Qual a idade do pai/responsável? \_\_\_\_\_ (SE NÃO TIVER RESPONSÁVEL ANOTAR 99)

20. Qual a escolaridade do PAI/RESPONSÁVEL PELA <criança>?

1. <input type="checkbox"/> NÃO SABE LER E ESCREVER	4. <input type="checkbox"/> 2º GRAU INCOMPLETO	7. <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO
2. <input type="checkbox"/> 1º GRAU INCOMPLETO	5. <input type="checkbox"/> 2º GRAU COMPLETO	8. <input type="checkbox"/> NÃO SEI
3. <input type="checkbox"/> 1º GRAU COMPLETO	6. <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO	9. <input type="checkbox"/> NÃO TEM

21. O pai/responsável está trabalhando no momento?

1. <input type="checkbox"/> TRABALHANDO	2. <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	3. <input type="checkbox"/> APOSENTADO	4. <input type="checkbox"/> OUTRA SITUAÇÃO _____	5. <input type="checkbox"/> NÃO TEM	6. <input type="checkbox"/> NÃO SABE
PAI/RESPONSÁVEL					

22. Tipo de trabalho (ocupação) que o pai/responsável faz (ou fez por último)

\_\_\_\_\_ (ANOTAR 999 SE NÃO TIVER  
PAI/RESPONSÁVEL)

23. O pai/responsável é empregado, patrão ou trabalha por conta própria?

1. <input type="checkbox"/> EMPREGADO (COM OU SEM VÍNCULO –RECEBE SALÁRIO)	4. <input type="checkbox"/> CONTA PRÓPRIA (TRABALHO INDIVIDUAL IRREGULAR)	
2. <input type="checkbox"/> EMPREGADOR (COM VÍNCULO) <u>N'EMPREGADOS</u>	5. <input type="checkbox"/> OUTRO _____	
3. <input type="checkbox"/> CONTA PRÓPRIA (TRABALHO INDIVIDUAL REGULAR)	6. <input type="checkbox"/> NÃO TEM	7. <input type="checkbox"/> NÃO SEI

24. Nos últimos 6 meses, quem cuida <da criança> em casa quando ela não está na escola?

1. <input type="checkbox"/> MÃE	4. <input type="checkbox"/> VIZINHO	7. <input type="checkbox"/> BABÁ/EMPREGADA (PAGA PARA CUIDAR)
2. <input type="checkbox"/> PAI	5. <input type="checkbox"/> AVÓ/AVÔ	8. <input type="checkbox"/> OUTRAS PESSOAS _____
3. <input type="checkbox"/> IRMÃO/IRMÃ	6. <input type="checkbox"/> OUTROS PARENTES	9. <input type="checkbox"/> NÃO TEM SUPERVISÃO
99. <input type="checkbox"/> NÃO SABE		

25. Quando a <criança> volta da escola, com que frequência tem um adulto em casa?

1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	3. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	4. <input type="checkbox"/> NUNCA	9. <input type="checkbox"/> NÃO SEI RESPONDER
------------------------------------	--	--	-----------------------------------	---

**As questões a seguir são sobre o comportamento da <criança>.**

Me diz três palavras que expliquem o jeito de ser da <criança>? (jeito de ser físico, emocional...) (SEM RESPOSTA, COLOQUE 999)

26a. \_\_\_\_\_

26b. \_\_\_\_\_

26c. \_\_\_\_\_

27.

<p>I- Cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, voleibol, patins, skate, bicicleta, pescar, etc.</p> <p>( ) nenhum</p> <p>(a) _____</p> <p>(b) _____</p> <p>(c) _____</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele (a) dedica a cada um destes esportes?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Menos</th> <th>Igual</th> <th>Mais</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Menos	Igual	Mais	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	<p>Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele (a) em cada um destes esportes?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Pior</th> <th>Igual</th> <th>Melhor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Pior	Igual	Melhor	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Não sei	Menos	Igual	Mais																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
Não sei	Pior	Igual	Melhor																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
<p>II- Cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos por seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, desenhar, soltar pipa, pular corda, carrinho, boneca, ler, cantar, vídeo game, etc. (incluir brincadeiras em grupo) (não incluir rádio e TV)</p> <p>( ) Nenhum</p> <p>(a) _____</p> <p>(b) _____</p> <p>(c) _____</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele(a) dedica a cada uma destas atividades?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Menos</th> <th>Igual</th> <th>Mais</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Menos	Igual	Mais	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	<p>Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele(a) em cada uma destas atividades?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Pior</th> <th>Igual</th> <th>Melhor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Pior	Igual	Melhor	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Não sei	Menos	Igual	Mais																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
Não sei	Pior	Igual	Melhor																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
<p>III- Cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu filho(a) pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupo de igreja, teatro, música, etc...</p> <p>( ) nenhum</p> <p>(a) _____</p> <p>(b) _____</p> <p>(c) _____</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele(a) em cada um desses grupos?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Menos</th> <th>Igual</th> <th>Mais</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Menos	Igual	Mais	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																	
Não sei	Menos	Igual	Mais																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
<p>IV- Cite os trabalhos ou tarefas de seu filho(a). Por exemplo: Office boy, ajudante em feira, empacotador em supermercado, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar a louça, etc. (Incluir trabalhos e tarefas pagas e sem pagamento).</p> <p>( ) Nenhum</p> <p>(a) _____</p> <p>(b) _____</p> <p>(c) _____</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele(a) em cada uma destas funções?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Pior</th> <th>Igual</th> <th>Melhor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Pior	Igual	Melhor	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )																	
Não sei	Pior	Igual	Melhor																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															
( )	( )	( )	( )																															

V- 1- Quantos amigos íntimos seu filho(a) tem? (Não incluir irmãos e irmãs).

Nenhum      1      2 ou 3      4 ou mais

( )      ( )      ( )      ( )

Menos que 1      1 ou 2      3 ou mais

0 1 2	3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça).	0 1 2	18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se. 18a já tentou se matar (últimos 6 meses). Descreva: _____
0 1 2	4. Não consegue terminar as coisas que começa.	0 1 2	19. Exige que prestem atenção nele.
0 1 2	5. Há poucas coisas que lhe dão prazer.	0 1 2	20. Destroi as próprias coisas.
0 1 2	6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário (ou fora do perigo)	0 1 2	21. Destroi as coisas de sua família ou de outras pessoas.
0 1 2	7. É convencido (conta vantagem)	0 1 2	22. É desobediente em casa
0 1 2	8. É distraído, não consegue prestar atenção por muito tempo.	0 1 2	23. É desobediente na escola
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (Obsessões) Descreva: _____	0 1 2	24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito).
0 1 2	10. É agitado, não para quieto.	0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes.
0 1 2	11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente.	0 1 2	26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal. Descreva: _____
0 1 2	12. Queixa-se de solidão	0 1 2	27. Fica com ciúmes facilmente
0 1 2	13. Parece estar confuso, atordado.	0 1 2	28. Desrespeita regras. Descreva: _____
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não inclui a escola) Descreva: _____
0 1 2	15. É cruel com os animais	0 1 2	30. Tem medo da escola. Descreva: _____
0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer algo destrutivo (contra si e contra outros).	0 1 2	70. Vê coisas que não existem. Descreva: _____
0 1 2	32. Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certo.	0 1 2	71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele.
0 1 2	33. Acha que ninguém gosta dele	0 1 2	72. Põe fogo nas coisas.
0 1 2	34. Acha que os outros o (a) perseguem	0 1 2	73. Tem problemas sexuais. Descreva: _____
0 1 2	35. Sente-se desvalorizado, inferior.	0 1 2	74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
0 1 2	36. Machuca-se com <del>propósito</del> , tem tendência a sofrer acidentes.	0 1 2	75. É tímido(a).
0 1 2	37. Entra em muitas brigas.	0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças (ou adolescentes)
0 1 2	38. É alvo de gozações <del>banhistas</del> .	0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças (ou adolescentes) durante o dia ou à noite Descreva: _____
0 1 2	39. Anda em más companhias	0 1 2	78. É desatento, distrai-se com facilidade
0 1 2	40. Escuta sons ou vozes que não existem Descreva: _____	0 1 2	79. Tem problemas de fala. Descreva: _____
0 1 2	41. É impulsivo(a), age sem pensar	0 1 2	80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio".
0 1 2	42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros.	0 1 2	81. Rouba em casa.
0 1 2	43. Mente ou <del>engana</del> os outros	0 1 2	82. Rouba fora de casa
0 1 2	44. Rói unhas	0 1 2	83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada. Descreva: _____
0 1 2	45. É nervoso(a) ou tenso(a)	0 1 2	84. Tem comportamento estranho. Descreva: _____
0 1 2	46. Tem "tique nervoso", caçoete. Descreva: _____	0 1 2	85. Tem <del>ideias</del> estranhas. Descreva: _____
0 1 2	47. Tem pesadelos	0 1 2	86. É mal humorado, irrita-se com facilidade.
0 1 2	48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)	0 1 2	87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos.
0 1 2	49. Tem prisão de ventre, intestino preso.	0 1 2	88. Fica emburrado facilmente.
0 1 2	50. É medroso ou ansioso demais	0 1 2	89. É desconfiado(a)
0 1 2	51. Tem torturas	0 1 2	90. Xinga ou fala palavrões
0 1 2	52. Sente-se excessivamente culpado(a)	0 1 2	91. Fala que vai se matar
0 1 2	53. Come exageradamente	0 1 2	92. Fala ou anda dormindo. Descreva: _____
0 1 2	54. Sente-se cansado demais	0 1 2	93. Fala demais
0 1 2	55. Está gordo demais	0 1 2	94. Gosta de "gozar da cara" dos outros.
0 1 2	56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (sem causa médica):	0 1 2	95. É esquentado, tem acessos de raiva.
0 1 2	56a. Dores (diferentes das citadas abaixo)	0 1 2	96. Pensa demais em sexo
0 1 2	56b. Dores de cabeça	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	56c. Náuseas. <del>causas</del>	0 1 2	98. Chupa dedo
0 1 2	56d. Problemas com os olhos. Descreva: _____	0 1 2	99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira rapé (tabaco)
0 1 2	56e. Problemas de pele	0 1 2	100. Tem problemas com o sono. Descreva: _____
0 1 2	56f. Dores de estômago ou de barriga	0 1 2	101. Mata aula (cabula aula, <del>causa</del> )
0 1 2	56g. Vômitos	0 1 2	102. É pouco ativo(a), movimenta-se vagarosamente ou falta-lhe energia.
0 1 2	56h. Outras queixas Descreva: _____	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	57. Ataca fisicamente as pessoas	0 1 2	104. É barulhento demais.
0 1 2	58. Fica catucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo Descreva: _____	0 1 2	105. Usa drogas ou bebidas alcoólicas. Descreva: _____
0 1 2	59. Mexe nas partes íntimas em público.	0 1 2	106. Estraga ou destrói coisas públicas (vandalismo). Descreva: _____
0 1 2	60. Mexe demais nas partes íntimas.	0 1 2	107. Faz xixi na roupa durante o dia.
0 1 2	61. Não vai bem na escola	0 1 2	108. Faz xixi na cama.
0 1 2	62. É desastrado(a), desajeitado(a) (tem má coordenação motora).	0 1 2	109. Fica choramingando, fazendo manha

0 1 2	63. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais velhas.	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto.
0 1 2	64. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais novas.	0 1 2	111. É retraído, não se relaciona com os outros.
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	112. É muito preocupado. Descreva _____
0 1 2	66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões) Descreva: _____	0 1 2	113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima.
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	113a _____
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	113b _____
0 1 2	69. É reservado(a), fechado, não conta suas coisas para ninguém	0 1 2	113c _____

28. Nos últimos 6 meses a <criança> fez uso de algum medicamento?

1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ 2. ( ) Não \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

29. A <criança> consegue brincar sozinha?

1. ( ) Sim, o tempo todo \_\_\_\_\_ 2. ( ) Sim, às vezes \_\_\_\_\_ 3. ( ) Não \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

30. A criança se adapta as mudanças da rotina diária?

1. ( ) Sim, com facilidade \_\_\_\_\_ 2. ( ) Sim, com dificuldade \_\_\_\_\_ 3. ( ) Não \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

**As questões a seguir abordarão os cuidados iniciais com a <criança> da gravidez até um ano de idade**

31. A gravidez da <criança> foi planejada?

1. ( ) Sim \_\_\_\_\_ 3. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não \_\_\_\_\_

32. Como você (mãe) se sentiu durante a gravidez da <criança>?

1. ( ) Alegre \_\_\_\_\_ 3. ( ) Triste \_\_\_\_\_  
2. ( ) Normal \_\_\_\_\_ 4. ( ) Não se aplica (se o informante não for a mãe) \_\_\_\_\_

33. O período da gestação foi...?

1. ( ) Tranquilo \_\_\_\_\_  
2. ( ) Com desentendimentos ou brigas \_\_\_\_\_  
3. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

34. Você (mãe) fez consulta de pré-natal durante a gravidez da <criança>?

1. ( ) Sim. Quantas? \_\_\_\_\_ 2. ( ) Não \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

Durante a gravidez da <criança>, a mãe usou?

35a. Álcool	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	9. ( ) Não sabe
35b. Cigarro	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	9. ( ) Não sabe
35c. Outras drogas (remédio para dormir, para "nervoso", drogas ilícitas)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	9. ( ) Não sabe

Quais? \_\_\_\_\_

36. O parto foi? 1. ( ) Normal \_\_\_\_\_ 2. ( ) Cesárea \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

37. Ao nascer <a criança> teve algum problema de saúde? (congenito/neurológico/anomalia)38.<A

1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ 2. ( ) Não \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

<criança> nasceu antes do tempo (pré-maturada, de)?

1. ( ) Sim. Quantos meses? \_\_\_\_\_ 2. ( ) Não \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

39. Quanto pesou a <criança> ao nascer?40. Quanto

mediu a <criança> ao nascer? 1. ( ) \_\_\_\_\_ Kg \_\_\_\_\_ gr \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_  
1. ( ) \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

41. A criança mamou no peito? 1. ( ) Sim \_\_\_\_\_ 2. ( ) Não \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_

42. Que idade tinha quando deixou de mamar?

1. ( ) \_\_\_\_\_ anos; \_\_\_\_\_ meses; \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ 9. ( ) Não sabe \_\_\_\_\_  
Porque parou de amamentar? \_\_\_\_\_ (Caso não saiba coloque 999)

AGORA QUEREMOS SABER COMO ERA O TEMPERAMENTO DA <CRIANÇA> QUANDO ELA ERA UM BEBÊ (até um ano).

43. Era fácil ou difícil acalmar ou **tranquilizar** a <criança> quando ela estava aborrecida?

1. ( ) Muito difícil    2. ( ) Difícil    3. ( ) Nem fácil nem difícil    4. ( ) Fácil    5. ( ) Muito fácil    9. ( ) Não sabe

44. Naquela época, a <criança> costumava ficar nervosa e irritada (períodos de tempo curto ou longo)?

1.  SEMPRE    2.  MUITAS VEZES    3.  POUCAS VEZES    4.  NUNCA    9.  NÃO SABE

45. Quando ela ficava aborrecida (antes de alimentar-se, durante a troca de fralda), ela fazia muito barulho ou ficava muito agitada quando chorava e ficava nervosa?

1.  SEMPRE    2.  MUITAS VEZES    3.  POUCAS VEZES    4.  NUNCA    9.  NÃO SABE

46. O quanto mudava o humor da <criança>?

1.  SEMPRE    2.  MUITAS VEZES    3.  POUCAS VEZES    4.  NUNCA    9.  NÃO SABE

47. Se você pensar a <criança> em comparação a seus outros filhos ou a outras crianças da mesma idade que você conhece, como você acha que ele era quando bebê?

1. ( ) MAS FÁCIL DE LIDAR QUE OS OUTROS    2. ( ) MAIS DIFÍCIL DE LIDAR QUE OS OUTROS    3. ( ) DO MESMO JEITO DOS OUTROS    9. ( ) NÃO SABE

*As questões a seguir são sobre os relacionamentos da criança.*

48. Como é o relacionamento da <criança> com os AMIGOS(A/S)?

1.  BOM    2.  REGULAR    3.  RUIM    4.  NÃO TENHO AMIGOS    9.  NÃO SABE

49. Como é o relacionamento da <criança> com os PROFESSORES?

1.  BOM    2.  REGULAR    3.  RUIM    9.  NÃO SABE

Como é o relacionamento da <criança> com as pessoas da FAMÍLIA?

- 50a. Pai/responsável    1.  BOM    2.  REGULAR    3.  RUIM    4.  NÃO TEM PAI    9.  NÃO SABE

- 50b. Mãe/responsável    1.  BOM    2.  REGULAR    3.  RUIM    4.  NÃO TEM MÃE    9.  NÃO SABE

- 50c. Irmãos    1.  BOM    2.  REGULAR    3.  RUIM    4.  NÃO TEM IRMÃOS    9.  NÃO SABE

AS FRASES ABAIXO DIZEM RESPEITO AO FUNCIONAMENTO DA SUA FAMÍLIA. DIGA SE CONCORDA TOTALMENTE; CONCORDA; NÃO CONCORDA NEM DISCORDA; DISCORDA; OU DISCORDA TOTALMENTE.

51. É difícil planejar atividades familiares porque vocês se desentendem entre si

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

52. Em tempos de crise, vocês podem buscar ajuda uns nos outros

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

53. Vocês não podem conversar entre vocês sobre a tristeza que sentem

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

54. Cada pessoa da família é aceita pelo que ela é.

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

55. Vocês evitam discutir seus medos ou preocupações

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

56. Vocês mostram sentimentos uns com os outros

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

57. Existem muitos sentimentos ruins na sua família

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

58. Vocês se sentem aceitos pelo que são

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

## 59. Tomar decisões é um problema para a sua família

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

## 60. Vocês são capazes de tomar decisões sobre como resolver os problemas

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

## 61. Vocês não se dão bem juntos

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

## 62. Vocês confiam uns nos outros

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

AGORA VAMOS PERGUNTAR ALGUMAS COISAS SOBRE O TEMPO QUE O RESPONSÁVEL PRINCIPAL PASSA JUNTO COM A CRIANÇA (as questões 63 a 72 referem-se ao envolvimento do responsável principal com a criança. ATENÇÃO no caso do entrevistado não ser o responsável principal. Neste caso, adequar a pergunta para aféir o envolvimento do responsável principal).

## 63. Com que frequência você elogia a &lt;criança&gt; dizendo coisas como "Muito bom!" ou "Que coisa legal você fez!" ou "Isso está indo bem!"

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 64. Com que frequência você e a &lt;criança&gt; conversam ou brincam um com outro, focando atenção um no outro por cinco minutos ou mais, apenas por diversão?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 65. Com que frequência você e a &lt;criança&gt; ficam juntos?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 66. Com que frequência você faz alguma coisa especial com a &lt;criança&gt;, que ela gosta?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 67. Com que frequência você pratica esportes, hobbies ou jogos com a &lt;criança&gt;?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 68. Com que frequência você lê com a &lt;criança&gt;?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 69. Com que frequência você diz pra &lt;criança&gt; que ela é ruim ou que não é tão boa quanto as outras?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 70. Com que frequência você tem que disciplinar a &lt;criança&gt; pelas mesmas coisas?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 71. Com que frequência a &lt;criança&gt; obedece quando você dá uma ordem?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

## 72. Com que frequência a &lt;criança&gt; desobedece quando você dá uma ordem?

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

As questões a seguir são sobre o responsável pela <criança>

## 73. Como você se sente sendo o responsável pela &lt;criança&gt;?

1. ( ) Muito satisfeito

2. ( ) Mais ou menos satisfeito

3. ( ) Insatisfeito

4. ( ) Não sabe responder

5. ( ) Não se aplica (se o informante não for o responsável)

74. Você tem pessoas com quem se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

1. ( ) Sim. Quantas? \_\_\_\_\_ 2. ( ) Não 9. ( ) Não se aplica se o informante não for o responsável

75. Você tem algum grupo de pessoas que te dá apoio em caso de necessidade (religioso, comunitário, escola, saúde)?

1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ 2. ( ) Não 9. ( ) Não se aplica se o informante não for o responsável

	(a) Mãe/ RESPONSÁVEL	(b) Pai/ RESPONSÁVEL
76. NO ÚLTIMO ANO, você tomou alguma <u>bebida alcoólica</u> até se embriagar ou sentir-se bêbado (ficou de "porre")?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE
77. NO ÚLTIMO ANO, você utilizou algum <u>remédio</u> para acalmar ou para ajudar a dormir?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE
78. DE UM ANO PARA CÁ, você fumou algum <u>cigarro</u> ?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE
79. DE UM ANO PARA CÁ, você usou <u>maconha</u> ?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE
80. DE UM ANO PARA CÁ, você usou <u>cocaína, "crack", ou pasta de coca</u> ?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE	1. 0 SIM 2. 0 NÃO 3. 0 NÃO SABE

*As próximas questões falam sobre experiências difíceis que algumas vezes acontecem nas famílias.*

Marque quais as situações que ocorrem/ocorreram na FAMÍLIA da <criança>.

	SIM, ÚLTIMO ANO	SIM, NA VIDA	NÃO	NÃO SEI
81a. Um dos pais ou responsável da <criança> já ficou ou está desempregado.	1.0	2.0	3.0	4.0
81b. Na família da <criança> existem ou existiram problemas financeiros sérios.	1.0	2.0	3.0	4.0
81c. A família da <criança> mora ou já morou amontado, sem espaço.	1.0	2.0	3.0	4.0
81d. Algum familiar da <criança> já teve problemas médicos sérios, como doenças ou acidentes.	1.0	2.0	3.0	4.0
81e. Na família da <criança> tem ou teve alguém com problema de deficiência física ou mental.	1.0	2.0	3.0	4.0
81f. Alguém da família da <criança> foi indiciado ou preso.	1.0	2.0	3.0	4.0
81g. Ocorreu morte de pai, mãe ou irmão da <criança>.	1.0	2.0	3.0	4.0
81h. A <criança> teve algum parente próximo que morreu.	1.0	2.0	3.0	4.0
81i. Na família da <criança> acontecem/aconteceram problemas de álcool ou drogas.	1.0	2.0	3.0	4.0
81j. Na família da <criança> acontecem ou já aconteceram discussões entre familiares envolvendo os filhos	1.0	2.0	3.0	4.0
81k. Na família da <criança> já houve muitas mudanças de casa, bairro, cidade ou Estado.	1.0	2.0	3.0	4.0
81l. Os pais da <criança> já se separaram ou divorciaram.	1.0	2.0	3.0	4.0
81m. O pai e/ou a mãe da <criança> casaram-se novamente	1.0	2.0	3.0	4.0
81n. A <criança> já demonstrou incômodo com o nascimento de um novo irmão ou irmã.	1.0	2.0	3.0	4.0
81o. A <criança> já teve algum animal de estimação que morreu.	1.0	2.0	3.0	4.0
81p. A <criança> já ficou muito doente e teve que receber cuidados médicos.	1.0	2.0	3.0	4.0
81q. A <criança> ou alguém de sua família já foi <u>sequestrada</u> .	1.0	2.0	3.0	4.0

81r. A <criança> já soube que ela ou alguém de sua família estava sob risco de vida .	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
81s. A <criança> já sofreu ou viu alguém de sua família passar por tratamento médico muito dolorido e assustador.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
81t. A <criança> já foi hospitalizada.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

	SIM, ÚLTIMO ANO	SIM, NA VIDA	NÃO	NÃO SEI
81u. A <criança> já vivenciou acidentes graves de carro ou ônibus.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
81w. A <criança> já recebeu alguma notícia muito ruim e inesperada, do tipo morte, doença grave de alguém querido?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
81x. A <criança> já vivenciou algum desabamento (casa, escola, casa de parentes).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
81y. A <criança> já vivenciou alguma enchente grave (casa, escola, casa de parentes).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
81z. A criança já vivenciou incêndios graves (casa, escola, casa de parentes).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

Marque quais as situações que ocorrem/ocorreram na sua VIDA ESCOLAR

	SIM, ÚLTIMO ANO	SIM, NA VIDA	NÃO	NÃO SEI
82a. A <criança> já se mudou muitas vezes de escola.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
82b. A <criança> já se envolveu em confusão na escola	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
82c. A <criança> já teve conflitos sérios com professor.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

Marque quais as situações que ocorrem/ocorreram na sua COMUNIDADE

	SIM, ÚLTIMO ANO	SIM, NA VIDA	NÃO	NÃO SEI
83a. A <criança> já viu alguém ser gravemente ferido.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
83b. A <criança> vive/viveu em situação de perigo e insegurança na vizinhança.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
83c. A <criança> já teve sua casa assaltada ou roubada.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
83d. A <criança> viu alguém roubando ou atirando em outra pessoa	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
83e. A <criança> já viu pessoas sendo assassinadas ou mortas.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

Alguma pessoa da família...

84a. Humilhou <a criança>?	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	3. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	4. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	5. <input type="checkbox"/> NUNCA
84b. Criticou <a criança> pelas coisas que faz e diz?	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	3. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	4. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	5. <input type="checkbox"/> NUNCA
84c. Chamou <a criança> de nomes desagradáveis como "doido", "idiota" ou "burro"?	1. <input type="checkbox"/> SEMPRE	2. <input type="checkbox"/> QUASE SEMPRE	3. <input type="checkbox"/> ÀS VEZES	4. <input type="checkbox"/> RARAMENTE	5. <input type="checkbox"/> NUNCA

*As próximas questões falam sobre as agressões que às vezes somos vítimas e a forma como as pessoas que moram ou convivem com você resolvem os desentendimentos do dia a dia. Em qualquer ambiente, tem horas em que as pessoas discordam, ficam irritadas ou brigam por estarem de mau-humor, cansadas ou por qualquer outra razão.*

A criança e seus irmãos brigam muito entre si...

85a. A ponto de se machucarem?	1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	3. <input type="checkbox"/> NUNCA	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVO COM IRMÃOS	9. <input type="checkbox"/> NÃO SABE
85b. Humilhando um ao outro?	1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES	2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES	3. <input type="checkbox"/> NUNCA	4. <input type="checkbox"/> NÃO CONVIVO COM IRMÃOS	9. <input type="checkbox"/> NÃO SABE

LER AS OPÇÕES DE RESPOSTA PARA CADA TIPO DE REAÇÃO

- 1- Algumas vezes reagem (iu) assim (último ano)
- 2- Muitas vezes reagem (ju) desse modo (último ano)
- 3- Já reagiram (iu) assim, mas não nos últimos doze meses
- 4- Nunca reagiram (iu) dessa forma (em caso de abstenção colocar 9)

Tipo de Reação	Mãe Responsável	Pai Responsável	Pai Responsável	Mãe Responsável
	X Criança	X Criança	X Mãe	X Pai
	A	B	C	D
86a) Discutiu o problema calmamente				
86b) Procurou conseguir informações para conhecer melhor o modo de pensar dele(a) ou o seu				
86c) Trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas				

Tipo de Reação	Mãe Responsável	Pai Responsável	Pai Responsável	Mãe Responsável
	X Criança	X Criança	X Mãe	X Pai
	A	B	C	D
1- Algumas vezes reagem (u) assim (último ano)				
2- Muitas vezes reagem (u) desse modo (último ano)				
3- Já reagiram (u) assim mas não nos últimos doze meses				
4- Nunca reagiram (u) dessa forma (abstenção- colocar 0)				
86d) Xingou ou insultou				
86e) Ficou emburrado. Não falou mais no assunto				
86f) Retirou-se do quarto, da casa ou da área				
86g) Chorou				
86h) Fez ou disse coisas só para irritar				
86i) Ameaçou bater ou jogar coisas nele(a) ou em você				
86j) Destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos				
86k) Jogou coisas sobre ele(a) ou em você				
86l) Empurrou ou agarrou ele(a) ou em você				
86m) Deu tapa ou bofetada nele(a) ou em você				
	<b>Freq.</b>	<b>Freq.</b>	<b>Freq.</b>	<b>Freq.</b>
86n) Chutou, mordeu ou <u>ou</u> deu murro nele(a) ou em você com objetos	1	1	1	1
86o) Bateu ou tentou bater nele(a) ou em você com objetos	2	2	2	2
86p) Espancou-o(a) ou você	3	3	3	3
86q) * Queimou-o (a); <sup>2</sup> Estrangulou ou sufocou você	4	4	4	4
86r) Ameaçou-o(a) ou você com faca ou arma	5	5	5	5
86s) Usou faca ou arma contra ele(a) ou você	6	6	6	6

☞ A questão q tem duas versões: fazer a versão marcada com (\*) para as 2 primeiras relações; fazer a versão completa (0) para a duas últimas.

☞ Para a área sombreada, quando for 1 ou 2, perguntar o número de vezes que o evento aconteceu no último ano (frequência)

NO ÚLTIMO ANO, na escola ou na localidade em que a <criança> mora, alguma vez:

	(a) NA ESCOLA	(b) NA LOCALIDADE
87a. Alguém humilhou a <criança>?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO	1. 0 SIM 2. 0 NÃO
87b. Alguém ameaçou a <criança>?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO	1. 0 SIM 2. 0 NÃO
87c. <A criança> foi agredida por alguém de forma forte o bastante para que precisasse de curativos ou ir ao médico?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO	1. 0 SIM 2. 0 NÃO
87d. Alguém danificou, de propósito, alguma coisa <da criança> (como roupa, livros, relógio)?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO	1. 0 SIM 2. 0 NÃO
87e. <A criança> andou/conviveu com pessoas que carregam armas de fogo (revólver, outros)?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO	1. 0 SIM 2. 0 NÃO
87f. <A criança> andou/conviveu com pessoas que carregam armas brancas (facas, canivetes, punhal)?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO	1. 0 SIM 2. 0 NÃO
87g. Alguém furtou <da criança> algum objeto sem que ela/ele visse?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO	1. 0 SIM 2. 0 NÃO
87h. Alguém tirou à força dinheiro ou alguma coisa <da criança>?	1. 0 SIM 2. 0 NÃO	1. 0 SIM 2. 0 NÃO

88. Já aconteceu de uma pessoa mais velha ter se envolvido sexualmente com a <criança>?

1. 0 Sim Quem? \_\_\_\_\_ 2. 0 Não 3. 0 Não sabe

Como aconteceu? \_\_\_\_\_

---

---

---

89. Comentários do pesquisador sobre a entrevista.

---

---

---