

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

VAGNER DOS SANTOS

**EXPLORANDO AS ASSOCIAÇÕES ENTRE O USO DE DIFERENTES FORMAS
DE DISCIPLINAS E A SAÚDE MENTAL MATERNA
E DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
um estudo transversal em contexto de vulnerabilidade social**

Brasília
2017

VAGNER DOS SANTOS

**EXPLORANDO AS ASSOCIAÇÕES ENTRE O USO DE DIFERENTES FORMAS
DE DISCIPLINAS E A SAÚDE MENTAL MATERNA
E DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
um estudo transversal em contexto de vulnerabilidade social**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de concentração Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lenora Gandolfi

**Brasília
2017**

DD724e Dos Santos, Vagner
EXPLORANDO AS ASSOCIAÇÕES ENTRE O USO DE DIFERENTES
FORMAS DE DISCIPLINAS E A SAÚDE MENTAL MATERNA E DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES: um estudo transversal em contexto
de vulnerabilidade social / Vagner Dos Santos; orientador
Lenora Gandolfi. -- Brasília, 2017.
110 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências Médicas) --
Universidade de Brasília, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Abuso
parental. 5. Vulnerabilidade Social. I. Gandolfi, Lenora ,
orient. II. Título.

VAGNER DOS SANTOS

**EXPLORANDO AS ASSOCIAÇÕES ENTRE O USO DE DIFERENTES FORMAS
DE DISCIPLINAS E A SAÚDE MENTAL MATERNA
E DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
um estudo transversal em contexto de vulnerabilidade social**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade de Brasília como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de concentração Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lenora Gandolfi

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Orientadora:

Profa. Dra. Lenora Gandolfi
Universidade de Brasília

Titulares:

Prof. Dr. Luiz Cláudio Gonçalves de Castro
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Leides Barroso de Azevedo Moura
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Iglê Moura Paz Ribeiro
Instituto Superior de Educação Franciscano Nossa Senhora de Fátima

Suplente:

Prof. Dr. Riccardo Pratesi
Universidade de Brasília

“Só não economizava pancadas e repreensões. Éramos repreendidos e batidos. As minhas primeiras relações com a justiça foram dolorosas e deixaram-me funda impressão. Eu devia ter quatro ou cinco anos, por aí, e figurei na qualidade de réu. Certamente já me haviam feito representar esse papel, mas ninguém me dera a entender que se tratava de julgamento. Batiam-me [referindo-se aos pais] porque podiam bater-me, e isto era natural”

Graciliano Ramos. “Infância.” p. 30-31

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo milagre da vida.

A minha família, Sara, Matilde e o bebê, por fazerem a minha vida mais bonita e prazerosa.

Aos meus pais, José Pedro e Maria Beatriz, e irmãos, Cristiane, Jesum e Demian, pelos incentivos, pelos apoios e pelas cobranças. Ainda, as minhas sobrinhas Vitória, Larissa, Sarah e Nicole, por fazerem parte deste processo com suas perguntas estranhas, e, por hora, desinteressadas, sobre que eu faço da minha vida profissional.

Ao meu sogro e a minha sogra, Pedro e Mitzi, pelo apoio a dois jovens que abraçaram o desafio do doutoramento e de ter filhos ao mesmo tempo.

A minha orientadora, Profa. Dra. Lenora Gandolfi, pela generosidade e pelo carinho que me acolheu sob sua supervisão, e por compartilhar as pessoas em sua volta, assim agradeço, também, aos colegas do Saúde Integral e Ambulatório Rosa, Cristhiane e Álvaro.

Ao Ms. Paulo, companheiro nesta pesquisa, que contribuiu com seu extenso conhecimento em estatística.

À Profa. Dra. Josenaide Engracia, uma mulher inspiradora que tem a generosidade de compartilhar suas ideias e seus conhecimentos comigo.

À Dra. Jussara Pasquali e a sua equipe, que, desde que chegamos a Brasília, nos apoiaram e cuidaram de todos nós.

À Profa. Dra. Isabel Bordin, por compartilhar material e referências fundamentais para este trabalho.

À Profa. Dra. Eliana Furtado, que, ainda na graduação, investiu e acreditou em mim, e ajudou a construir uma carreira acadêmica, que me permitiu chegar ao doutoramento.

À Profa. Dra. Helena Maria Tannhauser Barros e à Profa. Dra. Maristela Ferigolo, por despertar meu interesse e curiosidade na pesquisa acadêmica, e por oferecer tanto suporte e incentivo para minha capacitação.

Aos amigos e colegas por compartilhar suas vidas e oferecerem apoio: Alexandre, Alícia, Arantxa, Beatriz, Bonini, Breitner, Cami, Celso, Dudu, Gabriel, Giovanni, Glória, Henrique, Hernan, Juan, Manu, Marcelo, Mariana, Marina, Matthieu, Mirna, Patrícia, Rafaela, Samuca, Tomis, e Wagner.

Às mulheres do Sol Nascente e do Pôr do Sol, por compartilhar suas vidas privadas.

Meus sinceros agradecimento a todos vocês!

RESUMO

DOS SANTOS V. **Explorando as associações entre o uso de diferentes formas de disciplinas e a saúde mental materna e de crianças e adolescentes: Um estudo transversal em contexto de vulnerabilidade social.** Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Brasília (DF). 2017.

A proteção das crianças e adolescentes (CAs) foi aprimorada no século passado. No Brasil, após a década de 1980 políticas e regulamentos foram implementados para garantir a proteção de CAs. No entanto, o uso parental de disciplinas severas continua a ser um desafio nacional, e quando uma CA e/ou sua mãe apresentam um problema de saúde mental. A maioria dos estudos sobre esse tema tem sido conduzida na Europa e na América do Norte, e faltam pesquisas de países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Assim, são necessários estudos no contexto nacional. **Objetivo:** Explorar as associações entre o uso de disciplinas moderadas e severas, e as condições de saúde mental materna e de CAs. **Metodologia:** Estudo transversal realizado em dois bairros vulneráveis socioeconômica com, aproximadamente, 80.000 habitantes, em Ceilândia. Foi utilizada amostragem complexa. As casas foram selecionadas por amostragem probabilística em duas fases. O número de 401 casas (erro amostral=0,1) foi definido pela variância maximizada ($P = 0,5$). A amostragem por cluster permitiu obter o total de 33 cluster selecionados (erro amostral=0.05). O poder de compra foi avaliado de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Questões adicionais sobre violência conjugal e escolaridade também foram aplicadas. Usamos a versão brasileira do *WorldSAFE Core Questionnaire* para identificar Disciplinas Verbais Moderadas (DVM), Disciplinas Verbais Severas (DVS), Disciplinas Físicas Moderadas (DFM) e Disciplinas Físicas Severas (DFS). Para avaliar saúde mental materna, utilizamos o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e, para avaliar as condições de saúde mental de CAs, foi utilizado o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Todas as questões foram aplicadas à mãe ou cuidadora legal/fatual dos últimos 12 meses. **Resultados:** A média de idade das CA foi de 9 anos (DP: 4,5), a taxa de reprovação escolar no último ano foi de 28,5% [95%IC 23,6-33,4%]. Um grande número de mulheres esteve exposta à violência conjugal, e tiveram uma CA como testemunha. A prevalência de DVS foi de, aproximadamente, 37%. A prevalência DFS foi de, aproximadamente, 30%. Meninos têm maior chance de DFS [OR: 1,56, $p < 0,05$]. A prevalência de problemas de saúde mental materna foi estimada em 21,4% [17,9-24,9%], ideação e pensamento suicida em 18,9% [15,9-21,9%], e tentativa de autoextermínio em 8,0% [5,5-10,6%]. Na média global, aproximadamente, 10% das CAs apresentaram problemas em nível clínico de saúde mental, sendo que, na subescala “problemas de conduta” a prevalência chegou a 19,7% [16,7-22,8]. Identificamos associação do uso de DFM com problema de saúde mental materna. Meninos com problemas de saúde mental têm maior chance de sofrer DVS imposta pelo pai (OR 4,1, 95% IC 1,2-13,4) e mãe (3,5, 95% IC 1,6-7,4). Quando combinados os problemas de saúde mental materna e de CAs, observou-se associação do uso de DVS por mães, independente do sexo da CA (OR 3,1, 95%IC 1,0-9,6). Da mesma forma, o uso de DFM teve elevada *odds* das análises em relação aos meninos nas diferentes díades, sendo de 9,6 (95%IC 1,5-60,3) para a díade pai-filho e 7,9 (95%IC 1,3-45,9) para a díade mãe-filho. **Conclusões:** Abuso parental está contido nas práticas cotidianas de disciplina nestes dois bairros. Problemas de saúde mental materna e de CAs aumentam a chance de abuso parental, especialmente para meninos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Crianças. Adolescentes. Abuso parental. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

DOS SANTOS V. **Exploring the association between parental abuse and mental health of children and adolescents and their mothers: A cross-sectional study in underprivileged neighborhoods.** Doctoral Thesis (Phd in Medical Sciences) – Medical Faculty at University of Brasília (Brazil). 2017.

Child and adolescent (CA) protection has been enhanced in the past century. In Brazil, especially after the 1980s policies and regulations were implemented to guarantee the protection of CAs. However, parental use of harsh physical and verbal discipline when raising CAs remains a challenge, especially among low-income families when a CA and/or their mother has a mental health problem. Most studies on this topic, prevalence of parental abuse and mental health problems have been conducted in Europe and in North America, and research from low- and middle-income countries, including Brazil, is lacking. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in two underprivileged neighborhoods with nearly 80,000 inhabitants. Complex sampling was used. The households were selected by applying two-stage probabilistic sampling with stratification. A total of 401 households (sample error=0.1) were selected by maximizing the variance ($P=0.5$). The cluster sampling indicated 33 census units (Sample error=0.05). The families' socioeconomical status was assessed according to the *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa* (ABEP) protocol. Additional questions regarding partner violence, and the level of education were made. We used the WorldSAFE Core Questionnaire to assess parental use of Moderate Verbal Discipline (MVD), Harsh Verbal Discipline (HVD), Moderate Physical Discipline (MPD) and Harsh Physical Discipline (HPD). This questionnaire asks how often mothers (respondent) and/or their husband or partner use specific disciplinary tactics. To assess maternal mental health we used the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) and to assess CA mental health we used the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Mothers were the respondent to all questions. **Results:** The average age of CA was 9 years (SD: 4.5). The prevalence of CAs that failed in school was 28.5% [95%IC 23.6-33.4%]. A large number of women were exposed to intimate partner violence and had their CAs as witness. The prevalence of HVD was approximately 37% (28.3% [95% CI: 23.4–33.3%] for more than three times). The prevalence of HPD was approximately 30% (21.8% [CI: 18.2–25.4%] for using HPD more than three times). Boys had higher odds of HPD [OR: 1.56, $p<0.05$]. The last-year prevalence of maternal mental health problems was 21.4% [17.9-24.9%], the prevalence of lifetime mother's suicidal thoughts was 18.9% [15.9-21.9%], and suicide attempts was 8.0% [5.5-10.6%]. Considering the global mean of SDQ about 10% of the CA had clinical mental health problems, in the subscale 'conduct' the prevalence of clinical problems was higher about 19.7% [16.7-22.8]. MPD was associated to maternal mental health problems. Boys with mental health problems presented higher odds for HVD from both parents, being 4.1 [95% IC 1.2-13.4] for father and 3.5 [95% IC 1.6-7.4] for mother. When both mother and the CA had a mental health problem, mother present higher odds of using HVD when compared to father, regardless of the CA sex, boys also had higher odds to be exposed to MPD in the different dyads they were included, 9.6 (95%IC 1.5-60.3) for father-son and 7.9 (95%IC 1.3-45.9) for mother-son. **Conclusions:** Parental abuse was embedded within CA rearing practices in these two underprivileged neighborhoods. Maternal and CA mental health problems increase the chance of parental abuse, especially in male CAs.

Keywords: Mental Health. Child. Adolescent. Parental Abuse. Underprivileged neighborhoods.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Idades das crianças e dos adolescentes	57
Gráfico 2 -	Perfil educacional do responsável pelo domicílio, em anos de estudos.	57
Gráfico 3 -	Perfil do poder de compras da família, de acordo com ABEP.	58
Gráfico 4 -	Distribuição das prevalências das diferentes formas de disciplinas	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Tipos e definições de violência contra crianças e adolescentes.....	24
Quadro 2 -	Nível de evidência para problemas de saúde relacionados à violência	29
Quadro 3 –	Artigos sobre violência contra CAs no Brasil entre 2006 e 2015.....	35
Quadro 4 -	Definições dos tipos de disciplinas e suas categorias correspondentes	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Perguntas do SRQ-20.....	51
Tabela 2	– Classes econômicas.....	52
Tabela 3	– Pontos de corte do Questionário de Capacidades e dificuldades.	53
Tabela 4	– Composição das Família da amostra.....	56
Tabela 5	– Prevalência de violência conjugal ao longo da vida e no último ano (%)	59
Tabela 6	– Prevalência estimada das diferentes formas de disciplina.	61
Tabela 7	– Média e Intervalo de confiança: SDQ e Subescalas	61
Tabela 8	– Prevalência de casos normais, limítrofes e clínicos.	62
Tabela 9	– Nível de dificuldades em cenários da vida cotidiana.	63
Tabela 10	– Prevalência das Formas de disciplina e saúde mental materna.....	64
Tabela 11	– Risco de sofrer abuso após vitimização	64
Tabela 12	– Fatores associados ao uso de disciplinas por ambos os pais.....	65
Tabela 13	– Associação entre transtorno mental materno e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.	68
Tabela 14	– Associação entre transtorno mental de CAs e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.	68
Tabela 15	– Associação entre transtorno mental de CAs e materno e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.	68
Tabela 16	– Associação entre dificuldades específicas de saúde mental de CAs e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.	70
Tabela 17	– Associação entre dificuldades específicas de saúde mental de CAs e Materno e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Crianças e Adolescentes
CTS2	<i>Revised Conflict Tactics Scales</i>
CTSPC	<i>Parent-Child Conflict Tactics Scale</i>
DFM	Disciplina Física Moderada
DFS	Disciplina Física Severa
DP	Desvio Padrão
DVM	Disciplina Verbal Moderada
DVS	Disciplina Verbal Severa
EUA	Estados Unidos da América
GPS	<i>Global Position System</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGTM	<i>Intergenerational Transmission of Maltreatment</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNAD	Pesquisa Nacional Amostragem Domiciliar
SDQ	Questionário de Capacidades e dificuldades
SRQ-20	<i>Self-Report Questionnaire</i>
UN	Nações Unidas

LISTA DE SÍMBOLOS

\$	Cifrão
ϵ	Erro amostral
$V^2 = \frac{\sigma^2}{\bar{Y}^2}$	Quadrado do coeficiente de variação de uma variável em nível de conglomerado.
z	Quantil da normal padrão.
%	Valor percentual
(-)	Número insuficientes de observações para a análise
n^0	Número
<	Menor
$\frac{1}{4}$	Um quarto
p	Probabilidade de ocorrência de algum evento de interesse

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE.....	24
3.2 FATORES DE RISCO À VIOLÊNCIA.....	26
3.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA	28
3.4 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL	30
3.4.1 Local de realização dos estudos nacionais	31
3.4.2 Instrumento para identificação da violência usados em estudos nacionais	32
3.4.3 Prevalência no Brasil, região Centro-Oeste e Distrito Federal	33
4 OBJETIVOS	43
4.1 OBJETIVO GERAL.....	43
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
5 METODOLOGIA	44
5.1 TIPO DE DELINEAMENTO	44
5.1.1 Plano amostral	44
5.1.2 Tamanho amostral das unidades primárias e secundárias	45
5.1.3 Alocação das amostras em cada estrato	46
5.1.4 Seleção dos setores censitários	47
5.1.5 Seleção dos domicílios	47
5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	48
5.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	48
5.3.1 Parte pré-questionário	48
5.3.2 Parte I. Suporte social e familiar	48
5.3.3 Parte II. Características demográficas e WorldSAFE Core Questionnaire	49
5.3.4 Parte III. Histórica Conjugal – Ao longo da vida	49
5.3.5 Parte IV. Histórica Conjugal – últimos 12 meses	50
5.3.6 Parte V. Experiências maternas na infância	50
5.3.7 Parte VI. Saúde Mental Materna - Self-Report Questionnaire	50
5.3.8 Parte VII. Poder de compra da família	52
5.3.9 Parte VIII. Perfil de trabalho e estudos dos pais/cuidadores	52

5.3.10 Parte IX. Saúde mental de CAs – Questionário de Capacidades e dificuldades	52
5.4 COLETA DE DADOS	53
5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	54
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
6 RESULTADOS.....	56
6.1 COMPOSIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS E DE SUAS FAMÍLIAS	56
6.2 VIOLÊNCIA CONJUGAL, E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	58
6.3 EXPERÊNCIAS DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA MATERNA	59
6.4 AGRESSIVIDADE E VIOLÊNCIA NO PROCESSO EDUCATIVO DE PAIS E MÃES	59
6.5 SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES.....	61
6.6 SAÚDE MENTAL – MATERNA	63
6.7 SAÚDE MENTAL MATERNA – FORMAS DE DISCIPLINAS	63
6.8 VIOLÊNCIA QUE GERA VIOLÊNCIA.....	64
6.9 AS PERCEPÇÕES MATERNA DE SAÚDE E INCAPACIDADE DE CA E VIOLÊNCIA	64
6.10 AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E AS ASSOCIAÇÕES COM VIOLÊNCIA – EXPLORANDO A ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E DISCIPLINAS MODERADAS E SEVERAS NAS DIFERENTES DÍADES	66
7 DISCUSSÃO	73
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	73
7.2 VIOLÊNCIA CONJUGAL	74
7.3 EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA MATERNA	75
7.4 PREVALÊNCIA E TIPOS DE DISCIPLINAS MAIS USADAS	75
7.4.1 Disciplinas verbais	75
7.4.2 Disciplinas físicas	77
7.5 PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE CA	78
7.6 PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE MULHERES MÃES	79
7.7 SAÚDE MENTAL MATERNA E PREVALÊNCIA DE DISCIPLINAS MODERADAS E SEVERAS.....	80
7.8 PERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE EM GERAL E USO DE DISCIPLINAS.....	80

7.9 A ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO DE DISCIPLINAS E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NAS DIFERENTES DÍADES FAMILIARES	81
7.10 IMPLICAÇÕES SOCIAIS	83
7.11 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, POLÍTICA E PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	83
7.12 CONTRIBUIÇÕES	84
7.13 LIMITAÇÕES	85
7.14 PESQUISAS FUTURAS.....	85
8 CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE A - LISTA DE SETORES CENSITÁRIOS VISITADOS	102
APÊNDICE B – CAPA DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	103
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	104
ANEXO A - MAPA E COORDENADAS GEOGRÁFICAS DE SETOR CENSITÁRIO.....	107
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	108

1 INTRODUÇÃO

Grande parte das violências contra crianças e adolescentes (CA) perpetradas por pais, mães e responsáveis foram socialmente e legalmente aceitas ao longo da história. Somente no século XIX, isso começou a ser questionando, embora de maneira ainda limitada. O caso de Mary Ellen McCormack (*neé* Mary Ellen Wilson), de 1874, em Manhattan, pode ser considerado um marco nesta história, pois foi o primeiro caso de agressão doméstica, do mundo moderno, que levou à condenação de um responsável por abusos físicos e psicológicos impostos a uma criança (KUO *et al.*, 2015; SHELMAN; LAZORITZ, 2005). O envolvimento da sociedade Norte-Americana em torno deste caso resultou na criação da *New York Society for the Prevention of Cruelty to Children*, em 1874. Esta associação foi seguida por muitas outras que foram criadas, na América do Norte e Europa, com o mesmo objetivo. Embora isto represente um avanço no posicionamento social sobre o tema, não havia um consenso quanto ao que deveria ser considerado, e conseqüentemente condenado, como crueldade contra crianças. Um exemplo desta divergência e dificuldade de distinguir as disciplinas adequadas dos casos de abuso é o posicionamento de um dos membros do Corpo Diretor da *New York Society for the Prevention of Cruelty to Children*, que apoiava o uso de chicotadas pelos pais para disciplinar filhos desobedientes (CLICHE, 2014).

No início do século XX, as CAs passam a ser parte da responsabilidade de proteção e cuidado da família, assim, a família passa a ser responsável pelos males que possam acontecer (MARTINS; JORGE, 2010). Em 1924, a Liga das Nações Unidas adota a *Geneva Declaration of the Rights of the Child* como primeiro documento internacional que reconhece e afirma a existência de direitos específicos das crianças. Essa tendência de proteção social e legal ampliou-se no mundo ocidental, e incluiu, também, os adolescentes, durante todo o século XX, e continua crescente no século XXI.

Especificamente no Brasil, os avanços legais e as mudanças sociais, em torno da proteção da infância e adolescência, começam acontecer no início do século passado, quando a Constituição de 1934, pela primeira vez, apresentava normas de amparo às crianças e aos adolescentes, com uso de recursos público, no total de 1%, que deviam ser destinados a este grupo etário. Ainda, este documento proibia o trabalho para menores de 14 anos em condições insalubres, conforme descrito no artigo 121: “proibição de trabalho a menores de 14 anos; de

trabalho noturno a menores de 16 e em indústrias insalubres, a menores de 18 anos” (BRASIL, 1934). A Constituição de 1937, ampliou algumas normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança, conforme seu artigo 15, que trata das atribuições do Estado (BRASIL, 1937). Esta tendência vai ser seguida na Constituição de 1946 (BRASIL, 1946). Estes avanços refletem a tendência internacional, mas careciam de uma clara política de ação e proteção nacional (PRIORE, 1997).

No entanto, uma ampla gama de direitos serão garantidos à CA na Constituição de 1988, especialmente no seu artigo 227 que indica o “dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente (...) o direito à vida, à saúde (...), além de colocá-los a salvo de toda negligência (...) violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988). Desta forma, todas essas expressões de proteção concretizaram-se no marco legal do Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990).

Esta lei, além de ratificar a proteção apresentada na Constituição, responsabiliza o estado e a família de maneira clara e articulada. Este mesmo documento, em seu artigo 245, indica uma pena para médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino que não comunicar casos suspeitos ou comprovados de abuso. No Brasil, esta é a primeira vez que profissionais da Saúde são convocados, legalmente, para engajarem-se no cuidado e na proteção de CA vítimas de abuso, incluindo aqueles praticados por pais, mães, responsáveis e/ou cuidadores. A proteção das CAs brasileiros contra abusos perpetrados por seus pais, mães e cuidadores será reafirmada e especificada na Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014 (BRASIL, 2014). Esta lei, conhecida popularmente como “lei da palmada”, garante o direito de uma educação e cuidado livre de agressões físicas ou verbais. Desta forma, consolida, na dimensão legal, uma ampla garantia do desenvolvimento saudável e seguro.

Abuso doméstico de criança e adolescentes como questão de saúde.

Historicamente, as punições físicas e verbais de CAs, no contexto doméstico, foram amplamente praticadas e completamente aceitas na maioria das sociedades, incluindo o Brasil. Estas punições dificilmente eram reconhecidas como um elemento que poderia comprometer a saúde e o desenvolvimento de CAs (DURRANT; ENSOM, 2012; FEIGELMAN *et al.*, 2009). Pelo contrário, acreditava-se que era uma maneira legítima e efetiva de disciplinar crianças e adolescentes.

Esse é um desafio que foi ganhando lentamente apoio político. Por exemplo, na década de 1990, somente quatro países haviam proibido punições físicas à CAs nos diferentes contextos: domésticos, comunitários e escolar (DURRANT; ENSOM, 2012). Essa demora na implementação de controle e abordagem para reduzir e prevenir abusos também se expressava na prática de profissionais da Saúde. Ou seja, atos agressivos dos pais e das mães com objetivo de disciplinar filhos/as foi apoiado inclusive por profissionais da Saúde, que, em grande maioria, não entendiam as punições físicas e verbais no ambiente doméstico como situações de abuso. Um estudo do início da década de 90 indica que a maioria de médicos, clínico geral (70%) e pediatras (59%) apoiava as práticas violentas dos pais como estratégias adequadas para lidar com comportamentos indesejados de seus filhos/as (MCCORMICK, 1992). Da mesma forma, as escolas reivindicavam o direito de aplicar disciplinas físicas e verbais de maneira indiscriminada em sua interação “educativa” com CAs. Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), somente em 2011, punição corporal em estudantes foi banida em todas as escolas públicas daquele país (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000, 2014). Em alguns países, especialmente naqueles em desenvolvimento, ainda há casos de práticas institucionais de abuso verbal ou físico aceitos legalmente e socialmente (GERSHOFF, 2017). Assim, demonstra-se que o uso de punições contra CAs constituiu-se no imaginário social e institucional inúmeras vezes como formas legítimas de disciplinar.

No final do século XX, houve uma forte mudança de visões, principalmente no ambiente acadêmico, sobre as formas adequadas de disciplinar CA e suas implicações. Inúmeros estudos indicavam que punições violentas no ambiente doméstico, escolar e comunitário traziam prejuízos para o bem-estar e a saúde daqueles expostos a essas situações, tanto como vítimas, assim como testemunhas (GREYDANUS *et al.*, 2003; JOHNSON, 2002; MOHR; ANDERSON, 2002). A pesquisa científica sobre os riscos dos abusos verbais, físicos e sexuais cresceu exponencialmente. Desta forma, uma década depois, os riscos e prejuízos das punições físicas e subjetivas estavam claros e apoiados com material cientificamente reconhecido e relevante (LEEB; LEWIS; ZOLOTOR, 2011; LEE; GUTERMAN; LEE, 2008; MCLANAHAN *et al.*, 2014; NORMAN *et al.*, 2012).

Embora a temática, ainda, não tenha se consolidado como uma prioridade nas agendas de pesquisa e desenvolvimento social na maioria dos países do Ocidente, observa-se que algumas formas de disciplina, especialmente aquelas que se configuram como abuso severo, ganharam

relevância no âmbito acadêmico (SHEEHAN *et al.*, 2017; THE LANCET, 2015), clínico (FLAHERTY; STIRLING; NEGLECT, 2010) e nas diretrizes de políticas de saúde (WHO, 2014).

Atualmente, qualquer forma de violência é reconhecida como um elemento de risco para a saúde e bem-estar individual e coletivo, assim como está entre as principais causas de mortes, doenças e incapacidades (ZIMMERMAN; POSICK, 2015).

Desde a década de 90, o envolvimento e comprometimento do campo da Saúde para abordar questões de abuso dos pais e mães, é crescente no país e no mundo. O campo da saúde envolveu-se neste processo de proteção de CAs, tanto no âmbito político, quanto acadêmico e prático. Em 1993, o Ministério da Saúde divulgou um documento que oferecia um panorama sobre a situação e perspectivas sobre a violência doméstica contra CAs no país, este documento, reeditado em 1997, é um dos primeiros movimentos institucionais do Brasil (BRASIL, 1997). Esta ação política e governamental foi seguida por ações de profissionais da Saúde, como, por exemplo, da Sociedade Brasileira de Pediatria, que divulgou um guia orientando seus profissionais sobre as situações de maus-tratos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001). O envolvimento do campo da Saúde era crescente e, em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 737, a qual implica os profissionais da Saúde, especificamente do Sistema Único de Saúde (SUS), como responsáveis em prevenir, identificar e tratar as consequências da violência doméstica, como parte da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência (BRASIL, 2001a). Naquele mesmo ano, a Portaria 1968 ratificou a responsabilidade de notificação dos casos de abuso identificado, seu conteúdo dispõe “sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra CAs atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2001b). Estas portarias consolidam o que havia sido preconizado no artigo 245 do Estatuto da Criança e Adolescente, que torna todos profissionais de Saúde legalmente envolvidos na proteção de CAs expostas à violência, inclusive formas abusivas de disciplinas no contexto doméstico. No entanto, essa responsabilidade é contrastada por uma lacuna na formação e capacitação profissional para abordar o tema.

A partir de uma revisão de literatura, de artigos publicados entre 1983 e 2006, Barbosa e Pegoraro (2008) argumentam sobre o importante papel do profissional que atende as mães em responsabilizá-las por suas práticas abusivas. Salientam, também, a diferença entre

responsabilização e culpabilização. Na culpabilização, uma mensagem negativa é transmitida, aumentando o sofrimento materno e o sentimento de impotência para mudança de comportamento (BARBOSA; PEGORARO, 2008). Ainda, estas autoras, reconhecem que, ao longo da graduação dos profissionais da Saúde, o tema da violência doméstica contra CAs é pouco explorado e aprofundado, quando não é totalmente negligenciado nos currículos. Isso leva com que muitos profissionais acreditem que não devam intervir. Além do pouco treinamento, associam-se os sentimentos que esses casos podem gerar no profissional, como ansiedade, negação e raiva, o que termina por imobilizar ou produzir ações não aderentes ao conhecimento científico sobre a temática (BARBOSA; PEGORARO, 2008). Isto coloca em questão a necessidade de abordagens familiares, que compreenda os pais e as mães como atores importantes da dinâmicas domésticas e disciplinares. Outros pesquisadores indicam que características dos pais e suas ações são, também, elementos importantes para pensar a prevenção e o tratamento (GUTERMAN; LEE, 2005).

Uma revisão sistemática, de artigos com delineamento de ensaio clínico randomizado publicados em Língua Inglesa, mapeou todos os estudos de intervenções realizadas com as famílias para diminuir o risco de abuso (LEVEY *et al.*, 2017). Os autores, após avaliar 365 artigos, identificaram oito grande estudos, que representam um total de 13 artigos. Os resultados, surpreendentes, indicam somente três estudos que encontraram intervenção com eficácia, ou seja, com resultados estatisticamente significativos para reduzir casos de abusos. Os autores reconhecem que há poucos ensaios clínicos randomizados realizados para avaliar a eficácia das intervenções no âmbito da saúde para reduzir casos de violências contra crianças e adolescentes. Isto demonstra uma dificuldade para planejar e implementar redes de cuidados. No entanto, foi identificado que pelo menos uma visita de profissionais de Saúde ou assistência social no ambiente doméstico reduz as situações de abuso (LEVEY *et al.*, 2017). Cabe salientar que estes estudos foram todos realizados nos EUA e na Inglaterra, o que indica uma grande lacuna na produção de conhecimento em países em desenvolvimento, como o Brasil. As intervenções avaliadas variaram em frequência de visitas e duração, e o período de intervenção variou entre três meses e três anos, com seguimento avaliativo variando de 6 meses a quinze anos. O estudo mais compreensivo contou com a participação de 1.173 mulheres grávidas, e consistiu em visitas, inicialmente semanais, no período de gestação e depois do nascimento, o acompanhamento foi

decrecendo até a criança completar 2 anos, quando foram finalizadas as intervenções (DUMONT *et al.*, 2008).

Um resultado importante encontrado pelos pesquisadores foi de que as intervenções de pessoas não treinadas na área da Saúde foram de maior sucesso em ajudar as mães a obterem empoderamento em seu papel de cuidadora, enquanto profissionais da Saúde tiveram maior sucesso intervindo em mães depressivas, com capacidade emocional limitada e melhorando a capacidade cognitiva das crianças (OLDS *et al.*, 2004). Da mesma forma, isto demonstra a importância de estudar a relação entre cuidado dos aspectos de saúde mental de pais e mães, e um melhor entendimento do papel de profissionais da Saúde em intervir nas questões de estratégias disciplinares abusivas.

Uma questão de pesquisa, reflexo de um percurso

Como Terapeuta Ocupacional interessado nas dinâmicas e ações cotidianas, especialmente em contexto de vulnerabilidade social, desenvolvi minha carreira de pesquisa elaborando e respondendo perguntas que permitam construir uma prática de cuidado em saúde e reabilitação capaz de promover as potencialidades, os interesses, a participação e o engajamento de diferentes indivíduos e grupos (DOS SANTOS, 2016; DOS SANTOS; DONATTI GALLASSI, 2014; DOS SANTOS; SPESNY, 2016;). No início de minha carreira investiguei sobre como qualificar a formação de profissionais da Saúde para atendimento de pessoas em abuso de substâncias psicoativas (BARROS *et al.*, 2008), ainda no tema de drogas, pesquisei sobre a qualidade de informações na Internet (PORTAL *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2010), isso resultou, também, em outra dezena de publicações relacionados com o tema. Em 2005, participei, como membro da equipe gaúcha da pesquisa “II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil”, esta experiência foi fundamental para despertar a curiosidade e interesse da pesquisa com amostragem populacional. Perguntando sobre uso de substâncias, inclusive ilegais, notei que era possível e necessário explorar as experiências em relação a diferentes fenômenos.

No entanto, enquanto desenvolvia as atividades como residente no Programa de Saúde Mental e Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, desenvolvi maior interesse por temas relacionados à rede de cuidado para pessoas com problemas de saúde mental do Sistema Único de Saúde, itinerários terapêuticos, as formas e extensão dos problemas de saúde

mental e abordagens terapêuticas multidisciplinar e específicas da Terapia Ocupacional. Assim, desenvolvi meus primeiros estudos sobre a rede de cuidado no âmbito local, em uma cidade do Rio Grande do Sul (SANTOS; MAYER, 2013), posteriormente, segui com enfoque no caso das CAs, especificamente sobre a assistência em saúde mental a este grupo etário no Brasil. Minha dissertação de mestrado, defendido na *Linköping Univeristy* – Suécia – e *Universitat Autònoma de Barcelona* – Espanha – explorou e comparou os investimentos, o uso e os resultados das políticas e demandas nacionais relacionadas à saúde mental de CAs em todo o país. Naquele momento, observei carência de dados para planejamento, assim como diferenças regionais que deveriam influenciar a formação e a oferta de serviço (SANTOS; FERNÁNDEZ, 2014). Reconheço que a falta de um planejamento adequado seja, muitas vezes, fruto da ausência e indisponibilidade de dados confiáveis sobre a extensão dos problemas, específicos e associados à saúde mental. Neste sentido, retomei meu interesse por estudos de amostragem populacional nesta tese de doutorado que pretende contribuir para (i) o campo de conhecimento e estudo sobre as estratégias disciplinares violentas, e como isso associa-se com problemas emocionais e de comportamento de CAs no contexto de vulnerabilidade social; (ii) a construção de uma sociedade que proteja as CAs de abusos; e (iii) a consolidação de uma carreira de pesquisador no campo da infância e adolescência e da saúde mental.

Assim, espero que o primeiro artigo desta pesquisa doutoral, publicado no *Jornal de Pediatria* (DOS SANTOS; SILVA; GANDOLFI, 2017), com resultados sobre a prevalência de abusos físicos e verbais perpetrados por pais e mães de crianças de duas comunidades de Ceilândia, seja um argumento inicial, claro e suficiente para despertar a consciência da necessidade de qualificar os profissionais de Saúde do Distrito Federal, e envolver a administração pública para um melhor planejamento e maiores investimentos que previnam abusos no ambiente doméstico, assim como problemas emocionais e de comportamento entre CAs. Finalmente, as outras publicações desta pesquisa doutoral, assim como minha carreira acadêmica, carregarão a mesma intencionalidade e o mesmo desejo.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme indicado na introdução, o campo da Saúde tem ampliado suas práticas e responsabilidades sobre as ações disciplinares de pais e mães, e o risco de abuso físico e verbal contra CAs no ambiente doméstico. Desta forma, monitorar a extensão e gravidade dos casos de abusos perpetrados por pais e mães torna-se responsabilidade legal e compromisso profissional (CAMPOS JÚNIOR, 2016; FLAHERTY; STIRLING; NEGLECT, 2010).

A produção de conhecimento relacionado com a violência na infância e adolescência é um desafio crítico e necessário, mas comumente negligenciado como prioridade no âmbito acadêmico. Embora haja um aumento de interesse e produção de conhecimento sobre as consequências da violência, há uma escassez de conhecimento sobre a sua prevalência e os diversos fatores de risco em diferentes grupos sociais (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2014; UNITED NATIONS, 2006; WHO, 2014), da mesma forma, poucos estudos verificaram as intervenções de profissionais da Saúde e suas respectivas eficácias para reduzir a prevalência e severidade (LEVEY *et al.*, 2017).

Essa demanda de produção de conhecimento no âmbito internacional, também, expõe uma carência nacional. Em uma das mais compreensivas revisões sobre a temática, nenhum estudo nacional atendeu os critérios para inclusão, assim, indicando uma falta de dados confiáveis produzidos no Brasil (STOLTENBORGH *et al.*, 2015). Scherer e Scherer (2000) apontam a necessidade de estudos sobre os comportamentos violentos, com nenhuma ou menor implicação criminal, como os atos disciplinares dos pais e das mães. Da mesma forma, estes autores indicam a escassez de estudos sobre o tema no Brasil ao longo do século XIX e chamam a atenção para a importância de estudos sobre a temática (SCHERER; SCHERER, 2000).

No Brasil, há uma carência de estudos sobre violência contra CAs. Em nossa revisão, apenas 30 estudos epidemiológicos foram encontrados no período de 2006 e 2015,¹ sendo que a maioria foi de amostragem de conveniência entre escolares, o que limita a representatividade dos dados em nível populacional. Durante o período mencionado, somente uma investigação com amostragem populacional relacionou as práticas disciplinares e a ocorrência de abuso e suas implicações na saúde mental de CAs (BORDIN *et al.*, 2006).

¹ Importante reconhecer, novamente, que a abordagem para seleção dos artigos não foi ideal, pois desconsiderou outras bases de dados que poderiam conter informações sobre o objeto de estudo.

Desta forma, estudos com amostragem populacional, como proposto aqui, são necessários e altamente relevantes (KRUG *et al.*, 2002), e, no melhor de nosso conhecimento, não há estudo com objetivo e metodologia correspondente na região Centro-Oeste do Brasil. Quando referimos região, tratamos de toda a macrorregião, incluindo os estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal. Assim, produzir conhecimento sobre a prevalência e as consequências das práticas disciplinares abusivas e a relação com a saúde mental de CAs e suas mães, com dados primários e amostragem populacional, responde a uma demanda necessária e relevante.

Outra característica da pesquisa nacional é a coleta e uso de dados secundários, o que auxilia no entendimento do itinerários institucionais, mas não apresenta a realidade doméstica em nível populacional (ex.: BAPTISTA *et al.*, 2008; BAZON, 2008; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MARTINS; JORGE, 2009). Estudos com dados secundários apresentam informações sobre os casos quando estes alcançam um registro institucional, o que são muito menores do que os casos existentes (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Finalmente, a Ceilândia, especificamente os setores do Sol Nascente e Pôr do Sol foram escolhidos de forma estratégica por ser um campo de prática da Universidade Brasília – Faculdade de Ceilândia, cuja faculdade se dedica a formar profissionais da Saúde: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Saúde Coletiva, Enfermagem, Farmácia e Fonoaudiologia. Então, o conhecimento produzido nesta pesquisa pode se articular com práticas acadêmicas no campo da Saúde, e subsidiar a atuação de trabalhadores dos serviços de Saúde daquela região.

Ainda, estas duas comunidades representam, de certa forma, a realidade das periferias urbanas brasileiras e possibilitará um panorama da realidade social de forma mais precisa (BARROCAL, 2013). Pobreza ou limitação de recursos econômicos está associada à violência doméstica. Assim, conhecer diferentes elementos de grupo sociais nas periferias urbanas nos permite dialogar com a comunidade e com os agentes públicos para uma ação que seja socialmente relevante e politicamente possível.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Inicialmente, apresentarei definições sobre os tipos de violências contra CA. Situações de vitimização no contexto comunitário e no contexto escolar serão mencionadas, mas sem ênfase ou aprofundamento, uma vez que este trabalho visa entender as dinâmicas disciplinares do contexto doméstico e como isto configura-se como abuso. A seguir, apresentarei uma visão geral sobre as definições e os fatores de risco, e as consequências da violência contra CA, com ênfase na saúde mental. Finalmente, apresentarei uma revisão de artigos publicados ao longo de dez anos no portal Scielo (<http://www.scielo.br>).

3.1 DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A violência é entendida como qualquer forma de maus-tratos físicos ou emocionais, abuso sexual, negligência, exploração comercial ou outro tipo de exploração que resulte, de fato ou potencialmente, na piora da condição de saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto das relações de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 2014). Para fins acadêmicos, as diversas formas de violência contra CAs podem ser organizadas e entendidas em quatro grandes grupos, sendo elas: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional e negligência (Quadro 1).

Quadro 1 - Tipos e definições de violência contra crianças e adolescentes

Abuso físico	É definido como o uso intencional de força física contra a CA que resulta – ou tem algo de risco de resultar – em danos contra a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade. Isso inclui bater, espancar, chutar, sacudir, cortar, estrangular, queimar, envenenar e sufocar, com ou sem objetos.
Abuso sexual	É definido como o resultado do envolvimento sexual de uma CA em atividade sexual que ele/ela não entenda completamente, que seja incapaz de dar seu livre consentimento, devido à incapacidade em seu desenvolvimento para dar consentimento, ou relação que viola os tabus sociais. O abuso pode ser perpetrado por adultos ou outras CA – que, devido à idade/ao estágio do desenvolvimento, está em posição de responsabilidade, confiança ou poder.
Abuso emocional ou psicológico	Envolve momentos isolados, assim como padrões falhos por parte dos pais/cuidadores em promover um ambiente de desenvolvimento saudável, que apoie. Abuso deste tipo incluem restrição de movimentos, menosprezo, censura/culpabilização, amedrontamento, discriminação, ridicularização, entre outras formas de rejeição e hostilidade não físicas.
Negligência	Negligência pode acontecer de maneira isolada ou se estabelecer em uma padrão de atitudes que os pais ou cuidadores não são capazes de oferecer condições para o desenvolvimento e bem-estar da CA. Isso pode acontecer em uma ou mais áreas, como Saúde, Educação, suporte emocional, alimentação, moradia, e condições saudáveis para desenvolvimento. Pais que negligenciam seus filhos não são necessariamente pobres.

Fonte: Adaptado de Butchart, Harvey & Furriss (2006) por Norman (2017).

É importante salientar que uma CA pode estar exposta(o) ou vivenciar qualquer uma destas formas de violência de maneira isolada ou simultaneamente, assim como associada à vitimização em outros ambientes (ROUSTIT *et al.*, 2009).

O local em que acontecem estes episódios também influenciam o campo de estudo. Acadêmicos que trabalham sobre a violência entre pares no ambiente escolar, normalmente, centram suas perguntas sobre as práticas de *bullying*, que é o uso de poder e/ou força para maltratar, intimidar ou ridiculizar um colega (LUCAS *et al.*, 2015). Diferentes estratégias metodológicas podem e são usadas para caracterizar de forma mais precisa essas experiências no ambiente escolar (ex.: ANDRADE *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2010).

Alguns outros pesquisadores focam suas análises sobre a vitimização de crianças e adolescentes no contexto comunitário, isso inclui diversas experiências traumáticas, como ser agredido física ou verbalmente, com arma branca ou de fogo, envolver-se em brigas, entre outros (ex.: ALVES *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2008; XIMENES *et al.*, 2013).

Nesta tese, centramos nossa atenção sobre as formas de abusos físicos ou emocionais no ambiente doméstico perpetrada por pais e mães, e/ou cuidadores legais ou factuais. O objetivo de estudar violência verbal e física é devido ao fato de que estas formas de violências se configuram, normalmente, como atos legítimos e aceitáveis para disciplinar CAs; considerando, também, que negligência e abuso sexual relacionam-se com outras dinâmicas de violência, e que não estão relacionadas como práticas disciplinares, estas não serão objeto deste estudo.

Um detalhamento claro sobre de como é entendida cada prática disciplinar e sua classificação para fins desta pesquisa é apresentada na seção de metodologia, especificamente na apresentação do *WorldSafe Core Questionnaire*. As definições de violência foram baseadas em consenso entre os membros do comitê da *WorldSAFE*, incluindo comportamentos considerados severos no Brasil, no Chile, no Egito, na Índia, nas Filipinas e nos Estados Unidos da América (RUNYAN *et al.*, 2010; SADOWSKI *et al.*, 2004). Embora este instrumento apresente uma definição consensual entre diversos pesquisadores, novas avaliações e classificações do que é moderado e severo devem ser produzidas, como será discutido posteriormente.

3.2 FATORES DE RISCO À VIOLÊNCIA

A violência doméstica contra CA é um fenômeno multifatorial, e que está associado com características individuais, fatores culturais e socioeconômicos (MCCABE; MURPHY, 2016). A estrutura familiar e a relação conjugal tendem a ser fatores importantes no estudo destes problemas. Em uma investigação, no Rio de Janeiro, que analisou diferentes cenários e o risco de CAs sofrerem abusos no contexto doméstico, identificou-se que a estimativa de prevalência de violência pode chegar a 90,2% quando associassem os seguintes fatores: mãe menor de 25 anos, seu companheiro apresenta um baixo nível de ensino formal (ensino fundamental incompleto), presença de 2 ou mais crianças menores de 5 anos no mesmo domicílio e abuso álcool ou de drogas ilícitas pelo companheiro (REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2006).

O abuso de álcool e drogas pelos pais é reconhecido como importante fator de risco que aumenta significativamente o risco de violência no ambiente doméstico, tanto a violência conjugal como contra CAs (GOLDEN; PERREIRA; DURRANCE, 2013). Da mesma forma, a presença de transtornos mentais não tratados em mães, pais, responsáveis e cuidadores são fatores que aumentam o risco da violência contra CAs, principalmente quando esses adultos não recebem tratamento adequado (LEE; GUTERMAN; LEE, 2008). Observa-se, também, um risco maior para CAs em sofrer abusos nas sociedades e grupos sociais em que há uma maior dependência econômica da mãe (MCLANAHAN *et al.*, 2014), ou em famílias que estão expostas a limitações econômicas (MEINCK *et al.*, 2017).

Segundo um relatório da Nações Unidas (UN), a idade e sexo são, também, elementos importantes para o estudo da violência contra CAs. Crianças mais novas correm maior risco de sofrer violência física, este risco diminuiu ao longo do tempo, enquanto as adolescentes do sexo feminino tornam-se mais expostas à violência sexual. O risco de violência física permanece alto entre e adolescentes do sexo masculino desde a infância até adolescência (UNITED NATIONS, 2006).

Outro importante fator de risco a ser reconhecido é que violências severas, principalmente físicas, são precedidas de violências verbais moderadas. Ou seja, gritos e xingamentos costumam preceder formas severas de violência física contra CAs. Um estudo demonstrou que 99,5% dos casos de violência física severa foram precedidos de violência verbal (FLORES SULLCA;

SCHIRMER, 2006). Isto demonstra que a exposição a formas moderadas de disciplina – como gritos – é um fator que aumenta a chance para abusos mais graves.

Ainda, crenças sobre efeito positivo da agressão na educação infantil aumentam o risco de CAs em sofrer violência no ambiente doméstico. Em um estudo com, aproximadamente, 450 pais e mães sobre as formas de punições físicas e emocionais impostas aos filhos e filhas, encontrou-se que ter sofrido um determinado tipo de violência na infância, ou seja, punições físicas ou verbais severas, no ambiente doméstico, aumenta a chance de aceitação destas práticas como algo adequado para ser aplicado aos filhos e às filhas (BUNTAIN-RICKLEFS *et al.*, 1994). Neste mesmo estudo, 24% dos pais e mães entrevistados sofreram algum tipo de punição física severa (como ser queimado ou espancado), sendo que 6% aprovaram estas práticas. Entre eles, 94% sofreram agressões físicas moderadas (como palmadas e tapa no rosto), sendo que 88% aprovaram estas práticas como necessárias e adequadas na sua infância, e para ser reproduzida com seus filhos e filhas.

Assim, a experiência prévia é um fator significativo para prever a aceitação do uso de agressões. Isso ilustra a dificuldade de romper com o ciclo da violência que se impõe nas relações domésticas de cuidado de CAs. Esse fenômeno é descrito na literatura anglo-saxônica como *intergenerational transmission of maltreatment* (IGTM), cuja prevalência varia entre 6,7% a 70%, sendo considerada a prevalência de, aproximadamente, 30% a mais confiável (BERZENSKI; YATES; EGELAND, 2014). Este campo de estudo já conseguiu avançar identificando que as experiências de uma geração, no cuidado disciplinar de seus filhos, influenciará, em certa medida, as ações das gerações futuras. No fenômeno IGTM, observa-se que ser vítima de abuso e violência na infância tende a se reproduzir na vida adulta na condição de perpetrador de violência, seja na relação entre pares (LUCAS *et al.*, 2015), assim como nas relações conjugais ou parentais (ROUSTIT *et al.*, 2009).

A sobrecarga e pouca experiência materna associada ao pouco apoio social e do companheiro aumentam o risco de violência contra CAs, questões sociais configuram-se como estressores e consolidam um ciclo de exposição a experiências de violência, a normatização destas experiências, e, finalmente, a reprodução delas. Isso retrata, de certa forma, um ciclo de violência estrutural, que combina baixa escolaridade, uso de drogas e dependência econômica, que repercute nas condições de saúde e nas relações domésticas do cotidiano, resultando, também, em atos disciplinares violentos (FARMER *et al.*, 2006; FARMER; SEN, 2004).

Violência estrutural está relacionada com a história vivenciada e que se reproduz por meio da negligência e invisibilidade do sofrimento daqueles expostos a situações de pobreza, violência, incluindo abusos domésticos (RYLKO-BAUER; FARMER, 2016). Neste sentido, outra perspectiva que se destaca é da Professora Nancy Scheper-Hughes da *University of California* em Berkeley, no qual ela examina a “violência da vida cotidiana no Brasil” experimentada por mães que perdem seus filhos, refletindo, assim um complexo sistema de negligência e estratégias individuais para superação da dor e do sofrimento que acontecem nas periferias brasileiras (SCHEPER-HUGHES, 1993).

3.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA

Observa-se que as consequências imediatas mais comuns de abuso físico contra CAs são traumatismos cranianos, fraturas no crânio, hemorragias na retina, hematomas surdais, deficiências neurológicas e convulsões (LEEB; LEWIS; ZOLOTOR, 2011). Em um estudo de revisão sistemática com metanálise, foram identificadas e sistematizadas as evidências sobre os efeitos negativos sobre a saúde de CAs de quem sofre abusos físicos, abusos psicológicos e negligência na infância. Por um lado, este estudo sintetiza uma ampla produção de conhecimento e sistematiza os resultados (Quadro 2). Por outro lado, aponta caminhos e problemas a serem resolvidos por futuras pesquisas, sobre as consequências que apresentam evidência fraca, inconsistente ou limitada. Este estudo aponta para a consolidação da clara evidência do risco de problemas de saúde mental, incluindo: depressão, ansiedade, transtornos alimentares e de conduta, risco de abuso de drogas e suicídio, assim como comportamento sexual de risco daqueles expostos à violência física e emocional, e negligência na infância ou adolescência (NORMAN *et al.*, 2012).

Quadro 2 - Nível de evidência para problemas de saúde relacionados à violência

Clara evidência	Evidência Fraca/Inconsistente	Evidência Limitada
Abuso Físico		
Depressão	Doenças cardiovasculares	Alergias
Ansiedade	Diabetes tipo 2	Câncer
Transtorno Alimentar	Obesidade	Problemas neurológicos
Transtorno de conduta	Tabagismo	Má nutrição
Risco/tentativa suicídio	Úlceras	Leiomioma uterino
Abuso de drogas	Hipertensão	Dores na coluna
Comportamento sexual de risco	Dores de cabeça/enxaqueca	Esquizofrenia
	Artrites	Bronquites/enfisemas
	Abuso de Álcool	Asma
Abuso Emocional/Psicológico		
Depressão	Transtorno Alimentar	Doenças cardiovasculares
Ansiedade	Diabetes tipo 2	Esquizofrenia
Risco/tentativa suicídio	Obesidade	Dores de cabeça/enxaqueca
Abuso de drogas	Tabagismo	
Comportamento sexual de risco	Abuso de Álcool	
Negligência		
Depressão	Transtorno Alimentar	Artrites
Ansiedade	Transtorno de conduta	Dores de cabeça/enxaqueca
Risco/tentativa suicídio	Doenças cardiovasculares	Dores na coluna
Abuso de drogas	Diabetes tipo 2	Tabagismo
Comportamento sexual de risco	Abuso de Álcool	
	Obesidade	

Fonte: Norman *et al.* (2012).

Essa revisão aponta resultados semelhantes a outras pesquisas que indicam que as consequências a médio e longo prazo incluem maior risco de quadros internalizados (como: ansiedade, depressão) e ou exteriorizados (como: comportamento agressivo, abuso de substâncias) (BRIERE; ELLIOTT, 2003; GARCIA-MORENO *et al.*, 2006). Um estudo, no Estados Unidos da América, indicou que exposição à violência física na infância está associado a 54% de aumento de chance de transtornos depressivos, 78% de aumento de chance de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou assumir relações sexuais de risco, e 32% de obesidade (SUMNER *et al.*, 2015). Assim, exposição à violência na infância pode afetar o desenvolvimento e influenciar negativamente indivíduos na vida adulta (MADRUGA *et al.*, 2011).

Por outro lado, as consequências da violência extrapolam questões dos indivíduos, e ganham uma dimensão social, como indicado anteriormente sobre a IGTM e o ciclo da violência. Ainda, deve-se considerar o alto custo imposto aos sistemas de saúde para o tratamento das vítimas de abuso (MOORE *et al.*, 2015).

3.4 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

Inicialmente, é importante reconhecer que o Brasil não tem tradição, protagonismo ou vanguarda na pesquisa sobre violência contra CAs, e as implicações no desenvolvimento destes indivíduos. Há uma série de produção teórica que apoia posicionamentos e práticas de proteção das crianças e adolescentes. No entanto, há uma carência de estudos epidemiológicos, transversais e longitudinais que busquem entender a extensão, forma e consequências desta problemática no contexto nacional, com estimativas confiáveis, o que, conseqüentemente, permitam, também, o planejamento de ações no âmbito público e dos profissionais de Saúde.

Para entender a recente produção de dados epidemiológicos sobre o tema, foi realizada uma revisão de artigos sobre a prevalência de abuso contra CAs no Brasil publicados em revistas indexadas pelo portal Scielo (<http://scielo.br>). Para isso, foi utilizado o símbolo de truncagem \$(cifrão) no formulário básico do Scielo para pesquisar palavras com mesma raiz, ou seja, *Violen\$ and Prevale\$*, isso inclui os termos em Inglês e Português (*violence OR violência and prevalence OR prevalência*).

Foram selecionados e analisados os artigos publicados entre janeiro de 2006 a dezembro de 2015. A busca, na primeira fase, não foi restrita ao grupo etário de CA, para maximizar o número de artigos para posterior análise. Foram incluídos estudos transversais ou longitudinais de caráter epidemiológico que indicassem a prevalência da violência contra crianças e adolescentes, independente do tipo de violência e contexto no qual aconteceu. Foram excluídos: I) os artigos de metodologia qualitativa, editoriais e manuscritos teóricos; II) aqueles que não corresponderem à faixa etária de CA (ou seja, indivíduos de 0 a 18 anos); III) estudos sobre outras temáticas e/ou fora do período delineado; e IV) que obtiveram dados de base secundárias, como registro do Conselho tutelar, da polícia, de hospitais ou de outras instituições.

Inicialmente, encontrou-se um total de 278 artigos que tiveram todos títulos e resumos lidos para verificar quais atendiam os critérios desta revisão. Desta forma, foram identificados 30 artigos que apresentavam indicadores sobre a prevalência de violência contra CAs, que são apresentados e analisados a seguir.

3.4.1 Local de realização dos estudos nacionais

No Brasil, os estudos multicêntricos são escassos. Foi identificado um total de 8 publicações nacionais sobre o tema da violência contra crianças e adolescentes, sendo que 7 destas publicações tiveram seus dados coletados na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, realizadas em 2009 (ANDRADE *et al.*, 2012; MALTA *et al.*, 2010, 2012; MALTA *et al.*, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d; OLIVEIRA *et al.*, 2015). O outro estudo multicêntrico que analisou dados sobre violência na infância e adolescência teve seus dados coletados durante I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira realizado entre 2005 e 2006 (ZANOTI-JERONYMO *et al.*, 2009). Importante salientar que nenhum dos estudos multicêntricos identificados tiveram como objetivo central entender em profundidade a questão da violência contra CAs, sendo estas apenas variáveis incluídas em estudos sobre outras temáticas. No entanto, essas publicações representam uma grande contribuição para uma discussão no âmbito nacional, pois permite a comparação entre diferentes estados e regiões do país.

Em relação aos outros estudos, que tiveram apenas um centro de coleta de dados, observa-se que grande parte deles foi realizada na região Sudeste do país, perfazendo um total de 13 estudos, sendo 7 no estado do Rio de Janeiro (BARROS *et al.*, 2013; BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016; MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008; REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2006; ROCHA; MORAES, 2011; XIMENES *et al.*, 2013; XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009), 6 no estado de São Paulo (BORDIN *et al.*, 2006; FALEIROS; MATIAS; BAZON, 2009; FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009; SAMPAIO *et al.*, 2015; STELKO-PEREIRA; SANTINI; WILLIAMS, 2011) e 1 no estado de Minas Gerais (COSTA *et al.*, 2015). Na região Nordeste, foram desenvolvidos 5 estudos, sendo 4 deles no Estado de Pernambuco (BARREIRA; LIMA; AVANCI, 2013; BRITO; OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2009) e um no estado da Bahia (ALVES *et al.*, 2012). Os 3 estudos da região Sul foram todos desenvolvidos no Estado do Rio Grande do Sul (KONRADT *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2008; MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011). Foi identificado apenas um estudo realizado na região Centro-Oeste do país, especificamente na região metropolitana de Brasília (RIBEIRO *et al.*, 2015). Finalmente, não foi identificado nenhum estudo realizado exclusivamente na região Norte do Brasil, sendo

que os poucos dados sobre a prevalência da violência contra crianças e adolescentes desta região referem-se aos estudos multicêntricos.

3.4.2 Instrumento para identificação da violência usados em estudos nacionais

Observa-se que os instrumentos para coleta de dados utilizados foram diversos, o que dificulta a comparação dos resultados entre as diferentes pesquisas, pois o construto e a análise geram uma grande variedade de indicadores. Em algumas pesquisas, como nos estudos Multicêntricos, houve apenas a utilização de perguntas pontuais sobre experiências de violência. Essas perguntas não tiveram sua sensibilidade e especificidade exploradas, o que dificulta a caracterização da experiência vivida e a validade dos resultados. Da mesma forma, limita as análises posteriores e sua relação com outras variáveis.

De outro lado, entre os estudos que optaram por instrumentos padronizados para identificação de violência contra CAs no ambiente doméstico, o *Conflict Tactics Scales* foi o instrumento mais utilizado (BARROS *et al.*, 2013; BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016; MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2011; ROCHA; MORAES, 2011; XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009; ZANOTI-JERONYMO *et al.*, 2009). O *Conflict Tactics Scales* e seus complementos e novas versões, como *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2): *Parent-Child Conflict Tactics Scale* (CTSPC): foram desenvolvidos pelo Sociólogo da *University of New Hampshire*, Professor Murray Strauss e seus colaboradores para identificação de violência familiar. Estes instrumentos têm como objetivo central mensurar taxas de prevalência de abuso físico e psicológico. Outros instrumentos padronizados e específicos para identificação de violência contra CAs foram encontrados, como o *WorldSafe Core Questionnaire* (BORDIN *et al.*, 2006). Este instrumento é uma variação do CTSPC, e a versão brasileira do *WorldSafe Core Questionnaire* é o instrumento utilizado nesta pesquisa, desta forma, será apresentado e discutido com maior ênfase nas seções de metodologia e discussão, respectivamente.

Outros instrumentos incluem o *Abuse Assessment Screen* (SILVA *et al.*, 2009), KIDSCAPE (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011), *Things I have seen and heard Youth Self-Report* (XIMENES *et al.*, 2013), e o *Child Abuse Screening Tool – Childrens Version* (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Outra aspecto importante sobre a característica do instrumento é o perfil dos informantes. Alguns instrumentos preconizam que os pais e as mães explicitem as experiências de violência no contexto doméstico, outros são desenvolvidos para CAs falarem sobre suas experiência atuais e, também, há aqueles que investigam entre adultos experiências de violência vivenciados na infância. Esta característica pode influenciar o resultado dos padrões de violência doméstica contra CAs.

3.4.3 Prevalência no Brasil, região Centro-Oeste e Distrito Federal

No Brasil, a prevalência no último ano de violência física severa que, normalmente, inclui bater com objeto, chutar, estrangular, variou entre 7% (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016) e 54,7% (XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009). O estudo com menor prevalência corresponde a um estudo com CAs com deficiência em uma amostra de conveniência de um hospital. A maior prevalência corresponde a formas disciplinares abusivas impostas pelas mães em uma amostra de escolares. Embora esses resultados apresentam grande variabilidade, alguns estudos apresentaram resultados semelhantes, no que se refere à violência física severa, como no estudo de Bordin *et al.* (2006) e Zanoti-Jeronymo *et al.* (2009), que indicam a prevalência de violência física severa de 10,1% e 10,3%, respectivamente. Da mesma forma, Barros *et al.* (2013) e Rocha e Moraes. (2011) encontraram prevalência de abusos físicos de 22,6% e 19,8%, respectivamente.

No contexto escolar, *Bullying*, ou seja, violência entre pares na escola, apresenta indicadores diversos, com prevalência acima de 67% (BRITO; OLIVEIRA, 2013; FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009) e menor de 8% (MALTA *et al.*, 2014b, 2014d), esta variabilidade de resultados está, certamente, relacionada com o construto e metodologia. Especificamente no Distrito Federal, prevalência de *bullying* na pesquisa nacional da Saúde de escolares foi de 6,5% em 2009 (MALTA *et al.*, 2010) e 7,0% em 2012, o que não corresponde à diferença substancial, enquanto no Brasil foi de 7,2% (MALTA *et al.*, 2014b).

Na região Centro-Oeste, o único estudo transversal de caráter epidemiológico sobre violência na infância e adolescência encontrado aconteceu entre escolares, e investigou as diversas formas de violência sofrida por CAs, incluindo física, verbal e sexual. Ribeiro *et al.* (2015) encontraram alta prevalência de violência física (85,4%), violência psicológica (62,5%) e

violência de cunho sexual (34,7%). Este estudo realizado no Recanto das Emas-DF indica uma alta prevalência de violência física severa (21,5%), semelhante aos estudos de Barros *et al.*, (2013) e Rocha and Moraes, (2011). Ainda, dados dos estudos multicêntricos apontam que a região Centro-Oeste apresenta uma alta prevalência de exposição à violência parental severa, estimada em 25,9% (ZANOTI-JERONYMO *et al.*, 2009), que se configura entre as mais altas do país.

Importante considerar que estes estudos apresentam limitações, inerentes à pesquisa sobre violência, quanto à seleção da amostra, tipo de informação coletada (estrutura da pergunta e origem do construto), risco e/ou medo de implicações sociais e legais que estão relacionadas ao reconhecimento da situação de abuso, perguntas sobre um passado distante em que afetos podem sobre ou subestimar a experiência. Ainda, a seleção de artigos não permitiu identificar outras publicações em revistas não indexadas no Portal Scielo. No entanto, justifica-se esta escolha de seleção de artigos pois os principais estudos tiveram, pelo menos uma publicação em revistas brasileiras que estão no Portal Scielo, como a Revista de Epidemiologia, a Revista de Psiquiatria, a Revista de Saúde Pública, entre outras. Abaixo, apresenta-se um quadro com a lista de todas as publicações analisadas (Quadro 3).

Quadro 3 – Artigos sobre violência contra CAs no Brasil entre 2006 e 2015.

Autor, ano	Título	Cidade, UF - Região	Amostra	Instrumento	Resultados	Sumário
Bordin <i>et al.</i> , 2006	Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida.	São Paulo, SP - SUDESTE	Amostra de 89 domicílios (perda amostral 11%); 37 (41,6%) meninas e 52 (58,4%) meninos.	WorldSafe Core Questionary; Child Behavior Checklist – CBCL; SRQ-20.	A prevalência de punições físicas severas foi de 10,1% e que teve alta <i>odds</i> com experiência materna de punição na infância (OR = 5,3) e problemas de saúde mental entre CA (OR = 9,1).	Primeiro estudo Brasileiro com amostragem probabilística de base populacional que explorou a relação entre saúde mental materna; de crianças e adolescentes e o uso de disciplinas no ambiente doméstico.
Reichenheim <i>et al.</i> , 2006	Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde	Rio de Janeiro, RJ - SUDESTE	Amostra de 540 participantes em 205 domicílios elegíveis.	Conflict Tactics Scales (CTSPC); Conflict Tactics Scales (CTS2); CAGE.	A estimativa de co-ocorrência de violência foi de 18,9%. Em algum cenários, esta estimativa pode chegar a 90,2%.	Estudo com base uma amostra de usuários de serviços de saúde apresenta o perfil da violência contra CA e mulheres. Os autores argumentam para a responsabilidade dos serviços de saúde para questões de violência doméstica.
Moreira <i>et al.</i> , 2008	A violência comunitária e o abuso de álcool entre adolescentes: comparação entre sexos	Porto Alegre, RS, SUL	2.039 estudantes (10-19 anos) de escolas públicas e privadas.	Instrumentos padrões do V Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes.	43% foram submetidos à violência comunitária moderada e 10% à violência grave.	O estudo apresenta um panorama da violência comunitária entre adolescentes em Porto Alegre. Observou que fazer uso de álcool está relacionado com maior risco de sofrer violência comunitária.
Moura <i>et al.</i> , 2008	Deteção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.	Rio de Janeiro, RJ – SUDESTE	524 adultos que acompanhavam crianças em atendimento nos hospitais.	Conflict Tactics Scales (CTSPC)	A prevalência de: violência psicológica: 94,8% (IC95%: 92,9-96,2), negligência: 60,3% (IC95%: 55,9-64,7) violência física: 47,2% (IC95%: 42,7-51,8).	Primeiro estudo carioca sobre prevalência e notificações em hospital. O estudo comparou os casos de notificação em relação à prevalência identificadas, e observou que negligência são notificados enquanto violência física e verbal são menos prioritárias.

Ximenes <i>et al.</i> , 2009	Violência e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância	São Gonçalo, RJ SUDESTE	287 crianças.	Escala de Inteligência Wechsler para Crianças; ABEP; Conflict Tactics Scales; Violência Escola e Comunidade; Child Behavior Checklist.	TEPT em 10,8%; 25,5% Violência severa do pai contra a criança; 58,2%. TEPT este associado com violência severa da mãe OR: 5.91 (95% IC 4.65-7.51) e do pai OR: (1.54 1.28-1.84).	O estudo focou em TEPT, deixando de lado outros quadros de comorbidade, que derivam de experiências violentas ou negativas.
Zanoti-Jeronymo <i>et al.</i> , 2009	Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira	Multicêntrico	3.007 indivíduos de 14 anos de idade ou mais (sobre suas experiências na infância).	Hispanic Americans Alcohol Survey – HABLAS.	44,1% abuso físico na infância, sendo 10,3% severo. 26,1 sofreram abuso pelo pais ou mãe na infância, sendo que 21.2% mulheres e 15,8% homens.	Resultados parte do I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira.
Faleiros <i>et al.</i> , 2009	Violence against children in the city of Ribeirão Preto: child abuse prevalence estimated from school system data.	Ribeirão Preto, SP – SUDESTE	305 professores, (representam 6.907 crianças de 0 a 10 anos em creches e escolas).	Cartilha Epidemiológica (Bringiotti, 2000).	A prevalência de 5,7% maus-tratos, sendo maior em creches 8% (IC95%: 7-9) que em escolas do ensino fundamental 3,9% (IC95%: 3,3- 4,6).	O estudo utiliza uma abordagem interessante, pois reconhece a capacidade da escola em identificar maus-tratos em CA.
Francisco and Libório, 2009	Um Estudo sobre <i>Bullying</i> entre Escolares do Ensino Fundamental.	Presidente Prudente, SP- SUDESTE	283 estudantes do ensino fundamental (10-18 anos).	Questionário de 28 questões fechadas desenvolvidos pelos pesquisadores.	68.5% das CA referem ter sofrido algum tipo de maltrato na escola.	Estudo com instrumento e análise confusas. Limitado quanto a sua representatividade e fidelidade dos resultados.
Silva <i>et al.</i> , 2009	Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência	Recife, PE – NORDESTE	170 mulheres maiores de 19 anos, atendidas em serviço de saúde	Abuse Assessment Screen.	39,7% história de violência familiar na infância e/ou adolescência de mulheres vítimas de violência na vida adulta.	Do total de mulheres com história de violência na infância e/ou adolescência, 60,0% declararam o pai como perpetrador Viés: baseado na memória, que pode subestimar ou sobrestimar o evento.
Malta <i>et al.</i> , 2010	Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.	Multicêntrico; 26 capitais e DF.	60.973 estudantes de escolas públicas e privadas	Questionário (Health Behaviour in School-aged Children & Youth Risk Behavior Surveillance System)	12,9% (IC95%: 12,4-13,4) briga ou agressão; violência intrafamiliar foi referida por 9,5% (9,1%-9,9)	Ampla estudo nacional, observa-se o central interesse na sensação de insegurança de CA e suas experiências no último ano e mês. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2009

Rocha and Moraes, 2011	Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói.	Niterói, RJ – SUDESTE	278 crianças (0-9 anos)	TWEAK (Tolerance; Worry; Eye-opener; Annoyed; Cut-down); ABEP; CAGE; Non-Student Drugs Use Questionnaire; Parent-Child Conflict Tactics Scales.	96,7% (IC 95%: 94,7-98,8) de agressão psicológica; 93,8% (IC 95%: 92,0-96,7) de castigo corporal; 51,4% (IC 95%: 45,5-57,3) de violência física moderada e 19,8% (IC 95%: 15,1-24,5) grave.	O estudo identificou que as mães são as principais agressoras, e, neste sentido, faz um argumento claro sobre a atenção primária apoiar as famílias. O estudo teve baixa recusa, apenas duas, sendo assim, destaca-se a metodologia.
Stelko-Pereira <i>et al.</i> , 2011	Punição corporal aplicada por funcionários de duas escolas públicas brasileiras.	Cidades não informadas no interior do estado de SP – SUDESTE	396 estudantes de duas escolas públicas.	Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar; Inventário de Depressão Infantil (CDI); Escala de Engajamento Escolar.	Os resultados foram apresentados por escolas. Na escola 1, a prevalência de agressão física por parte de funcionários foi de 1,6%; e na Escola 2 de 12,2%.	Estudo trata sobre experiências de violência/abuso cometido por funcionário, incluindo professores, de escolas públicas. Representa um dos poucos estudos no Brasil sobre o tema, mas, devido à estratégia de amostragem, apresenta dados limitados para generalização.
Oliveira <i>et al.</i> , 2011	Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: a (in)visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil.	Recife, PE – NORDESTE	333 Adolescentes (10-19 anos) atendidos e 436 prontuários do serviço de saúde especializado em adolescentes.	Questionário estruturado desenvolvido pelos pesquisadores.	Nas entrevistas, identificou-se a prevalência de 41,4% de violência doméstica, sendo que, na análise dos prontuários, a prevalência foi de 1,8%.	Observa-se uma subnotificação dos casos de violência doméstica em adolescentes nos serviços de Saúde. Diferente da maioria dos estudos, neste, o pai foi identificado como principal agressor.
Moura <i>et al.</i> , 2011	Prevalência e características de escolares vítimas de <i>bullying</i>	Pelotas, RS, SUL	1.075 estudantes (06-18 anos) de escolas públicas	KIDSCAPE; Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).	A prevalência de <i>bullying</i> – últimos 30 dias – foi de 17,6%. Casos anormais pelo SDQ total não foram analisados, somente por subgrupos.	Embora o estudo apresente resultados interessantes, não foram apresentados os valores de referência do SDQ, o que limita na comparação, e vieses.
Andrade <i>et al.</i> , 2012	Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e <i>bullying</i> entre adolescentes escolares brasileiros	Multicêntrico; 26 capitais e DF.	60.973 estudantes de escolas públicas e privadas	Questionário (Health Behaviour in School-aged Children & Youth Risk Behavior Surveillance System)	A prevalência de <i>bullying</i> – últimos 30 dias – foi de 31%; de consumo de bebida alcoólica foi de 27,3%. Associação entre álcool e violência física entre meninos (OR: 2,21, IC95%: 1,12-4,39)	Publicação resultante da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2009. Neste artigo, os autores apresentam a relação da violência e prevalência de consumo de álcool entre escolares brasileiros.

Alves <i>et al.</i> , 2012	Community violence and childhood asthma prevalence in peripheral neighborhoods in Salvador, Bahia State, Brazil	Salvador, BA – NORDESTE	1.445 crianças (4 a 12 anos) respondente: pais/resp. (amostra domiciliar)	Violência: 6 sim ou não perguntas (relativo ao período de 12 meses)	17.8% foi vítima de violência comunitária Asma 23,1%	Exposição à violência comunitária está associada a um risco aumentado de ter asma OR = 1.78 (95%CI: 1.11-2.85)
Barreira <i>et al.</i> , 2013	Co-ocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do Recife, Brasil: prevalência e fatores associados	Recife, PE – NORDESTE	302 escolares (15-19 anos)	Conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory (excluindo as perguntas relativas à violência sexual)	A prevalência de violência física: 19,9%, violência psicológica: 82,8% co-ocorrência de violência física e psicológica: 18,9%	Fator de risco: sofrer violência física do pai, entre irmãos e em namoros anteriores, além de ter perpetrado violência verbal em relacionamentos anteriores, foram variáveis que aumentaram a chance de perpetração de violência no namoro.
Barros <i>et al.</i> , 2013	A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade	Rio de Janeiro, RJ – SUDESTE	31 adolescentes atendidos no ambulatório, infectados por transmissão vertical (mãe-filho)	Parent-Child Conflict Tactics Scales Escala de Violência Psicológica	Prevalência no último ano, de punição física foi de 42%, sendo que em 22,6% houve punição física grave, como bater com um objeto em alguma parte do corpo foi a mais comum.	Estudo inovador, no sentido que investigou a prevalência em um grupo populacional específico, adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical. Combinou metodologia quantitativa, como metodologia qualitativa, assim apresenta um panorama mais amplo e claro do fenômeno da violência neste grupo.
Konradt <i>et al.</i> , 2013	Early trauma and mood disorders in youngsters	Pelotas, RS - SUL	231 adolescentes, sendo 95 grupo controle; 82 transtorno depressivo maior (TDM), e 54 bipolares (TB)	Entrevista Clínica DSM-IV Trauma: Questionário sobre Traumas na Infância	A prevalência global de trauma na infância foi de 42,2%, sendo maior nos grupos de TDM (62,2%) e TB (54,7%), quando comparados ao grupo-controle (18,1)	Inova no sentido que agrupa diferentes grupos e investiga a prevalência global e de cada grupo. Aqui, trauma inclui, mas não se limita, a abusos físicos e verbais dos pais, sendo importante considerar a necessidade de maior investigação sobre o construto trauma nas interações domésticas de cuidado e disciplina.

Brito and Oliveira, 2013	<i>Bullying</i> and self-esteem in adolescents from public schools.	Olinda, PE – NORDESTE	237 estudantes, entre 13 e 19 anos de escolas públicas	Questionário – nome não identificado, validado que foi desenvolvido para estudantes portugueses, com adaptações para contexto/vocabulário local.	A prevalência de <i>bullying</i> foi de 67.5%, nas últimas duas semanas. As meninas foram maioria no grupo de adolescentes com baixa autoestima.	Estudo concentra-se sobre um grupo de escolas que participaram do Programa de Saúde na Escola, na região de Olinda-PE. Importante projeto, uma vez que permite monitorar a efetividade do programa ao longo do tempo em relação às práticas de <i>bullying</i> e autoestima dos estudantes.
Ximenes <i>et al.</i> , 2013	Violência comunitária e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em crianças e adolescentes	São Gonzalo-RJ, SUDESTE	399, com idade entre 9 e 16 anos.	Coisas que vi e ouvi" (CVO [Things I have seen and heard] Youth Self-Report 20 questões da escala TEPT	A grande maioria vivenciou pelo menos um tipo de violência (86,2%), sendo que 34,3% sofreram de 2 a 3 tipos violência, 30,6% de 4 a 9 tipos, e 21,3% sofreram apenas um tipo de violência. A prevalência de TEPT foi de 9,2%.	Estudo foca sobre as experiências de violência comunitária em contexto de vulnerabilidade social e sua relação com o transtorno de estresse pós-traumático. Os resultados demonstram um número grande de CA e adolescentes expostos de maneira repetida a situações de violência.
Malta <i>et al.</i> , 2014b	<i>Bullying</i> em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012)	Multicêntrico; 26 capitais e DF.	109.104 estudantes do 9º ano de escolas públicas e privadas	Questionário estruturado autoaplicável, com três perguntas sobre (i) sentir-se bem na escola, (ii) sofrer, e (iii) praticar <i>bullying</i> .	A prevalência nacional de <i>bullying</i> foi de 7,2%, no DF foi similar (7,0% 95IC 6,0 – 8,3). Fatores associados incluem ter 14 anos e mais (OR = 1,08), meninos (OR = 1,87), de raça/cor preta (OR = 1,14) e amarela (OR = 1,15).	Amplo estudo sobre as condições de saúde entre estudantes: PeNSE. Enquanto amostragem e análise apresentam elevado grau de qualidade, os construtos e perguntas limitam-se à generalidade dos termos usados.

Malta <i>et al.</i> , 2014a	Situações de violência vivenciadas por estudantes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escola (PeNSE 2012)	Multicêntrico; 26 capitais e DF.	109.104 estudantes do 9º ano do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas	Questionário estruturado autoaplicável, com oito perguntas sobre vitimização.	A prevalência nos últimos 12 meses de agressão física: 15,9%, briga: 20,7%, briga com arma branca: 7,3%, briga com arma de fogo 6,4%, agressão física por familiar: 10,6%. A maior prevalência está entre meninos de escolas públicas	Neste artigo da pesquisa sobre as condições de saúde entre estudantes: PeNSE, observa-se o interesse em entender as situações violentas que CA são expostas na comunidade e no contexto doméstico. Importante e preocupante retrato da cotidianidade da violência na vida de CA.
Malta <i>et al.</i> , 2014c	Fatores associados aos ferimentos em adolescentes, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012)	Multicêntrico; 26 capitais e DF.	109.104 estudantes do 9º ano do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas	Questionário estruturado autoaplicável, com perguntas sobre fatores contextuais de violência; contexto familiar; saúde mental; comportamentos individuais de risco e ou de proteção.	Foi estimado que 10,3% dos adolescentes sofreram lesões graves nos últimos 12 meses, como cortes ou perfurações, ossos quebrados ou juntas deslocadas. Meninos com maior idade tiveram maior chance de sofrer lesões graves. Negros e pardos, estudantes de escolas públicas e adolescentes que trabalham tiveram OR aumentada e significativa.	Um dos artigos com maior número de informação sobre a experiências de CA no Brasil no âmbito das lesões e saúde mental. Parte da pesquisa sobre as condições de saúde entre estudantes: PeNSE.
Malta <i>et al.</i> , 2014d	<i>Bullying</i> and associated factors among Brazilian adolescents: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012)	Multicêntrico. 26 capitais e DF	109.104 estudantes do 9º ano do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas	<i>Bullying</i> : Uma perguntas sobre experiência de <i>bullying</i> , associada com outras variáveis do estudo	A prevalência de <i>bullying</i> – 30 dias – foi de 7,2%. Ser fumante (OR 1,61), usar álcool (OR 1,22), experimentar drogas (OR 1,44) e manter relações sexuais (OR 1,22) apresentam-se como variáveis associadas a sofrer <i>bullying</i> .	Neste artigo da pesquisa sobre as condições de saúde entre estudantes: PeNSE, foi realizada a análise sobre as variáveis associadas aos indivíduo que sofrem <i>bullying</i> .

Ribeiro <i>et al.</i> , 2015	Prevalência das várias formas de violência entre escolares	Recanto das Emas, DF – CENTRO OESTE	288 crianças entre 11 e 15 anos.	Child Abuse Screening Tool Childrens Version	A prevalência de violência física foi de 85,4%, violência psicológica de 62,5%; e violência de cunho sexual 34,7%.	Estudo pioneiro na região do Centro-Oeste brasileiro que investiga a prevalência. Não indica no texto se a prevalência investigada refere-se à vida, ao ano ou ao mês. Assume-se pela referência do autor que seja de 12 meses. Não apresenta análise inferencial.
Oliveira <i>et al.</i> , 2015	Causas do <i>bullying</i> : resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar	Multicêntrico. 26 capitais e DF	109.104 estudantes do 9º ano do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas	Duas perguntas sobre <i>bullying</i>	As causas do <i>bullying</i> não foram identificadas em 51,2% dos casos; seguidas de questões relacionadas à imagem ou aparência corporal, 18,6%; aparência do rosto, 16,2%; raça ou cor, 6,8%; orientação sexual, 2,9%; religião, 2,5%; e região de origem, 1,7%.	Dados similares quanto à prevalência dos apresentados anteriormente nas outras publicações da série sobre a pesquisa das condições de saúde entre estudantes: PeNSE. Apresenta análises complementares sobre as causas de <i>bullying</i> .
Costa <i>et al.</i> , 2015	<i>Bullying</i> among adolescents in a Brazilian urban center – “Health in Beagá” Study	Belo Horizonte, MG – SUDESTE	598 adolescentes, entre 14 e 17 anos. Estudantes, embora a amostragem seja de base populacional.	<i>Bullying</i> : Duas perguntas sobre experiência de <i>bullying</i> , associadas com outras variáveis do estudo probabilística em três estágios: setores censitários, residência e indivíduos.	A prevalência de <i>bullying</i> foi de 26,2%, sendo que a maioria dos casos aconteceu no caminho da escola (70,5%). Sofrer <i>bullying</i> esteve relacionado à insatisfação e a problemas com os pais.	Estudo sobre a saúde em Belo Horizonte-MG, chamado “Saúde em Beagá”. Esta publicação enfoca sobre as questões relacionadas com as experiências de <i>bullying</i> em uma amostra populacional de estudantes.
Sampaio <i>et al.</i> , 2015	Emotions of students involved in cases of <i>bullying</i>	Não informada, SP – SUDESTE	232 estudantes entre 10 e 18 anos, de uma escola pública.	Questionário desenvolvido pelos pesquisadores com 19 perguntas	A prevalência de <i>bullying</i> - últimos 30 dias encontrada foi de 22,2%. Raiva foi o sentimento mais comum entre meninas (70,4%) e meninos (52%)	Estudo com escolares. Apresenta sentimentos relacionados à experiência de <i>bullying</i> . Não apresenta análise inferencial.

Barros <i>et al.</i> , 2016	A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências	Rio de Janeiro, RJ - SUDESTE	270 questionário aplicados a mães de crianças e/ou adolescentes com deficiência internados em um hospital	Parent-Child Conflicts Tactics Scales	Prevalência de agressão psicológica de 83,7%; física de 84,4% (sendo 7% grave e 1% gravíssimo). 96,5% das CA que sofreram punição corporal, também sofreram agressão psicológica ($p < 0,01$).	Este estudo sobre CA com deficiências, apresenta dados preocupantes devido à maior prevalência, no geral, e ao risco aumentado de sofrer violência intrafamiliar do que aquelas sem deficiência.
-----------------------------	---	------------------------------	---	---------------------------------------	--	--

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Explorar as associações entre o uso de disciplinas moderadas e severas, e as condições de saúde mental materna e de CAs.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimar as proporções das diferentes formas de disciplinas utilizadas por pais e mães em duas comunidades de Ceilândia;
- b) Estimar a prevalência de transtorno mental entre mães;
- c) Estimar a prevalência de transtorno mental entre CAs;
- d) Delinear um perfil educacional e socioeconômico das famílias;
- e) Estimar a prevalência de crianças e adolescentes expostas a situações de abuso físico e emocional;
- f) Estimar a prevalência de violência conjugal na vida e no último ano;
- g) Identificar as características de saúde mental das CAs vítimas de violência.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE DELINEAMENTO

Foi utilizado um delineamento transversal para coleta de dados na cidade de Ceilândia, especificamente no Setor Habitacional Sol Nascente e Setor Habitacional Pôr do Sol.

A base de dados da Pesquisa Nacional Amostragem Domiciliar (PNAD) de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) serviu como referência para determinar quais setores censitários compreendem a área das duas regiões. De acordo com a base da PNAD, o Sol Nascente e o Pôr do Sol possuem 83 setores censitários, com um total de 19.005 domicílios. Setenta e três setores censitários pertencentes ao Setor Habitacional Sol Nascente (88%), com um total de 16.814 domicílios. Dez setores censitários pertencentes ao Setor Habitacional Pôr do Sol (12%), com um total de 2.191 domicílios (IBGE, 2010).

5.1.1 Plano amostral

Para reproduzir ao máximo a estrutura da população na amostra e, assim, torná-la representativa, os domicílios foram selecionados por meio de um esquema amostral complexo. A amostragem complexa deve ter, pelo menos, uma das seguintes características (PESSOA; NASCIMENTO SILVA, 1998):

- a) estratificação;
- b) conglomeração das unidades primárias;
- c) e/ou probabilidade desigual de seleção.

É importante salientar que, se tais características não são incorporadas na análise, as estimativas pontuais e dos desvios padrões estão incorretos, o que torna os testes de hipóteses e intervalos de confiança errados e, assim, invalidam o estudo. Os domicílios foram selecionados por uma amostragem probabilística por conglomerados em dois estágios:

- a) estratificação das unidades primárias (setores censitários);
- b) probabilidade de seleção proporcional ao tamanho (total de domicílios no setor censitário).

O estrato foi definido pelos Setores Habitacionais do Sol Nascente e do Pôr do Sol. Os setores censitários fornecidos pela PNAD formam o conglomerado de domicílios (Unidade primária de seleção), e, por fim, o domicílio é a unidade secundária de seleção.

5.1.2 Tamanho amostral das unidades primárias e secundárias

O tamanho da amostra de domicílios foi calculado pela seguinte fórmula (COCHRAN, 1977):

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p * (1 - p)}{\epsilon^2}$$

Onde:

- z é o quantil da normal padrão;
- p é a probabilidade de ocorrência de algum evento de interesse;
- ϵ é o erro amostral.

Como não tínhamos conhecimento sobre a estimativa confiável de casos de abusos físicos e verbais na região, não foi possível definir, a priori, o valor de p , assim, seu valor foi fixado em $p=0.5$. Isto significa que o valor maximiza a variância em uma distribuição de Bernoulli. Isso superestima o tamanho amostral, o que, na prática, é aceitável, pois, quanto mais informações, maior confiança há nos resultados. Devido ao tempo e ao custo, o valor do erro amostral foi fixado em $\epsilon = 0.05$, isso significa que a amostra permite um erro de, no máximo, 5% nas proporções estimadas. Por fim, fixamos α em 5%, o que corresponde ao valor de $z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$. Diante desses valores, podemos simplificar o cálculo de n como apresentado abaixo (COCHRAN, 1977). Portanto, 401 domicílios foram selecionados para receber visita.

$$n \approx \frac{1}{\epsilon^2} = \frac{1}{0.05^2} = 401.$$

Para determinar a quantidade de setores censitários (conglomerados) selecionados, a quantidade de setores censitários foi calculada pela seguinte fórmula (COCHRAN, 1977):

$$m = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * M * V^2}{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * V^2 + (M - 1)\epsilon^2}$$

Onde:

- z é o quantil da normal padrão;
- $V^2 = \frac{\sigma^2}{\bar{y}^2}$ é o quadrado do coeficiente de variação de uma variável em nível de conglomerado;
- M é o total de conglomerados na população. Aqui, M é dado por 83, que é o número de setores censitários nas regiões Sol Nascente e Por do Sol;
- ϵ é o erro amostral.

Para o cálculo de V^2 , a variável utilizada foi o número total de indivíduos menores de 18 anos. A justificativa é que, com essa variável, podemos utilizar a população-alvo para determinar a quantidade de setores a serem selecionados e, assim, minimizar o efeito da não resposta. Como os resultados são mais importantes no nível de domicílio do que no nível de setor censitário, e, novamente, devido ao custo e tempo, o valor de ϵ foi fixado em 0,1; o que permite um erro amostral, no nível de conglomerado, de, no máximo, 10% nas proporções estimadas, e, assim, fornece uma quantidade de setores factível para o andamento do estudo. O resultado de m foi 33 setores censitários a serem visitados pelos pesquisadores.

5.1.3 Alocação das amostras em cada estrato

Foi utilizada a alocação proporcional ao tamanho de cada estrato para distribuir as amostras, ou seja, para o Setor Habitacional Sol Nascente, foram visitados 352 ($401*73/83$) domicílios foram distribuídos em 29 ($33*73/83$) setores censitários. Para o Setor Habitacional Pôr do Sol, foram visitados 48 ($401*10/83$) domicílios, que foram distribuídos em 4 ($33*10/83$) setores censitários (Apêndice A).

5.1.4 Seleção dos setores censitários

A fim de cobrir uma grande área espacial em cada Setor Habitacional, a seleção dos setores censitários, em cada estrato, foi feita utilizando o método proposto por Bennett *et al.* (1991), ou seja, amostragem sistemática com probabilidade de seleção proporcional ao tamanho do setor (total de domicílios). Os 29 setores selecionados no Setor Habitacional Sol Nascente possuem um total de 6.757 domicílios e um total de 8.794 indivíduos menores de 18 anos. Já os 4 setores selecionados para no Setor Habitacional Pôr do Sol possuem um total de 984 domicílios e um total de 1.344 indivíduos menores de 18 anos.

5.1.5 Seleção dos domicílios

A seleção dos domicílios, no segundo estágio, também foi feita por amostragem sistemática, porém, com equiprobabilidade, ou seja, todos os domicílios pertencentes ao mesmo setor possuíam a mesma probabilidade de serem selecionados, a qual é dada por $\frac{1}{N_i}$, em que N_i é o total de domicílios no i -ésimo setor censitário, com $i=1, 2, \dots, 33$. Para determinar a quantidade de domicílios visitados em cada um dos 33 setores selecionados, foi utilizada uma alocação proporcional ao tamanho do setor censitário. Ou seja,

- Sol Nascente:

$$n_i = 353 * \frac{N_i}{\sum_{i=1:29} N_i}$$

- Pôr do Sol:

$$n_i = 48 * \frac{N_i}{\sum_{i=1:4} N_i}$$

Em que n_i é o tamanho da amostra de domicílios no i -ésimo setor censitário.

Para a seleção das unidades primárias e secundárias, foi utilizado o procedimento SURVEYSELECT do *software* SAS 9.3 (SAS, 2011).

5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O instrumento foi aplicado a mães ou mulheres responsáveis (legais ou de fato) de CAs (indivíduos menores de 18 anos), moradores do Setor Habitacional Sol Nascente e Setor Habitacional Pôr do Sol, em Ceilândia. Estas mães ou mulheres responsáveis (legais ou de fato) foram convidadas a responder sobre as condições socioeconômicas gerais da família, e sobre as estratégias disciplinares aplicadas por elas e seus companheiros a uma criança ou um adolescente específica/o do domicílio, no último ano.

5.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário utilizado é composto por nove partes e um espaço reservado para caracterizar idade e sexo de todas as CAs do domicílio (elemento pré-questionário). O questionário inclui três instrumentos validados e o questionário de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Esta combinação de instrumentos e variáveis nos permitiu explorar os diversos fatores e elementos que podem estar relacionados às práticas disciplinares abusivas contra CAs, e a presença de transtorno mental nas mães e entre as CAs.

5.3.1 Parte pré-questionário

Espaço reservado para caracterização do número, idade e sexo de todos indivíduos menores de 18 anos residentes no mesmo domicílio.

5.3.2 Parte I. Suporte social e familiar

Foram realizadas duas perguntas sobre a presença e frequência de suporte familiar e social recebido pelas mães no cuidado cotidiano de suas CAs.

5.3.3 Parte II. Características demográficas e WorldSAFE Core Questionnaire

Características da CA selecionada para pesquisa: sexo; idade; desempenho escolar ao longo da vida e no último ano letivo; condições gerais de saúde (percepção materna).

Para avaliar, especificamente, as punições utilizadas pelos pais e pelas mães foram utilizados os 31 itens da versão reduzida em Português do *WorldSAFE Core Questionnaire* (Questionário Nuclear WorldSAFE), versão 2013 (BORDIN; PAULA, 2013). Este instrumento foi utilizado em estudos internacionais e no Brasil (BORDIN *et al.*, 2009, 2006; HOFFMANN *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2014; RUNYAN *et al.*, 2010). Os resultados referem-se à experiência de punições severas e moderadas impostas pelas mães, pais ou cuidadores nos últimos 12 meses. Embora o instrumento investigue as práticas disciplinares de pais e mães, somente as mães são convidadas a responder o questionário. Os resultados das experiências são definidas e organizadas em categorias, conforme descrito abaixo (Quadro 4).

Quadro 4 - Definições dos tipos de disciplinas e suas categorias correspondentes

Disciplina não violenta	Explicar que o estava fazendo errado; retirar privilégios; falar para parar ou fazer outra coisa; falar para ficar em algum lugar de castigo; dar outra atividade para fazer.
Disciplina verbal moderada (DVM)	Gritar; recusar conversar com a criança; deixar sem comida.
Disciplina verbal severa (DVS)	Xingar com palavrão; chamar de algo como “coisa ruim”, “burro” ou estúpido; ameaçar abandonar ou ir embora; ameaçar a tirar ele de casa; ameaçar a chamar fantasma, espírito do mal; ameaçar com faca ou revolver; trancar fora de casa.
Disciplina física moderada (DFM)	Dar tapa na cara ou atrás da cabeça; dar uma palmada na bunda; dar um “croque” na cabeça; puxar o cabelo; beliscar; puxou a orelha; forçou a ajoelhar-se; sacudir/chacoalhar (quando >2 anos); colocar pimenta na boca.
Disciplina física severa (DFS) (inclui bater com objeto)	Bater na bunda com objeto como vassoura, cinto; Bater em qualquer outra parte do corpo com objeto como vassoura, cinto; sacudir/chacoalhar (quando <2 anos); chutar; Esganar o pescoço; sufocar com a mão ou objeto; queimar; Espancar.

Fonte: Adaptado de Runyan *et al.* (2010).

5.3.4 Parte III. Histórica Conjugal – Ao longo da vida

Investiga sobre a história conjugal ao longo da vida. Contém perguntas sobre a presença, tipo e frequência de violência conjugal. Nos casos de violência conjugal, perguntas adicionais sobre a presença ou não de CAs são feitas.

5.3.5 Parte IV. Histórica Conjugal – últimos 12 meses

Semelhante à parte anterior do questionário, investiga sobre a presença, o tipo e a frequência de violência conjugal, focando nas experiências com o último parceiro e durante os últimos 12 meses. Caracteriza a relação conjugal atual ou recente; presença ou não de violência conjugal, uso de álcool e drogas pelo parceiro. Nos casos de violência conjugal, perguntas adicionais sobre a presença ou não de CAs são feitas.

5.3.6 Parte V. Experiências maternas na infância

Caracteriza as experiências maternas de vitimização severa durante a infância.

5.3.7 Parte VI. Saúde Mental Materna - Self-Report Questionnaire

A saúde mental materna foi avaliada pelo *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). O SRQ-20 é um instrumento de rastreio com 20 itens que identifica possíveis transtornos psiquiátricos em contextos comunitários e de atenção primária à saúde (BRIERE; ELLIOTT, 2003; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). A versão utilizada neste estudo foi desenvolvida para detectar transtornos não psicóticos, mas sim prováveis casos de depressão, ansiedade e transtornos somáticos (WHO, 1994). Este instrumento tem sido amplamente utilizado no Brasil, o que nos permite discutir e entender em perspectiva nossos resultados (MARI; WILLIAMS, 1986; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). As perguntas são apresentadas a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 – Perguntas do SRQ-20

Tem dores de cabeça frequentes?
Tem falta de apetite?
Dorme mal?
Assusta-se com facilidade?
Tem tremores na mão?
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?
Tem má digestão?
Tem dificuldade de pensar com clareza?
Tem se sentido triste ultimamente?
Tem chorado mais do que de costume?
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
Tem dificuldades para tomar decisões?
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
Tem perdido o interesse pelas coisas?
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
Tem tido a ideia de acabar com a vida?
Sente-se cansada o tempo todo?
Tem sensações desagradáveis no estômago?
Você se cansa com facilidade?

Fonte: Adaptado de Golçalvez, Stein & Kapczinski (2008).

Os resultados podem ser interpretados como variáveis contínuas, mas também categóricas. Neste trabalho, analisamos os resultados como variáveis categóricas, sendo que resultados maiores ou igual a 8 foram considerados casos prováveis de transtorno mental materno. Este ponto de corte é aceitável e já foi utilizado em outros estudos no Brasil (HOFFMANN *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2014).

Nesta seção do questionário, sobre a saúde mental materna, foram incluídas duas perguntas sobre ideação e tentativa de suicídio, como indicado abaixo:

- (i) Alguma vez já pensou em se matar?
- (ii) Alguma vez já tentou se matar?.

5.3.8 Parte VII. Poder de compra da família

Identifica e classifica o poder de compra das famílias. Para isso, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015). Esta classificação identifica itens de conforto, grau de instrução do/a responsável pelo domicílio e acesso a serviços públicos. O resultado final é dividido em 4 faixas de pontuação, e não gera estratos por classes sociais, mas sim em relação ao poder de consumo da família (Tabela 2).

Tabela 2 - Classes econômicas

Classe econômica	Pontuação total ABEP
A	35 – 46
B	23 – 34
C	14 – 22
D	08 – 13
E	00 – 07

Fonte: ABEP (2015).

5.3.9 Parte VIII. Perfil de trabalho e estudos dos pais/cuidadores

Identifica sobre a situação de trabalho e histórico de educação formal da mãe e do pai (ou cuidadores legais ou de fato).

5.3.10 Parte IX. Saúde mental de CAs – Questionário de Capacidades e dificuldades

Questionário de Capacidades e dificuldades (SDQ-Por). Este é um instrumento curto, amigável e fácil de mensurar competências e problemas de comportamento entre CAs. Ele foi desenvolvido em referências às categorias ontológicas do DSM IV e CID-10 (GOODMAN *et al.*, 2003; VAZ *et al.*, 2016). O questionário consiste de 25 itens de rastreio que medem problemas psicológicos, em quatro subescalas: I) problemas emocionais; II) problemas de conduta; III) hiperatividade, falta de atenção; e IV) problemas de relacionamento com amigos. Da mesma forma, o questionário identifica fortalezas, ou seja: V) comportamento pró-social. A folha de impacto avalia sobre a cronicidade, dificuldade, incapacidade social e carga de cuidado para cuidadores.

Nesta pesquisa, foi utilizada a versão de resposta para mães (Pa), foram utilizadas duas versões para os intervalos de idade entre 2 anos e 4 anos (Pa 2-4) e entre 4 anos e 17 anos (Pa 4-17). Os dados foram analisados como variáveis categóricas. Os pontos de cortes foram semelhantes a de outros estudos no Brasil e no mundo, e conforme orienta o autor do instrumento (CARVALHO, 2015; GOODMAN *et al.*, 2003) (Tabela 3).

Tabela 3 - Pontos de corte do Questionário de Capacidades e dificuldades.

Mães como respondente	Normal	Limítrofe	Clínico
Pontuação Total	0-13	14-16	17-40
Hiperatividade	0-5	6	7-10
Emocional	0-3	4	5-10
Conduta	0-2	3	4-10
Pares	0-2	3	4-10

Fonte: Carvalho (2015); Goodman *et al.* (2003).

5.4 COLETA DE DADOS

Uma equipe de oito pessoas foi formada para coleta de dados, sendo cinco entrevistadores, uma auxiliar de pesquisa para mapeamento e identificação dos setores e casas, um supervisor de campo e um supervisor geral da pesquisa. Os entrevistadores e o supervisor de campo possuem educação superior, e possuem ampla experiência em aplicação de questionário e coleta de dados no âmbito acadêmico. Devido às características do campo em que os dados foram coletados, caracterizado pela ausência de identificação nas ruas, uma pessoa da comunidade foi convidada para integrar a equipe, como auxiliar de pesquisa, para dar suporte na identificação dos pontos iniciais e finais de cada setor censitário. Embora houvesse coordenadas geográficas e uso de *Global Position System* (GPS), a partir dos dados do IBGE (ver exemplo Anexo A), o campo apresentava peculiaridades que demandaram tal apoio.

Finalmente, a supervisão geral ficou sob responsabilidade do doutorando que ofereceu um curso de treinamento sobre a pesquisa no período anterior à coleta de dados. O curso de treinamento teve duração de 8 horas e serviu para apresentação da pesquisa, focando nas características do instrumento e possíveis dúvidas na sua aplicação. Ainda, os entrevistados foram treinados para proteger a identidade e privacidade das participantes, e garantir o sigilo das informações. O treinamento aconteceu no Auditório do Laboratório Interdisciplinar de Biociências no dia 19 de julho de 2016, e a coleta de dados foi, posteriormente, iniciada, sendo

concluída em meados de setembro de 2016. A entrada no campo foi planejada para que a coleta fosse rápida, evitando que respondentes circulassem informações sobre a natureza da pesquisa.

Como a coleta de dados foi realizada com mulheres, e o questionário envolvia perguntas de violência conjugal, seguimos as orientações do guia da Organização Mundial da Saúde “*Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women*” (WHO, 2001). Estas orientações incluem: (i) a preferência por mulheres no processo de coleta de dados, neste ponto quatro, oitenta por cento (80%) dos entrevistadores eram mulheres; (ii) o estudo foi formatado e apresentado como “os desafios de cuidar de CAs”, e não sobre violência parental ou conjugal como tema central, ver exemplo da capa do material de coleta de dados (Apêndice B); (iii) nunca entrevistar mais de uma mulher no mesmo domicílio, o que não ocorreu em nosso estudo; (iv) alocar recursos e treinar a equipe para visitas de retorno, assim, quando a privacidade não estava garantida e quando a entrevistada não estivesse presente no domicílio no momento da primeira visita, realizamos até cinco visitas de retorno. Desta forma, garantimos um percentual muito baixo de perdas; (v) os questionários não devem ter nome das respondentes, assim, nós identificamos por meio de códigos os questionários; (vi) quando necessário, foram oferecidas informações sobre o serviço de atenção básica à saúde de referência.

Para garantir a qualidade dos dados e aderência aos procedimentos, a coleta de dados foi monitorada com visitas não anunciadas no campo e 40% das participantes foram contatadas por telefone para verificar e confirmar sua participação na pesquisa.

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados no programa Excel, por três estudantes de graduação na área da Saúde. Esta combinação de múltiplos digitadores foi escolhida para reduzir erros de digitação. Para a análise dos resultados, foram consideradas as especificações corretas do estrato, cluster e peso de cada domicílio para a correta estimação pontual dos erros padrões e estimação das proporções. Conseqüentemente, isto nos garante a validade dos dados. Salienta-se que, com a correta especificação dos diferentes elementos da amostragem, a amostragem complexa tipicamente fornece resultados mais precisos do que a amostragem por conglomerados e amostragem aleatórias simples (PESSOA; NASCIMENTO SILVA, 1998).

Os dados foram analisados utilizando o pacote do programa SAS versão 9.3, disponível no Laboratório do Departamento de Estatística da Universidade de Brasília. Todos os comandos foram programados em pares, pelo doutorando e um estatístico, pós-graduado e com experiência em pesquisa com amostragem complexa. As seguintes análises foram conduzidas:

- a) médias e desvio padrão foram geradas para ter uma visão geral sobre o perfil dos participantes;
- b) prevalência e intervalos de confiança dos diferentes tipos de disciplinas utilizadas por ambos os países e em cada um deles foram calculados;
- c) regressão logística foi realizada para identificar os fatores associados com as punições moderadas e severas, e a Odds Ratio correspondente, considerando 95% de intervalo de confiança. Para determinar a significância, Wald's Chi-Square test foi aplicado.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu às exigências éticas e científicas estabelecidas, e tratou os sujeitos envolvidos em sua dignidade, respeitando em sua autonomia e privacidade. Seguimos as recomendações preconizadas pela Resolução Número 466/2012 (CNS, 2012). A coleta de dados ocorreu de forma voluntária e teve como pré-requisito o consentimento informado das mulheres mães. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice C). O projeto foi autorizado pela direção da Faculdade de Medicina e recebeu parecer de avaliação ética favorável, pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (Parecer: 1.521.672), no dia 29 de abril de 2016 (Anexo B).

6 RESULTADOS

Quatrocentas e uma casas foram visitadas. Em todas as casas da amostragem, havia, pelo menos, 1 indivíduo menor de 18 anos e sua respectiva cuidadora legal ou fatural. Em 4 (1%) casas, as mulheres recusaram-se a participar da pesquisa. Em 4 casas (1%), a avó estava presente como responsável durante as visitas. Em 27 casas (6,8%), a mãe biológica da criança não fazia parte da família que coabitava, sendo que, em 24 (6,0%) destas casas, a CA morava exclusivamente sob o cuidado das avós, tendo o avô como companheiro, e, em 3 (0,8%) casas, a criança morava com a tia, tendo um companheiro como figura paterna, nestes casos, as partes III, IV, V e VI do instrumento de pesquisa foram direcionadas para a avós e tias, cuidadoras de fatural/legal.

6.1 COMPOSIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS E DE SUAS FAMÍLIAS

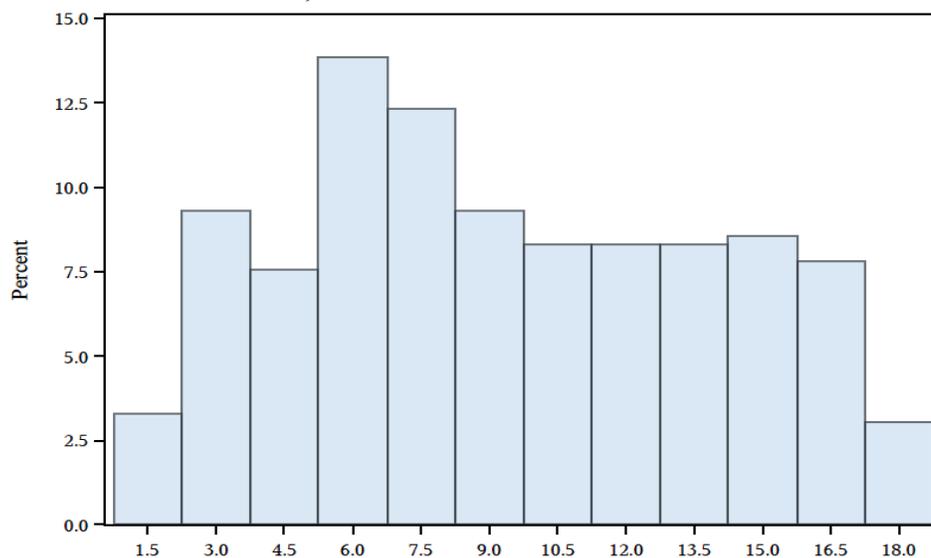
A maioria das famílias era composta por 2 ou 3 filhos/as, perfazendo um total de 54,7% e 26,9%, respectivamente (Tabela 4). A idade média das CAs encontrada foi de 9 anos (DP: 5,0)(Gráfico 1).

Tabela 4 - Composição das Família da amostra

Famílias	1 filho	2 filhos	3 filhos	4 filhos	5 filhos	6 filhos	7 filhos	Total
N	8	228	107	39	11	3	1	397
%	2%	57,4%	26,9%	9,8%	2,8%	0,8%	0,3%	100%

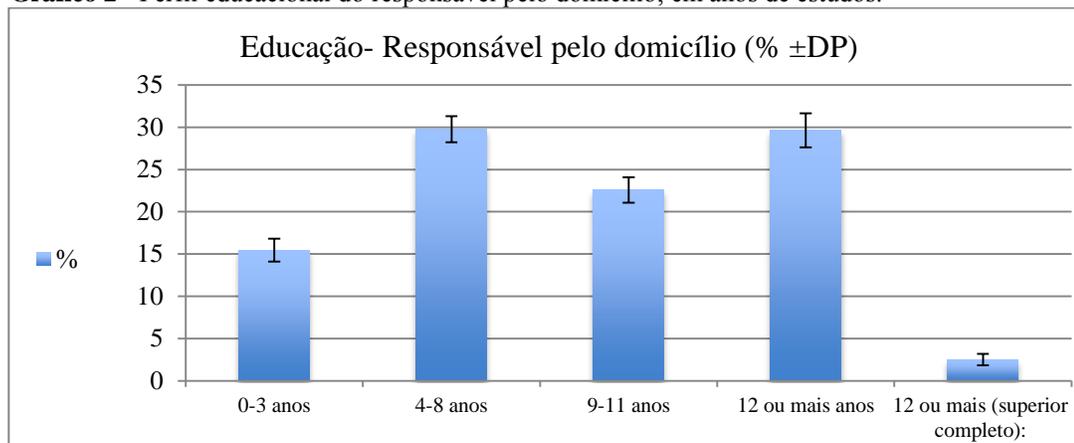
Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Grande parte das CAs estava matriculada e frequentando a escola (73,6% [95%IC: 69,1-78,0%]). Entretanto, estimamos que, aproximadamente, 4,1% [2,4-5,9%] das CAs em idade escolar haviam abandonado os estudos naquele ano. A prevalência de repetência no último ano foi de 28,5% [23,6-33,4%].

Gráfico 1 - Idades das crianças e dos adolescentes

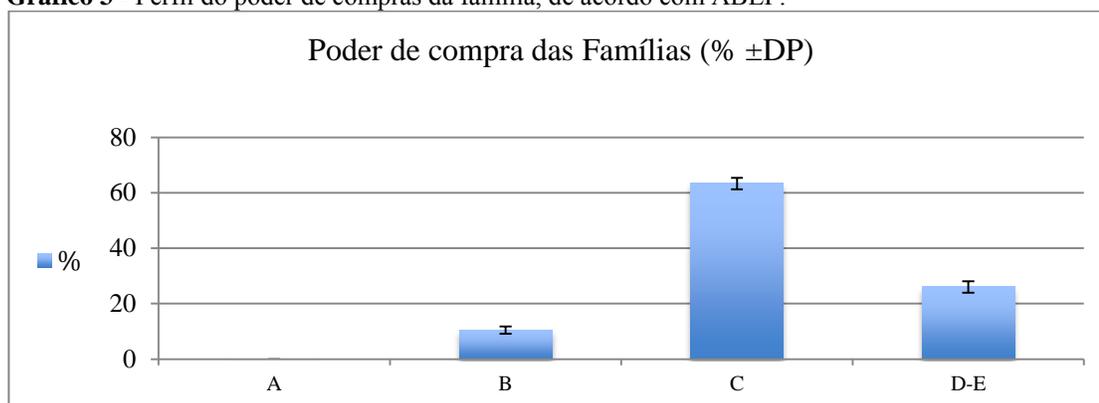
Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

A escolaridade do responsável pelo domicílio está dividida em dois grandes grupos, daqueles com ensino fundamental incompleto (de 4 a 8 anos de estudo formal) e com ensino médio completo, mas sem ensino superior (12 anos ou mais de estudo formal). (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Perfil educacional do responsável pelo domicílio, em anos de estudos.

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Em relação ao poder de compra, observa-se que grande parte das famílias está na classe C, seguida das classes D-E, e de uma menor proporção na classe B. (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Perfil do poder de compras da família, de acordo com ABEP.

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

A taxa de desemprego entre os responsáveis pelo domicílio foi de 22,8% [13,5-21,3%]. Em relação à inserção no mercado de trabalho, ou ocupação formal das mulheres, observou-se que 61,0% (DP: 2,10) não estava trabalhando.

A maioria das CAs (63,4%; DP: 2,0) vivia em casas, cujo o responsável pelo domicílio era, também, o pai biológico, seguido por domicílios em que a mãe era considerada a responsável pelo domicílio (20,4%; DP: 0,1), avós (9,83%; DP: 0,8), e, finalmente, o padrasto (4,2%; DP: 0,9).

Em relação ao apoio familiar, 21,6% (DP: 2,1) das mulheres indicaram que nunca recebem apoio, ou seja, nenhum apoio da família na vida cotidiana. Enquanto 20,8% (DP: 2,1) indicaram que, às vezes, podem contar com apoio familiar. Pouco mais da metade (57,6%; DP: 2,5) sempre conta com apoio familiar, quando necessita.

O apoio comunitário é ausente (42,0%; DP: 3,0) ou muito pouco (13,4%; DP: 2,08) para grande parte das mulheres. Ainda, 30,7% (DP: 2,4) considera receber algum apoio comunitário e, apenas, 9,80% (DP: 1,6) considera receber muito apoio comunitário.

6.2 VIOLÊNCIA CONJUGAL, E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Observa-se uma alta prevalência de agressões de maridos ou companheiros contra mulheres. Tapa na cara é a agressão mais prevalente ao longo da vida e nos últimos doze meses. Grande parte destas agressões aconteceu sob a observação de CAs (Tabela 5).

Tabela 5 - Prevalência de violência conjugal ao longo da vida e no último ano (%)

		Longo da vida	Últimos 12 meses
Tapa na cara	1-2 vezes	10.4 (DP: 1.8)	6.3 (DP: 1.9)
	3 ou mais vezes	11.3 (DP: 1.6)	4.9 (DP: 1.1)
Chute	1-2 vezes	5.3 (DP: 1.1)	3.0 (DP: 1.2)
	3 ou mais vezes	9.6 (DP: 1.4)	4.6 (DP: 1.0)
Soco	1-2 vezes	4.7 (DP: 0.9)	1.7 (DP: 0.6)
	3 ou mais vezes	10.1 (DP: 1.5)	4.7 (DP: 1.0)
Espancou	1-2 vezes	3.3 (DP: 0.7)	1.2 (DP: 0.5)
	3 ou mais vezes	7.9 (DP: 1.2)	2.6 (DP: 0.8)
Usou ou ameaçou com faca, revólver	1-2 vezes	3.3 (DP: 0.9)	1.4 (DP: 0.6)
	3 ou mais vezes	5.0 (DP: 1.1)	2.2 (DP: 0.8)
Crianças que presenciaram a agressão	Sim	88.7 (DP: 2.3)	
	Não	6.3 (DP: 1.9)	
	Não Sei	4.9 (DP: 1.1)	

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Em relação ao uso de álcool, 26,0% (DP: 3,0) das mães indicaram que o marido ou companheiro ficou bêbado no ambiente doméstico nos últimos 12 meses, enquanto 3,7% (DP: 0,8) indicaram uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, *crack*) pelo marido ou companheiro ao longo do último ano.

6.3 EXPERÊNCIAS DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA MATERNA

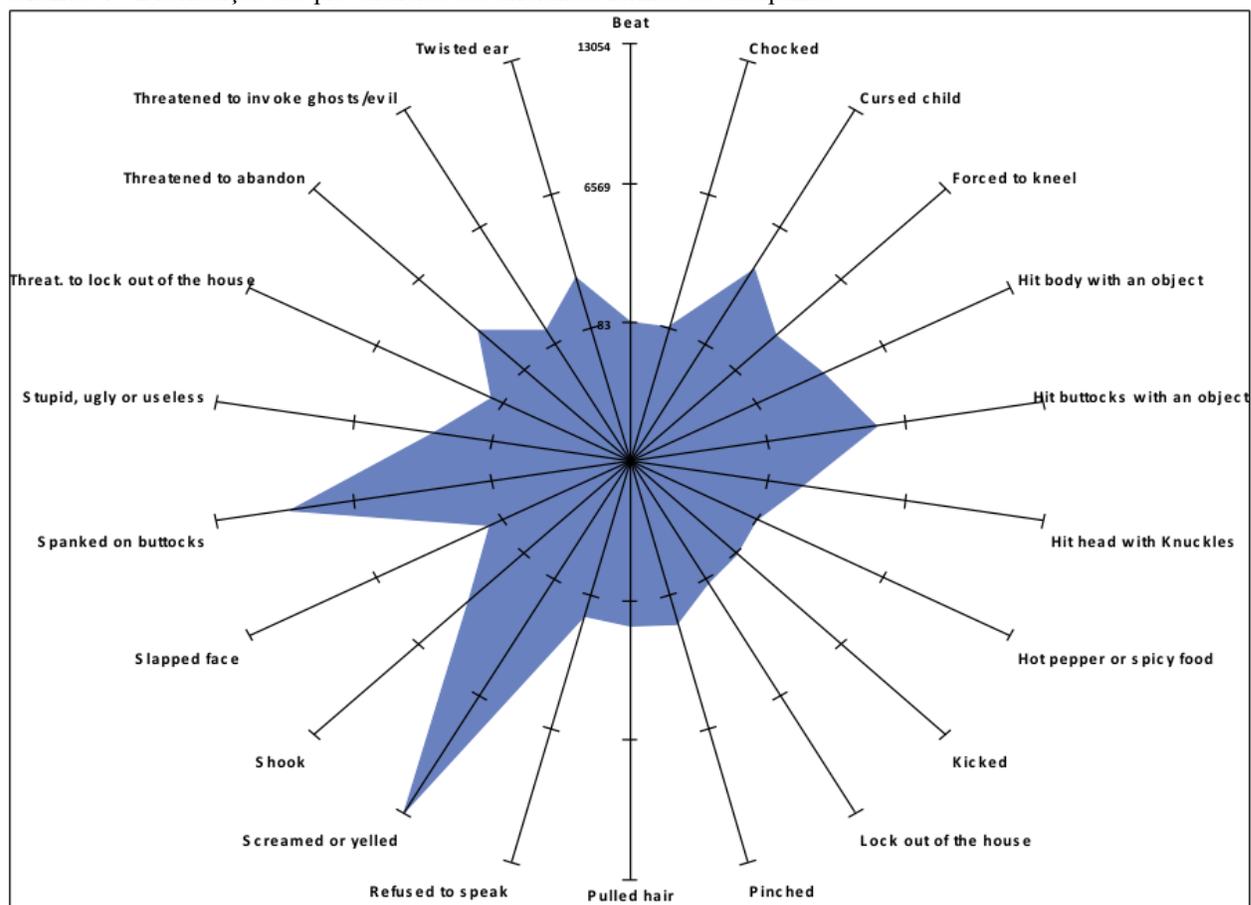
Mais de 40% das mulheres sofreram algum tipo de violência severa imposta por pai ou mãe na sua infância; sendo que 6,7% (DP: 1,3) das mulheres indicaram que foi uma ou duas vezes que receberam algum tipo de castigo severo na infância, enquanto a maioria, 35,3% (DP: 2.43), recebeu três ou mais vezes estes tipos de castigos.

6.4 AGRESSIVIDADE E VIOLÊNCIA NO PROCESSO EDUCATIVO DE PAIS E MÃES

A seguir, apresentam-se os resultados sobre o uso disciplina verbal moderada (DVM), disciplina verbal severa (DVS), disciplina física moderada (DFM) e disciplina física severa (DFS). Nossos resultados indicam que grande parte das famílias tem diferentes formas de

punições verbais e físicas, moderadas e severas, como parte das estratégias disciplinares. No gráfico 4, é possível observar as proporções estimadas de cada estratégia disciplinar.

Gráfico 4 - Distribuição das prevalências das diferentes formas de disciplinas



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Quanto à prevalência, estimou-se que a maioria das CAs esteve exposta, no último ano, a três vezes ou mais a DVM e DFM, com a prevalência de 62,0% [57,0- 67,1%] e 51,2% [46,2- 56,1%], respectivamente. A prevalência, três vezes ou mais no último ano, de DVS foi de 28,0% [23,3-33,3%] e DFS de 21,8% [18,2-25,4%]. Em todos os casos, a mãe foi a que usou, mais frequentemente, as formas mais severas de disciplinas (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência estimada das diferentes formas de disciplina.

		DVM	DVS %; [95% IC]	DFM	DFS
Nunca	Ambos pais	31.2 [26.9-37.1]	62.8 [57.5-68.0]	40.2 [35.4-44.9]	70.3 [65.4-75.2]
	Mãe	32.7 [27.5- 37.8]	64.4 [59.40 - 69.45]	40.3 [35.6-45.1]	71.3 [66.5-76.2]
	Pai	64.1 [56.9- 71.3]	87.4 [84.2- 90.0]	64.6 [59.0-70.1]	89.5 [86.0-92.9]
1 ou 2 vezes	Ambos pais	5.9 [3.7-08.2]	8.8 [5.5-12.2]	8.6 [5.6-11.6]	7.8 [4.0-11.6]
	Mãe	5.9 [3.7- 8.2]	8.5 [5.2-11.8]	8.9 [5.7-12.1]	7.2 [3.5-11.0]
	Pai	3.2 [1.6-4.8]	1.5 [0.3-2.7]	5.4 [2.9-7.8]	3.9 [1.8-5.9]
3 vezes ou mais	Ambos pais	62.1 [57.0-67.1]	28.3 [23.3-33.3]	51.2 [46.2-56.1]	21.8 [18.2-25.5]
	Mãe	61.4 [56.3-66.4]	26.9 [22.1-31.8]	50.7 [45.8-55.6]	21.4 [17.8-25.0]
	Pai	32.7 [25.8-39.6]	11.0 [8.1-13.9]	29.9 [24.3-35.7]	6.5 [4.0-9.63]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

6.5 SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES

Na avaliação das condições de saúde mental, pelo SDQ, a média obtida da população em geral foi de 8,45 (Tabela 7).

Tabela 7 - Média e Intervalo de confiança: SDQ e Subescalas

SDQ e Subescalas	Média
Total	8.45 [7.78-9.13]
Pares/Amigos/Colegas	1.65 [1.49-1.81]
Hiperatividade	2.86 [2.64-3.08]
Emocional	2.00 [1.73-2.28]
Conduta	1.93 [1.71-2.14]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

A prevalência de provável ou detectado problemas de saúde mental entre CAs foi de, aproximadamente, 20%. A subescala “Conduta” identificou um número maior de quadros limítrofes e clínicos. Enquanto as subescalas “Hiperatividade” e “Emocional” seguiram a tendência do resultado global em torno de 10%. As menores prevalências foram observadas em problemas na subescala que avaliava capacidade, “Pró-Social” (Tabela 8).

Tabela 8 - Prevalência de casos normais, limítrofes e clínicos.

		Ambos	Menino %; [95% IC]	Menina
SDQ total	Clínico	9.9 [6.1-13.7]	10.0 [6.0-14.0]	9.1 [4.80-13.5]
	Limítrofe	7.2 [4.9-9.5]	8.08 [4.6-11.6]	6.1 [3.2 -8.9]
	Normal	82.8 [78.2-87.4]	81.82% [76.52-87.13]	84.7 [79.5-89.9]
SDQ Conduta	Clínico	19.7 [16.7-22.8]	19.69% [15.26-24.12]	19.4 [13.8-25.0]
	Limítrofe	13.1 [10.1-16.2]	11.07% [06.75-15.40]	14.5 [09.5-19.6]
	Normal	67.1 [62.8-71.4]	69.22% [64.39-74.05]	66.0 [57.5-74.5]
SDQ Emocional	Clínico	12.3 [9.3-15.4]	12.68% [08.85-16.52]	12.0 [8.0-15.9]
	Limítrofe	8.6 [5.69-11.5]	08.75% [04.89-12.61]	7.8 [4.41-11.2]
	Normal	79.0 [74.1-83.9]	78.55% [72.39-84.71]	80.1 [75.1-85.2]
SDQ Hiperatividade	Clínico	9.1 [6.1-12.2]	11.51% [07.48-15.55]	7.5 [2.8-12.2]
	Limítrofe	8.3 [5.9-0.7]	13.02% [08.69-17.35]	3.9 [1.7-06.1]
	Normal	82.5 [78.6-86.4]	75.45% [69.58-81.33]	88.5 [83.3-93.7]
SDQ Pares	Clínico	13.2 [9.9-16.5]	13.53% [08.38-18.67]	12.0 [7.7-16.3]
	Limítrofe	10.4 [8.2-12.6]	08.99% [06.31-11.68]	12.0 [8.8-15.2]
	Normal	76.3 [72.5-80.1]	77.46% [71.87-83.05]	75.9 [70.5-81.3]
Pro Social	Clínico	4.4 [2.5-6.2]	04.69% [01.69-07.68]	3.2 [1.41-4.9]
	Limítrofe	4.0 [2.4-5.6]	05.73% [02.60-08.87]	2.5 [0.8-4.2]
	Normal	91.6 [89.2-93.9]	89.56% [85.30-93.82]	94.2 [91.2-97.2]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Nos casos em que as cuidadoras identificaram possíveis problemas de saúde mental entre CAs, foi questionado em que medida elas entendiam que essas dificuldades aborreciam ou incomodavam os próprios filhos/as, sendo que 90% reconheceram haver algum aborrecimento ou incômodo. Ainda, foi questionado sobre em que medida elas reconheciam que essas dificuldades atrapalhavam no cotidiano da CA. A escola é o cenário da vida cotidiana que mais apresenta dificuldades para CAs com problemas emocionais ou de comportamento, seguida da própria casa e da relação com os amigos (Tabela 9).

Tabela 9 - Nível de dificuldades em cenários da vida cotidiana.

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
	% (DP)			
Em casa	36.05% (4.18)	44.54% (5.19)	19.39% (3.83)	0
Com amigos	46.53% (4.71)	36.98% (5.24)	15.59% (3.40)	0.88% (0.67)
Na escola	24.52% (4.49)	34.34% (5.13)	35.02% (5.58)	6.01% (1.80)
No lazer	74.49% (4.01)	22.55% (4.08)	2.06% (1.21)	0.88% (0.67)

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

6.6 SAÚDE MENTAL – MATERNA

A Prevalência de transtorno mental entre mães, casos positivos de acordo com o SRQ, foi de 21,4% [17,9-24,9%]. Ideação e pensamento suicida esteve presente em 18,9% [15,9-21,9%] dos casos; sendo que, em 8,0% [5.5-10.6%] dos casos, houve uma tentativa ou mais tentativas de tirar a própria vida.

6.7 SAÚDE MENTAL MATERNA – FORMAS DE DISCIPLINAS

Em casas em que as mães apresentam alguma problema de saúde mental, é possível observar que a prevalência de abusos é maior quando comparado às casas em que a mãe não apresenta um problemas de saúde mental. É importante observar que a saúde mental da mãe parece ser um fator que influência, também, as ações disciplinares dos pais, pois há um aumento na prevalência de abuso paterno, assim como os próprios quando a mãe está vivenciando um problema de saúde mental (Tabela 10).

Tabela 10 - Prevalência das Formas de disciplina e saúde mental materna.

Saúde mental Materna		Ambos	Pai	Mãe
DVM	Sem transtorno	64.12% [58.13-70.12]	32.00 [23.83-40.18]	63.43 [57.41-69.45]
	Com transtorno	83.39 [71.81-96.12]	56.72 [35.61-77.83]	83.39 [71.81-96.12]
DVS	Sem transtorno	32.26 [26.61-37.91]	9.83 [7.0-12.67]	30.40 [24.69-36.10]
	Com transtorno	40.68 [24.97-56.38]	15.09 [1.0-30.00]	37.61 [23.35-51.88]
DFM	Sem transtorno	55.64 [49.92-61.32]	31.37 [25.11-37.63]	55.64 [49.95-61.36]
	Com transtorno	75.48 [61.17-89.92]	39.09 [19.13-59.06]	75.48 [61.17-89.22]
DFS	Sem transtorno	26.09 [20.61-31.57]	09.11 [5.56-12.66]	25.29 [20.26-30.32]
	Com transtorno	42.69 [25.70-59.67]	12.62 [1.7-26.9]	39.97 [23.16-56.77]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

6.8 VIOLÊNCIA QUE GERA VIOLÊNCIA

Identificamos que CAs expostas à forma de disciplina moderada aumenta significativamente a chance de sofrer uma disciplina severa, ou seja, abuso (Tabela 11).

Tabela 11 - Risco de sofrer abuso após vitimização

CA expostas à:	Maior chance de Sofrer:	Ambos	Pai	Mãe
Chances/risco de (odds)				
Disciplina Verbal moderada	Disciplina Verbal Severa	3.0 *	3.1 *	2.9*
Disciplina Verbal moderada	Disciplina Física Severa	3.7 *	4.3 *	3.7*
Disciplina Física Moderada	Disciplina Verbal Severa	2.8 *	5.2 *	2.8*
Disciplina Física Moderada	Disciplina Física Severa	9.4 *	10.0 *	8.9*
Disciplina Física Severa	Disciplina Verbal Severa	6.8 *	2.5*	7.0*
Disciplina Verbal Severa	Disciplina Física Severa	6.8 *	2.5*	7.0*

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

* $p < .0001$

6.9 AS PERCEPÇÕES MATERNA DE SAÚDE E INCAPACIDADE DE CA E VIOLÊNCIA

Em relação à percepção da mãe sobre a saúde do filho e da filha, e como isso pode influenciar o risco de abuso, encontramos que a percepção materna sobre problemas de fala/audição ou visão, incapacidade física, retardo mental ou problemas emocionais não se associam com o uso de disciplinas moderadas e severas para as CAs com essas características.

Entretanto, as CAs, em que as mães percebiam problemas de desenvolvimento ou problemas de aprendizado, tiveram um maior e significativa chance de sofrer DVS, quando comparados com aqueles que não apresentam estas características. CAs com alguma doença crônica, como asma, tiveram 64% menos chance de sofrer punições físicas severas. Esta foi a única variável com *odds* reduzida na análise da percepção das condições de saúde, e sua associação com o uso de disciplinas moderadas e severas.

Tabela 12 - Fatores associados ao uso de disciplinas por ambos os pais

	Sim (%)	DVM	DVS	DFM	DFS
		Odds [95 % IC]			
Masculino	49.0	0.9 [0.7-1.2]	1.5 ^a [1.1-2.1]	1.5 ^a [1.1-2.0]	1.6 ^a [1.0-2.3]
Reprovação Escolar	28.5	2.8 ^a [1.5-5.0]	1.4 [1.0-2.2]	0.9 [0.5-1.4]	1.4 [0.9-2.1]
Abandono Escolar	4.2	1.7 [0.7-4.0]	0.8 [0.3-1.8]	0.7 [0.2-2.3]	1.3 [0.5-3.5]
Problema crônico de saúde (ex.: asma)	13.5	1.3 [0.79-2.24]	1.2 [0.77-1.90]	1.0 [0.66-1.59]	0.4 ^a [0.15-0.85]
Problemas de fala/audição ou visão	6.1	0.8 [0.3-1.7]	1.3 [0.7-2.7]	1.0 [0.5-2.1]	1.5 [0.7-3.3]
Incapacidade ou deficiência física	0.5	0.70 [0.8-6.5]	-	-	-
Problemas de comportamento ou emocionais	6.4	1.2 [0.5-2.7]	1.3 [0.7-2.9]	1.2 [0.5-2.4]	1.4 [0.7-3.1]
Atraso no desenvolvimento	4.2	4.5 ^a [1.5-13.3]	3.4 ^a [1.4-8.0]	4.2 ^a [1.1-15.1]	2.4 ^a [1.0-6.3]
Retardo mental	0.9	-	02.77 [0.45-16.83]	1.1 [0.2-06.9]	0.2 [0.4-10.4]
Problemas de aprendizagem	6.2	3.0 ^a [1.1-8.3]	02.5 ^a [1.1-5.8]	02.5 ^a [0.1-6.7]	01.7 [0.8-3.4]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

(^a) $p < 0.05$; (-) O número de observações não foram suficientes para a análise.

A percepção materna sobre a dificuldade de cuidar de CAs quando comparam com as outras CAs, também, aumenta a chance de abuso físico para aqueles que são considerados mais difíceis que outros, sendo a *odds* de 5,35 ($p < .0001$) para DFM e *odds* de 3,13 ($p < .0001$) para DFS.

6.10 AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E AS ASSOCIAÇÕES COM VIOLÊNCIA – EXPLORANDO A ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E DISCIPLINAS MODERADAS E SEVERAS NAS DIFERENTES DÍADES

As nossas análises levaram em conta as quatro seguintes díades: pai-filho, pai-filha, mãe-filho e mãe-filha. De maneira geral, encontramos que problemas de saúde mental materno e de CAs, têm um efeito negativo no uso de disciplinas moderadas e severas independente da díade analisada.

Os problemas de saúde mental materno, isolados, associam-se mais com o uso de disciplinas moderadas e severas em meninos. Observamos associação do uso de DFM com problema de saúde mental materno na díade pai-filho (OR 2,2, 95%IC 1,1-4,3) e mãe-filho (OR 2,5, 95%IC 1,4-4,7). Os problemas de saúde mental materno associam-se, também, com uso de DFM pelos pais e mães de meninos, enquanto a menina tem chance aumentada de sofrer DFS de seu pai (OR 2,7, 95%IC 1,0-7,4) (Tabela 13).

Problemas de saúde mental entre CAs têm associação com o uso de DMV, DVS, DFM e DFS. De maneira geral pais e mães usam mais DMV quando o filho ou filha tem problema emocionais ou de comportamento. Não identificamos uma díade específica de maior *odds* para DMV. No entanto, entre CAs com dificuldades emocionais ou de comportamento, ser do sexo masculino está associado a maior chance de sofrer DVS imposta pelo pai (OR 4,1, 95% IC 1,2-13,4) e mãe (3,5, 95% IC 1,6-7,4). O uso paterno e materno de DFM em meninos com problemas de saúde mental teve associação positiva, sendo a *odds* de 3,5 (95%IC 1,6-7,6) e 2,2 (95%IC 1,0-4,8), respectivamente. Em relação à DFM à díade mãe-filha, também, apresentou resultados significativos (OR 1,7, 95%IC 1,0-2,9). Os problemas de saúde mental de CAs associam-se com o uso de DFS na díade mãe-filho (OR 2,2, 95%IC 1,2-4,1) e mãe-filha (OR 2,6, 95%IC 1,3-5,3) (Tabela 14).

Quando combinados os problemas de saúde mental materna e de CAs, não se observou associação com o uso de DVM do pai ou da mãe. Por outro lado, a combinação esteve associada ao uso de DVS por mães, independente do sexo da CA (OR 3,1, 95%IC 1,0-9,6). Da mesma forma, o uso de DFM teve elevada *odds* das análises em relação aos meninos nas diferentes díades, sendo de 9,6 (95%IC 1,5-60,3) para a díade pai-filho e 7,9 (95%IC 1,3-45,9) para a díade mãe-filho. Finalmente, a combinação de problemas de saúde mental materna e de CAs associa-se

ao uso de DFS nas díades em que a mãe esteve presente, sendo a *odds* de 5,5 (95%IC 1,7-17,5) para mãe-filho, e de 2,9 (95%IC 0,9-9,0) para mãe-filha (Tabela 15).

Tabela 13- Associação entre transtorno mental materno e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.

		DVM Odds [95% CI]			DVS			DFM			DFS		
		Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos
CA	Ambos	1.4 [0.9-2.2]	1.3 [0.8-2.2]	1.4 [0.9-2.2]	1.1 [0.5-2.3]	1.3 [0.8-2.1]	1.2 [0.7-2.1]	1.3 [0.8-2.2]	1.4 ^a [0.9-2.1]	1.5 ^a [1.0-2.1]	2.0 ^a [1.1-3.9]	1.3 [0.8-2.0]	1.4 [0.8-2.2]
	Masculino	2.1 [0.9-4.9]	1.8 [0.9-3.8]	1.8 [0.9-3.7]	0.9 [0.3-2.7]	1.0 [0.5-1.9]	1.0 [0.5-1.9]	2.2 ^a [1.1-4.3]	2.5 ^a [1.4-4.7]	2.5 ^a [1.4-4.7]	1.7 [0.6-4.9]	1.5 [0.8-2.6]	1.5 [0.8-2.8]
	Feminino	1.0 [0.4-2.5]	1.1 [0.5-2.5]	1.2 [0.5-2.8]	1.7 [0.6-4.6]	1.9 [0.9-4.3]	1.8 [0.8-4.9]	0.9 [0.3-2.2]	1.0 [0.5-2.1]	1.1 [0.5-2.2]	2.7 ^a [1.0-7.4]	1.3 [0.6-3.1]	1.3 [0.6-3.1]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

^(a) $p < 0.05$ **Tabela 14-** Associação entre transtorno mental de CAs e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.

		DVM Odds [95% CI]			DVS			DFM			DFS		
		Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos
CA	Ambos	1.6 ^a [0.9-2.7]	1.9 ^a [0.9-3.7]	1.8 [0.9-3.6]	2.3 ^a [1.0-5.2]	2.0 ^a [1.2-3.5]	2.0 ^a [1.2-3.4]	1.6 ^a [1.0-2.6]	2.0 ^a [1.3-3.2]	2.0 ^a [1.2-3.2]	0.7 [0.2-2.0]	2.2 ^a [1.3-3.7]	2.1 ^a [1.2-3.5]
	Masculino	1.5 [0.7-3.3]	2.2 [0.9-5.3]	2.1 [0.8-5.2]	4.1 ^a [1.2-13.4]	3.5 ^a [1.6-7.4]	3.0 ^a [1.4-6.4]	3.5 ^a [1.6-7.6]	2.2 ^a [1.0-4.8]	2.2 ^a [1.0-4.8]	0.8 [0.3-2.5]	2.2 ^a [1.2-4.1]	2.0 ^a [1.0-3.8]
	Feminino	1.2 [0.7-2.3]	1.5 [0.6-3.5]	1.4 [0.6-3.3]	0.3 [0.0-1.7]	1.0 [0.5-2.2]	1.2 [0.6-2.3]	0.4 [0.1-1.1]	1.7 ^a [1.0-2.9]	1.6 ^a [0.9-2.9]	-	2.6 ^a [1.3-5.3]	2.6 ^a [1.3-5.3]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

^(a) $p < 0.05$

(-) O número de observações não foram suficientes para a análise.

Tabela 15- Associação entre transtorno mental de CAs e materno e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.

		DVM Odds [95% CI]			DVS			DFM			DFS		
		Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos
CA	Ambos	1.7 [0.6-5.0]	2.0 [0.7-5.0]	1.9 [0.7-4.9]	1.0 [0.1-6.2]	1.7 [0.8-3.6]	1.6 [0.7-3.3]	1.3 [0.4-3.8]	3.0 ^a [1.2-7.3]	3.0 ^a [1.2-7.3]	1.6 [0.4-6.2]	3.5 ^a [1.7-7.1]	3.4 ^a [1.6-7.0]
	Masculino	2.4 [0.5-10.8]	2.8 [0.7-11.1]	2.7 [0.7-10.7]	2.4 [0.3-16.5]	3.1 ^a [1.0-9.6]	2.7 ^a [0.8-8.4]	9.6 ^a [1.5-60.3]	7.9 ^a [1.3-45.9]	7.9 ^a [1.3-45.9]	2.9 [0.5-16.7]	5.5 ^a [1.7-17.5]	5.1 ^a [1.5-17.1]
	Feminino	1.5 [0.3-8.0]	1.8 [0.5-6.3]	1.7 [0.5-6.1]	-	0.9 [0.2-3.6]	0.9 [0.2-3.5]	-	2.1 [0.7-6.1]	2.1 [0.7-6.1]	-	2.9 ^a [0.9-9.0]	2.9 ^a [0.9-9.0]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

^(a) $p < 0.05$

(-) O número de observações não foram suficientes para a análise.

Para aprofundar o entendimento, de como cada elemento da saúde mental de CAs associa-se com o uso de diferentes disciplinas em cada uma das díades, conduzimos análises complementares tendo em conta os resultados das quatro subescalas de dificuldades do SDQ, a saber: (i) problemas entre pares; (ii) problemas emocionais; (iii) problemas de hiperatividade; e (iv) problemas de conduta (Tabela 16).

i) Problemas entre os pares de CAs: esteve associado positivamente, ou seja, maior *odds* para uso de DVM na díade mãe -filho (OR 2,4 95%IC 1,2-4,7), para uso de DVS nas díades pai-filho (OR 3,0 95% 1,1-8,5) e mãe-filho (OR 2,2 95%IC 1,1-4,2), para uso de DFM na díade pai-filho (OR 2,0 95%IC 1,1-3,7), e para uso de DFS nas díades mãe-filho (OR 1,8 95%IC 1,0-3,3) e mãe-filha (OR 1,6 95%IC 0,9-2,9).

ii) Problemas emocionais de CAs: esteve associado com o uso de DVM nas díades em que o filho esteve presente, sendo pai-filho (OR 3,0 95%IC 1,5-6,0) e mãe-filho (OR 3,0 95%IC 1,3-6,7), e com o uso de DFM nas díades de mesmo sexo, pai-filho (OR 2,0 95%IC 1,2-3,2) e mãe-filha (OR 2,0 95%IC 1,0-3,7). Problemas emocionais de CAs não estiveram associados com DVS e DFS em nenhuma das díades.

iii) Problemas de hiperatividade de CAs: esteve associado somente com as formas severas de disciplinas, sendo associado com o uso de DVS nas díades em que o filho esteve presente: pai-filho (OR 2,3 95%IC 1,0-5,2) e mãe-filho (OR 2,4 95%IC 1,3-4,4), e com o uso de DFS na díade mãe-filha (OR 2,4 95%IC 1,1-5,2). Problemas de hiperatividade entre CAs, em nossas análises, não estiveram associados a nenhuma forma moderada de disciplina verbal (DMV) ou física (DFM).

iv) Problemas de conduta de CAs: tiveram maior associação com o uso de disciplinas moderadas e severas, quando comparado com as outras subescalas. O uso de DVM tem *odds* elevada e significativa nas díades pai-filha (OR 4,3 95%IC 2,4-7,8), mãe-filho (OR 1,8 95%IC 1,0-3,4) e mãe-filha (OR 3,5 95%IC 1,9-6,1). Da mesma forma, problemas de conduta associam-se com o uso de DVS nas díades pai-filho (OR 3,5 95%IC 1,4-8,5), mãe-filho (OR 2,4 95%IC 1,4-4,1) e mãe filha (OR 1,5 95%IC 1,0-2,4), assim como DFM nas quatro díades da seguinte forma: pai-filho (OR 3,8 95%IC 2,1-7,1), pai-filha (OR 2,5 95%IC 1,2-4,8), mãe-filho (OR 3,2 95%IC 1,8-5,7) e mãe-filha (OR 2,7 95%IC 1,7-4,1). DFS associa-se com aquelas díades em que a mãe está presente, mãe-filho (OR 1,5 95%IC 0,9-2,5) e mãe-filha (OR 2,0 95%IC 1,0-4,2).

Tabela 16- Associação entre dificuldades específicas de saúde mental de CAs e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.

		DVM			DVS			DFM			DFS		
		Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos
Dificuldades com os pares	Ambos	1.2 [0.7-2.1]	1.2 [0.7-1.8]	1.1 [0.7-1.8]	1.6 ^a [1.0-2.4]	1.8 [0.8-4.4]	1.5 ^a [1.0-2.3]	1.7 ^a [1.0-2.8]	1.4 [0.8-2.6]	1.7 ^a [1.0-2.8]	0.4 [0.2-1.1]	1.6 ^a [1.1-2.3]	1.6 ^a [1.1-2.3]
	Masculino	1.3 [0.7-2.4]	2.4 ^a [1.2-4.7]	2.3 ^a [1.1-4.6]	3.0 ^a [1.1-8.5]	2.2 ^a [1.1-4.2]	1.9 ^a [0.9-3.7]	2.0 ^a [1.1-3.7]	1.6 [0.7-3.2]	1.6 [0.7-3.2]	0.2 [0.0-1.1]	1.8 ^a [1.0-3.3]	1.9 ^a [1.1-3.3]
	Feminino	0.9 [0.4-2.0]	0.6 [0.3-1.1]	0.6 [0.3-1.1]	0.9 [0.3-2.9]	1.3 [0.8-2.2]	1.4 [0.9-2.3]	0.8 [0.3-1.7]	1.7 [0.9-3.3]	1.7 [0.9-3.3]	0.6 [0.2-2.0]	1.6 ^a [0.9-2.9]	1.6 ^a [0.9-2.9]
Dificuldades emocionais	Ambos	2.5 ^a [1.4-4.5]	1.9 ^a [1.1-3.2]	2.0 ^a [1.1-3.5]	1.3 [0.6-2.7]	1.1 [0.7-1.6]	1.0 [0.7-1.5]	1.5 ^a [1.0-2.2]	1.9 ^a [1.1-3.2]	1.9 ^a [1.1-3.1]	1.3 [0.5-2.9]	1.3 [0.7-2.2]	1.3 [0.7-2.2]
	Male	3.0 ^a [1.5-6.0]	3.0 ^a [1.3-6.7]	2.9 ^a [1.3-6.5]	1.4 [0.5-3.7]	0.7 [0.4-1.3]	0.7 [0.3-1.4]	2.0 ^a [1.2-3.2]	1.7 [0.8-3.5]	1.7 [0.8-3.5]	1.5 [0.6-3.8]	1.3 [0.7-2.3]	1.3 [0.7-2.3]
	Female	1.9 [0.9-4.1]	1.2 [0.6-2.4]	1.3 [0.6-2.8]	1.0 [0.4-2.3]	1.8 [0.9-3.4]	1.7 [0.8-3.3]	0.8 [0.4-1.6]	2.0 ^a [1.0-3.7]	1.9 ^a [1.0-3.6]	1.4 [0.4-5.1]	1.7 [0.9-3.4]	1.7 [0.9-3.4]
Dificuldades de hiperatividade	Ambos	1.0 [0.6-1.8]	1.6 [0.8-3.3]	1.6 [0.8-3.3]	1.6 [0.9-3.0]	1.9 ^a [1.1-3.1]	1.9 ^a [1.1-3.1]	1.2 [0.7-1.9]	1.6 ^a [1.0-2.5]	1.6 ^a [1.0-2.4]	0.6 [0.2-1.8]	1.5 [0.8-2.8]	1.4 [0.8-2.7]
	Male	0.8 [0.3-1.8]	1.5 [0.8-2.9]	1.4 [0.7-2.9]	2.3 ^a [1.0-5.2]	2.4 ^a [1.3-4.4]	2.3 ^a [1.3-4.3]	1.6 [0.9-2.7]	1.4 [0.8-2.4]	1.4 [0.8-2.4]	0.3 [0.1-1.1]	1.2 [0.5-2.6]	1.11 [0.5-2.4]
	Female	1.7 [0.7-4.0]	2.3 [0.6-7.7]	2.2 [0.6-7.5]	0.7 [0.2-2.8]	1.1 [0.5-2.3]	1.0 [0.5-2.2]	0.8 [0.3-2.4]	1.9 [0.8-4.2]	1.8 [0.8-4.1]	1.8 [0.4-7.7]	2.4 ^a [1.1-5.2]	2.4 ^a [1.1-5.2]
Dificuldades de conduta	Ambos	2.7 ^a [1.7-4.2]	2.5 ^a [1.6-4.0]	2.4 ^a [1.5-3.9]	2.1 ^a [1.1-3.8]	1.9 ^a [1.3-2.8]	2.0 ^a [1.4-2.8]	2.9 ^a [1.9-4.4]	2.8 ^a [1.9-4.0]	2.7 ^a [1.9-4.0]	0.8 [0.3-2.1]	1.7 ^a [1.0-2.7]	1.6 ^a [1.0-2.7]
	Male	1.5 [0.7-3.2]	1.8 ^a [1.0-3.4]	1.8 ^a [0.9-3.4]	3.5 ^a [1.4-8.5]	2.4 ^a [1.4-4.1]	2.4 ^a [1.4-4.2]	3.8 ^a [2.1-7.1]	3.2 ^a [1.8-5.7]	3.2 ^a [1.8-5.7]	1.0 [0.4-2.5]	1.5 ^a [0.9-2.5]	1.5 ^a [0.9-2.4]
	Female	4.3 ^a [2.4-7.8]	3.5 ^a [1.9-6.1]	3.3 ^a [1.9-5.7]	0.9 [0.3-2.6]	1.5 ^a [1.0-2.4]	1.6 ^a [0.9-2.5]	2.5 ^a [1.2-4.8]	2.7 ^a [1.7-4.1]	2.6 ^a [1.7-4.0]	0.8 [0.2-2.8]	2.0 ^a [1.0-4.2]	2.0 ^a [1.0-4.2]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

(^a) $p < 0.05$

Após analisar, isoladamente a associação de cada condição de saúde mental de CA's, uma combinação foi feita para identificar a associação do uso de diferentes disciplinas em cada uma das díades quando combinadas dificuldades específicas das CAs e problemas de saúde mental materno. A *odds* do uso de disciplinas em diferentes díades foi calculado em relação à combinação de uma das subescalas do SDQ e os resultados positivos do SRQ (Tabela 17).

i) Problema de saúde mental materno & Problemas entre os pares de CAs: esteve associado com o uso de DVM na díade mãe-filho (OR 3,7 95%IC 0,9-14,2), e com o uso de DFM nas díades em que o filho esteve presente: pai-filho (OR 4,7 95%IC 1,8-11,9) e mãe-filho (OR 2,6 95%IC 1,0-7,0). A combinação de problemas de saúde mental materno e de CAs não esteve significativamente associado às formas de disciplinas severas (DVS e DFS).

ii) Problema de saúde mental materno & Problemas emocionais de CAs: esteve associado às formas moderadas de disciplina, sendo associado ao uso de DVM nas díades em que o filho esteve presente; pai-filho (OR 4,7 95%IC 1,3-16,4) e mãe-filho (OR 3,4 95%IC 1,0-11,0). Esteve significativamente associado ao uso de DFM, com elevada *odds* nas díades em que o filho esteve presente: pai-filho (OR 4,0 95%IC 1,9-8,7) e mãe-filho (OR 6,6 95%IC 1,7-24,9). A alta *odds* associada ao uso de DFM em filhos contrasta com a *odds* de 0,1 (95%IC 0,0-0,9) na díade pai-filha, sendo esta foi a única associação em que problemas de saúde mental teve associação negativa significativa estatisticamente.

iii) Problema de saúde mental materno & Problemas de hiperatividade de CAs: a combinação de problemas de saúde mental materno e hiperatividade não esteve associado com DVM, DVS e DFS em nenhuma díade específica, sendo significativamente associada, de forma geral, com o uso de DVM materno (OR 3,5 95%IC 1,3-9,3), DVS materno (OR 1,8 95%IC 1,0-3,3) e DFS materno (OR 2,2 95%IC 1,0-4,7). A combinação esteve associada somente com uma díade específica, mãe-filho, quanto ao uso de DFM (OR 3,0 95%IC 1,0-8,6).

iv) Problema de saúde mental materno & Problemas de conduta de CAs: esteve associado ao uso de DVM nas díades pai-filho (OR 3,0 95%IC 1,1-8,3), mãe-filho (OR 2,6 95%IC 1,0-6,3) e pai-filha (OR 3,9 95%IC 1,1-13,3), ao uso de DVS na díade mãe-filha (OR 2,6 95%IC 0,9-7,2), ao uso de DFM nas díades em que o filho estava presente; pai-filho (OR 8,8 95%IC 3,3-23,7) e mãe-filho (OR 4,1 95%IC 1,7-9,7). Finalmente, o uso de DFS esteve significativamente associada na díade mãe-filha (OR 2,9 95%IC 0,9-8,8).

Tabela 17- Associação entre dificuldades específicas de saúde mental de CAs e Materno e formas de disciplinas moderadas e severas de ambos, pai e mãe.

		MVD			HVD			MPD			HPD		
		Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos	Pai	Mãe	Ambos
SRQ Materno + dificuldades com os pares	Ambos	1.0 [0.4-2.6]	1.5 [0.6-3.7]	1.4 [0.6-3.6]	1.2 [0.3-4.1]	2.2 ^a [1.0-4.6]	2.0 ^a [0.9-4.2]	1.7 [0.7-3.9]	1.8 [0.8-4.0]	1.8 [0.8-4.0]	0.9 [0.2-3.3]	1.7 [0.8-3.6]	1.9 [0.9-4.1]
	Masculino	1.7 [0.7-3.9]	3.7 ^a [0.9-14.2]	3.5 ^a [0.9-13.6]	2.6 [0.7-8.8]	2.3 [0.8-6.3]	2.0 [0.7-5.4]	4.7 ^a [1.8-11.9]	2.6 ^a [1.0-7.0]	2.6 ^a [1.0-7.0]	0.7 [0.0-5.5]	1.5 [0.4-5.0]	1.9 [0.5-6.3]
	Feminino	0.7 [0.1-3.7]	0.8 [0.2-3.0]	0.8 [0.2-3.0]	-	2.5 [0.8-7.2]	2.4 [0.8-7.0]	0.7 [0.1-2.8]	1.6 [0.4-5.7]	1.6 [0.4-5.7]	1.5 [0.3-6.8]	2.4 [0.9-6.2]	2.4 [0.9-6.2]
SRQ Materno + dificuldades emocionais	Ambos	3.3 ^a [1.3-7.1]	2.0 ^a [0.9-4.4]	2.4 ^a [1.1-5.4]	1.2 [0.3-4.1]	1.0 [0.4-2.3]	1.1 [0.4-2.5]	1.6 [0.8-2.8]	2.7 ^a [1.3-5.7]	2.7 ^a [1.3-5.7]	2.3 [0.8-6.6]	1.8 [0.9-3.7]	1.8 [0.8-3.6]
	Male	4.7 ^a [1.3-16.4]	3.4 ^a [1.0-11.0]	3.3 ^a [1.0-10.5]	1.3 [0.3-5.6]	0.7 [0.2-2.2]	0.8 [0.2-2.5]	4.0 ^a [1.9-8.7]	6.6 ^a [1.7-24.9]	6.6 ^a [1.7-24.9]	3.0 [1.0-8.9]	2.0 [1.0-4.0]	1.9 [0.9-4.0]
	Female	2.2 [0.5-8.7]	1.4 [0.5-4.1]	2.2 [0.6-7.4]	1.0 [0.1-7.5]	1.7 [0.5-5.4]	1.6 [0.5-5.1]	0.1 ^a [0.0-0.9]	1.7 [0.6-4.2]	1.7 [0.6-4.2]	-	2.0 [0.6-6.1]	2.0 [0.6-6.1]
SRQ Materno + dificuldades de hiperatividade	Ambos	1.9 [0.7-5.2]	3.5 ^a [1.3-9.3]	3.4 ^a [1.2-9.0]	1.0 [0.2-5.5]	1.8 ^a [1.0-3.3]	1.7 [0.9-3.1]	1.0 [0.3-2.7]	3.0 ^a [1.2-7.3]	3.0 ^a [1.2-7.3]	1.8 [0.4-7.6]	2.2 ^a [1.0-4.7]	2.1 ^a [1.0-4.7]
	Male	1.4 [0.5-4.3]	2.6 [0.9-7.3]	2.5 [0.9-7.0]	1.6 [0.3-7.9]	2.1 [0.8-5.5]	1.9 [0.7-4.9]	2.2 [0.8-6.0]	3.0 ^a [1.0-8.6]	3.0 ^a [1.0-8.6]	1.8 [0.3-10.8]	2.3 [0.8-6.8]	2.1 [0.7-6.6]
	Female	4.6 [0.4-46.2]	-	-	-	1.2 [0.2-6.3]	1.1 [0.2-6.0]	-	5.1 [0.8-31.9]	5.1 [0.8-31.9]	-	1.9 [0.3-11.2]	1.9 [0.3-11.2]
SRQ Materno + dificuldades de conduta	Ambos	3.2 ^a [1.6-6.4]	2.4 ^a [1.2-4.7]	2.3 ^a [1.2-4.6]	2.0 [0.8-4.6]	1.8 ^a [0.9-3.5]	1.8 ^a [0.9-3.5]	3.0 ^a [1.5-6.2]	2.4 ^a [1.3-4.7]	2.4 ^a [1.3-4.7]	2.0 [0.8-5.1]	1.8 ^a [0.9-3.6]	1.9 ^a [0.9-3.8]
	Male	3.0 ^a [1.1-8.3]	2.6 ^a [1.0-6.3]	2.4 ^a [1.0-6.0]	2.6 [0.8-8.1]	1.4 [0.6-3.3]	1.6 [0.7-3.5]	8.8 ^a [3.3-23.7]	4.1 ^a [1.7-9.7]	4.1 ^a [1.7-9.7]	2.1 [0.5-7.6]	1.5 [0.7-3.2]	1.7 [0.7-3.6]
	Female	3.9 ^a [1.1-13.3]	2.7 [0.8-9.7]	2.7 [0.7-9.4]	1.6 [0.3-7.1]	2.6 ^a [0.9-7.2]	2.5 [0.9-7.0]	1.3 [0.3-4.4]	2.2 [0.8-5.9]	2.2 [0.8-5.9]	2.6 [0.5-11.7]	2.9 ^a [0.9-8.8]	2.9 ^a [0.9-8.8]

Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

^(a) $p < 0.05$

(-) O número de observações não foram suficientes para a análise.

7 DISCUSSÃO

A seguir, apresentaremos a discussão dos principais resultados. Para facilitar a leitura, apresentamos a discussão em uma sequência semelhante a que os resultados foram apresentados.

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nossa amostragem, assim como as de outros estudos (BORDIN *et al.*, 2009; CURTO *et al.*, 2011; MELLO *et al.*, 2014), focou em uma população urbana com maior vulnerabilidade social. Estudos centrando em populações de CAs com limitado acesso à informação e aos recursos de cuidado familiar e social, incluindo falta de moradia adequada e saneamento, assim como falta ou insuficiência de serviços de educação, saúde e segurança, tornam-se essenciais, pois apontam para os desafios mais complexos das sociedades contemporâneas.

A população estudada, que se concentra, em grande parte, com poder de compra C e D-E, o que pode representar uma renda familiar em torno de R\$ 2.100,00 (dois mil e cem reais), representa, de certa forma, uma grande parcela de população das periferias urbanas no Brasil. Ainda, é importante salientar que a grande maioria desta população é fruto da recente migração e urbanização da região Centro-Oeste (MATOS; BAENINGER, 2017), o que demanda um amplo debate sobre oportunidades, incluindo o de educação para jovens e adultos, que, certamente, influência nas interações sociais e familiares de pais e mães. Pois observamos que, além do alta taxa de reprovação entre CAs, os seus cuidadores possuem baixa escolaridade.

Recentemente, o Setor Habitacional do Sol Nascente foi incluído como local de interesse para pesquisa em diferentes temas, principalmente na realização de trabalhos de conclusão de cursos da Universidade de Brasília. Entre os inúmeros exemplos, podemos citar a análise das condições de moradia, em que as relações de ocupação do território ganham uma dimensão política e jurídica (SANTOS, 2010), também, sobre como as mães de crianças percebem a comunidade do Sol Nascente como espaço para desenvolvimento de seus filhos, em que elas identificam questões que limitam a liberdade de suas crianças (RIBEIRO, 2015). Por outro lado, alguns trabalhos indicam avanços, como na assistência pré-natal da região, que apresenta um percentual de 79% das mulheres grávidas sendo atendidas ainda no primeiro semestre de gestação (HONORATO, 2015), e a importância das experiências de

brincadeiras de crianças, mesmo quando vivenciando extrema vulnerabilidade (MELO *et al.*, 2014).

Nossos dados sobre a população indica um desafio sobre as relações de insegurança e falta de estrutura para cuidado de CAs. Grande parte das mães indicaram que contam com insuficiente apoio familiar e social para cuidar das CAs, este dado associado com a alta taxa de dependência econômica de mulheres apontam para um risco aumentado de violência conjugal e parental, conforme identificado por outros pesquisadores (REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2006).

7.2 VIOLÊNCIA CONJUGAL

Identificamos uma alta prevalência de violência conjugal, que é uma importante causa de mortalidade e morbidade entre mulheres. No Brasil, ao longo do período de 2001 a 2011, estima-se que, aproximadamente, 50.000 mulheres foram mortas por seus parceiros, ainda, entre 2009 e 2011, no Brasil, foram registradas 13.071 feminicídios, sendo que 1/3 aconteceu dentro do domicílio (BARROS *et al.*, 2016; GARCIA; FREITAS; SILVA, 2013).

Considerando que o óbito é a ponta do *iceberg*, podemos estimar a grande quantidade de mulheres que sofrem violência doméstica nas suas relações conjugais. Em um estudo com 245 mulheres no Recife, identificou-se que, aproximadamente, a metade (46,1%) já havia sofrido algum tipo de violência física de seu parceiro (BARROS *et al.*, 2016). Da mesma forma, no Distrito Federal, encontrou-se elevada prevalência de violência psicológica ao longo da vida e no último ano, 80,2% e 50%, respectivamente; seguido de violência física ao longo na vida de 58,6% e no último ano de 32%. (MOURA, LBA *et al.*, 2009).

Em relação a agressões específicas, nossos resultados são mais altos quando comparados com estudos de países industrializados, chegando a uma prevalência na vida acima de 20% de tapa na cara, enquanto um estudo canadense aponta para uma prevalência de 1,4% de mulheres expostas especificamente a esta agressão (KAUKINEN; POWERS; MEYER, 2016).

Além dos efeitos negativos para a saúde e bem-estar da mulher, a violência conjugal afeta as CAs que testemunham estas agressões. Alguns estudos relacionam que testemunhar violência provoca alterações emocionais, comportamentais (KAUKINEN; POWERS; MEYER, 2016) e, até mesmo, alterações estruturais e funcionais do cérebro (TSAVOUSSIS *et al.*, 2014).

Ser testemunha é considerado como um preditor de abuso parental (MARGOLIN; GORDIS, 2003). Desta forma, é preocupante a prevalência de 88% de CAs que presenciaram a violência conjugal, indicando o alto risco de problemas no seu desenvolvimento e maior chance de serem objetos de abuso parental. Ainda, indica-se que experiências traumáticas de mães podem ser comunicadas para as gerações futuras, ainda quando as crianças estão em seus primeiros anos de vida (SCHECHTER *et al.*, 2003). A violência conjugal está, também, associada com experiências de vitimização durante a infância, sendo necessário intervenções para reduzir os efeitos da intergeracionalidade e do ciclo da violência (HERRENKOHL; JUNG, 2016)

7.3 EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA MATERNA

Ser vítima de violência na infância é um fator preditor de aprovação e uso de estratégias disciplinares moderadas e violentas com seus filhos (BUNTAIN-RICKLEFS *et al.*, 1994). Simons & Wurtele, explorando o ciclo intergeracional da violência (*intergenerational cycle of violence*), encontraram que 82% dos pais e mães sofreram experiências de disciplinas físicas em sua infância, e que 71% destes utilizavam e aprovavam disciplinas físicas para corrigir comportamentos indesejados de suas CAs, sendo significativa a associação entre a experiência vivida, e a aprovação e uso de disciplinas físicas ($p < .0005$) e, também, a frequência em que as usam ($p < .0005$) (SIMONS; WURTELE, 2010). Em nossa amostra, identificamos que mais de 40% havia sofrido uma DFS, da mesma maneira, identificamos a alta prevalência de disciplinas moderadas e físicas, indicando para um padrão de comportamento que se repete entre pais/mães-CAs.

7.4 PREVALÊNCIA E TIPOS DE DISCIPLINAS MAIS USADAS

7.4.1 Disciplinas verbais

Inicialmente, salienta-se sobre a necessidade de discutir sobre o que é considerado disciplina verbal (moderada/severa), e como isso se relaciona com as agressões verbais, abuso psicológico ou emocional entre outros termos na literatura nacional e na literatura anglo-saxônica (ex.: *psychological abuse*, *verbal abuse*, *emotional abuse*, *emotional maltreatment*, *verbal punishment*, *mental abuse*, entre outros). Para facilitar a comparação, é importante

que cada estudo claramente explicita como os construtos foram operacionalizados, o que, muitas vezes, não acontece. Nesta tese, consideramos as disciplinas verbais e severas aqueles atos que se referem ao uso de agressões e ameaças verbais, incluindo a variável “trancar fora de casa”. Desta maneira, a definição expressa no questionário *Worldsafe* (RUNYAN *et al.*, 2010) e utilizada neste estudo inclui o que muitos estudos definirão como abuso emocional ou violência psicológica.

Em um estudo nos EUA com 3,346 pais e mães de CAs (indivíduos menores de 18 anos), encontrou-se uma prevalência de 63% de agressões verbais perpetradas por pais e mães (VISSING *et al.*, 1991). Dados mais recentes de uma pesquisa com uma amostra representativa dos EUA, encontrou que 90% dos pais e/ou mães usaram, no último ano, alguma DVS contra seus filhos e/ou suas filhas (STRAUS; FIELD, 2003). Nossos resultados apresentam menor prevalência, entretanto, algumas diferenças nas definições de severidade nas disciplinas verbais necessitam ser analisadas. Enquanto gritar em nossa pesquisa é considerada como DVM, na pesquisa norte-americana, ela é considerada DVS, conseqüentemente, os indicadores de prevalência aumentam, o que reduziria a diferença entre a prevalência de nosso estudo e do norte-americano.

Ainda, os indicadores variam muito de acordo com a região na qual são realizados os estudos, países industrializados tendem a ter menor proporção de abuso emocional que países em vias de desenvolvimento. Por exemplo, na Noruega, foi encontrada a prevalência de 23% de abuso emocional na infância entre mulheres que participam de um estudo de coorte (SØRBØ *et al.*, 2013), o que é muito menor do que encontrado em outros estudos em países em desenvolvimento, como os 37,9% encontrados em uma amostra de escolares na Índia (DARAL; KHOKHAR; PRADHAN, 2016).

Ambos estudos citados anteriormente são de autorresposta e apresentam prevalência maior que estudos com informantes. No entanto, nossos resultados, a partir de dados coletados com mães informantes, indicam uma prevalência de, aproximadamente, de 70% de DVM e 40% de DVS, estes dados demonstram a extensão dos casos de abuso verbal/emocional que acontecem nestas duas comunidades.

Outro estudo do Distrito Federal com amostra de escolares estimou a prevalência de “violência psicológica” em 62,5% (RIBEIRO *et al.*, 2015). No entanto, no estudo de Ribeiro *et al.* (2005), o perpetrador da violência poderia ser qualquer adulto e/ou uma CA maior; enquanto nossos resultados apontam para a relação familiar de pais e mães e suas CAs.

Finalmente, estudos indicam que ser vítima de abuso emocional na infância influencia, inclusive, na baixa satisfação no casamento (MANETA *et al.*, 2015), além de diversos problemas de saúde na vida adulta, incluindo depressão; transtorno alimentar, ansiedade, diabetes tipo 2, risco/tentativa suicídio, obesidade, abuso de drogas, tabagismo, comportamento sexual de risco, abuso de álcool (NORMAN *et al.*, 2012).

7.4.2 Disciplinas físicas

Enquanto disciplinas verbais podem ser definidas como abuso psicológico, emocional entre outros termos, como apresentado anteriormente; as disciplinas físicas, também definidas como abuso físico, punições corporais entre outros termos, centram sobre as fronteiras entre o que é considerado moderado e severo. Enquanto alguns indicam que todo contato físico tem potencial de prejudicar a saúde e o desenvolvimento da CA, devendo, assim, ser evitado; neste trabalho, seguimos a definição criada por consenso entre os membros do comitê da *WorldSAFE*, incluindo comportamentos considerados severos no Brasil, no Chile, no Egito, na Índia, nas Filipinas e nos Estados Unidos da América (RUNYAN *et al.*, 2010; SADOWSKI *et al.*, 2004). No entanto, este consenso apresenta sérias limitações, pois, por exemplo, inclui “tapa na cara” e “puxar a orelha” como uma DFM. Atualmente, estas estratégias disciplinares já são consideradas ilegais em mais de 50 países. A Suécia foi o primeiro país a banir legalmente o uso de força física na educação de CAs, inclusive no ambiente doméstico em 1979 (LANSFORD *et al.*, 2017), seguida da Finlândia em 1983 (ÖSTERMAN; BJÖRKQVIST; WAHLBECK, 2014). Desde 2014, no Brasil, qualquer agressão física contra CAs, inclusive quando perpetrada por pais e mães no ambiente doméstico, é considerado crime de acordo com a Lei nº 13.010 (BRASIL, 2014). Neste sentido, a categorização de disciplinas “moderada” e “severa” desta tese apresenta-se problemática, uma vez que considera atos com implicações legais como moderados. No entanto, justificamos a manutenção das categorias “moderada” e “severa” como uma alternativa para possibilitar a discussão dos dados com artigos que utilizam metodologia semelhante, como no artigo já publicado (DOS SANTOS; SILVA; GANDOLFI, 2017).

Em uma ampla e compreensiva revisão de meta-análise sobre a prevalência de abuso físico em 111 estudos, foram encontradas prevalências variadas de acordo com a metodologia e amostragem. Enquanto as prevalências combinadas do uso de disciplinas físicas dos estudos foi 17,7% (95%IC 13.0–23.6; $p < .01$), os estudos que se basearam em informantes, como nesta

tese, tiveram uma prevalência substancialmente menor, estimada em 0,3% (95%IC 0.1–2.0; $p < .01$).

Contraditoriamente, nossa prevalência apresenta resultados que se comparam à prevalência combinada de estudo de “autorresposta” que foi de 22,6% (95%IC 19,6–26,1; $p < .01$) (STOLTENBORGH *et al.*, 2013). A questão central na diferença entre estudos de autorresposta e de informantes é que estudos com informantes apresentam maior viés, pois o medo das consequências influencia no padrão de respostas dos informantes, tendendo ao subrelato. Pesquisas anteriores no Brasil encontraram uma prevalência de 20%, no último ano, de DFS (BORDIN *et al.*, 2009). Em um estudo no Distrito Federal com objetivo semelhante, mas com amostra de escolares e autorresposta, foi encontrada uma prevalência de 85% de violência física (RIBEIRO *et al.*, 2015), mas, como indicado anteriormente, o perpetrador não estava limitado ao pai e/ou à mãe.

Nossos resultados indicam que CAs expostas de maneira mais frequente a formas moderadas e severas de disciplinas físicas quando comparadas com outros países e regiões (STOLTENBORGH *et al.*, 2013, 2015) apresentam maior risco de problemas de saúde mental, tais como depressão, ansiedade, transtorno alimentar, transtorno de conduta, risco/tentativa suicídio, abuso de drogas, e comportamento sexual de risco (NORMAN *et al.*, 2012).

7.5 PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE CA

Na última década, as informações sobre a prevalência de transtorno mental entre CAs no Brasil tem crescido. Enquanto maior parte das pesquisas focaram em amostras de conveniência, especialmente de escolares, estudos de base populacional são menos comuns. Até 2006, havia menos de dez estudos que usaram amostragem probabilística e instrumentos padronizados para identificar problemas emocionais e de comportamento entre CAs no Brasil (BORDIN; PAULA, 2007). A prevalência de problemas de saúde mental entre CAs varia de acordo com a amostra e o instrumento. Por exemplo, a prevalência de problemas emocionais e de comportamento entre crianças em situação de rua é de 70,1%, (HOFFMANN *et al.*, 2017). Esta prevalência é substancialmente elevada quando comparada com os 13,1% encontrados em amostras randomizadas de CAs (6-16 anos) em quatro diferentes regiões brasileiras. Nosso resultado, em torno de 10% de problemas de saúde mental é semelhante com outros estudos populacionais no Brasil (PAULA *et al.*, 2015) e em outros países

(COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES, 2001). Embora os dados de casos clínicos sejam semelhantes, observa-se uma grande proporção de casos limítrofes, especialmente na subescala “Conduta”, que apresenta o elevado número de casos clínicos e limítrofes, estimados em 19,7% [16,7-22,8] e 13,1% [10,1-16,2], respectivamente.

Problemas de conduta são amplamente relacionados com maus-tratos, pois CAs com estas dificuldades de comportamento terão uma intervenção mais severa com expectativa de controlar comportamentos indesejados (KIM; HETHERINGTON; REISS, 1999). Da mesma maneira, escola e família tendem a reconhecer com mais facilidade estes problemas, pois os comportamentos transgridem as expectativas institucionais e familiares.

7.6 PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE MULHERES MÃES

Pesquisas com amostras populacionais no Brasil indicam que a prevalência de transtorno mental comum entre mulheres é de, aproximadamente, 34% (ROCHA *et al.*, 2010). As mulheres brasileiras apresentam uma razão de prevalência maior quando comparadas com homens, estimada em 2,8 [95% CI 2,1-3,6] (MORAES *et al.*, 2017). Da mesma maneira, mulheres em contexto das periferias urbanas no Brasil têm maior chance de apresentar quadros depressivos, devido às experiências da desigualdade social (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2004).

Um estudo nacional encontrou que 30% das mães estavam vivenciando quadros de depressão ou ansiedade (BORDIN *et al.*, 2009). Esta pesquisa utilizou metodologia e medidas semelhantes, como o SRQ-20. No entanto, o ponto de corte foi definido em 7 para os casos serem positivos, em nossa pesquisa, para reduzir o número de falsos positivos, estabelecemos um ponto acima, em 8, o que reduz o número de casos positivos e pode explicar parte da diferença na prevalência encontrada. Nós encontramos menor prevalência de transtorno mental que em outros estudos, entretanto, em nossa amostra, a prevalência de ideação e tentativa de suicídio foi mais alta que em outras pesquisas. No Brasil, pesquisa de amostras de bases populacionais indicam que a prevalência de 20,6% de ideação suicida e 5,0% de tentativa de suicídio entre mulheres (BOTEGA *et al.*, 2009).

Acreditamos que a alta prevalência pode estar relacionada com o fato de que as mulheres com quadros depressivos ou ansiosos estão em condições severas de sofrimento e não recebem suporte de saúde mental. A associação entre transtorno mental não tratado e tentativas de suicídio é bem estabelecido (BEAUTRAIS *et al.*, 1996). É importante

considerar, também, que as consequências das tentativas de suicídio são devastadoras para as mulheres e seus filhos/suas filhas (GENTILE, 2011).

7.7 SAÚDE MENTAL MATERNA E PREVALÊNCIA DE DISCIPLINAS MODERADAS E SEVERAS

Semelhantes a outros estudos, identificamos que mães são as que, mais frequentemente, utilizam disciplinas moderadas e severas (KONRADT *et al.*, 2013; VALENTE *et al.*, 2015). Isto chama a atenção para a necessidade de atenção sobre a disforia materna (ex.: tristeza, ansiedade, solidão ou isolamento, depressão, queixas somáticas, problemas interpessoais, sentimento de incompetência como mãe, tendência de sentir-se chateada ou com raiva) e estresse (ex.: sobrecarga do papel de cuidadora e carência de recursos econômicos) como elementos que influenciam um padrão de cuidado de alto risco de punições severas (BLACK; HEYMAN; SMITH SLEP, 2001).

A prevalência paterna e materna de uso de disciplinas moderadas e severas em casas em que as mães têm algum problema de saúde mental foi mais alta quando comparada as casas em que as mães não tinham problemas de saúde mental. Uma ampla análise de dados do Departamento de Serviço Social e Departamento de Saúde Mental nos EUA indicou que há diferenças em segurança e estabilidade de crianças (indivíduos menores de 12 anos) filhas de mães com e sem problemas de saúde mental, da mesma forma diferentes diagnósticos influenciavam nesta relação (KOHL; JONSON-REID; DRAKE, 2011).

Neste aspecto, é importante reconhecer que aspectos da saúde mental do pai e/ou relato sobre uso de disciplinas moderadas e severas não foram incluídos na análise, para verificar se o mesmo padrão de aumento da prevalência permaneceria. Da mesma maneira, sabe-se que a saúde mental preservada dos pais é um fator moderador quando ambos, mães e suas CAs, apresentam problemas de saúde mental (GERE *et al.*, 2013).

7.8 PERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE EM GERAL E USO DE DISCIPLINAS

Os resultados sobre a percepção das mães sobre a saúde dos filhos e o risco de sofrer abuso são inconclusivos. Enquanto a maioria das condições de incapacidades não aumentava ou diminuía a chance de sofrer abuso, condições crônicas de saúde emergiram como um fator de que reduzia a chance de DFS. Isto está de acordo com um estudo que indica que crianças

com deficiência têm menor prevalência de violência física severa, quando comparadas com amostras populacionais (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016).

Especificamente sobre a capacidade materna de reconhecer os problemas de saúde mental de suas CAs, observou-se que problemas de saúde mental isolados entre CAs não são reconhecidos pelas mães na mesma proporção em que foram identificados pelo SDQ.

Alguns pesquisadores indicam que quadros de comorbidade é um forte fator preditor, especialmente quando estão presentes problemas de conduta (BORDIN; CURTO; MURRAY, 2017). Isto corrobora com as pesquisas que indicam maior facilidade dos pais e das mães em identificar problemas externalizantes de seus filhos e suas filhas (HANKINSON, 2000).

Em nossos dados, encontramos que apenas 6,4% das mães indicou algum problema emocional e/ou de comportamento de seus filhos, abaixo dos 10% de casos positivos na escala global do SDQ e dos 19,7% na subescala conduta. Isso é problemático, uma vez que um dos grandes desafios para o tratamento de CAs com problemas de saúde mental é o reconhecimento da necessidade de apoio profissional, especialmente em países em desenvolvimento (PATEL *et al.*, 2013).

No Brasil, isto ainda é mais problemático, pois o país conta com uma rede de cuidado em saúde mental para CAs insuficiente, sendo a escassez de serviços para atenção à saúde mental de CAs uma barreira de acesso ao tratamento (SANTOS; FERNÁNDEZ, 2014).

7.9 A ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO DE DISCIPLINAS E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NAS DIFERENTES DÍADES FAMILIARES

Estas análises foram realizadas para fomentar e aprofundar a discussão de como o a questão de gênero e os problemas de saúde mental associam-se com o uso de disciplinas específicas. É possível identificar duas vertentes de pensamento importantes em relação a esta análise. A primeira é da teoria das díades de mesmo sexo (*theory of same-gender dyads*), em que se argumenta que as experiências maternas terão maior influência sobre as filhas, da mesma forma, as experiências paternas terão maior influência sobre o filhos (CROCKENBERG; JACKSON; LANGROCK, 1996). A segunda é a que desconstrói a direcionalidade do mesmo sexo, argumentando que os efeitos podem ser reproduzidos de maneira inderteminada.

Embora a teoria das díades de mesmo sexo seja questionada, como, por exemplo, nas análises dos conduta entre meninos (KIM; HETHERINGTON; REISS, 1999), um estudo

japonês sobre a intergeracionalidade de abusos físicos e de negligência aponta para o suporte da teoria das díades de mesmo sexo quando analisadas experiências de abuso de pai e mãe, e o uso de estratégias disciplinares abusivas (OSHIO; UMEDA, 2016).

Como nossos dados são resultados de um delineamento transversal, o que podemos analisar é a associação baseada nos sintomas e na prevalência do último ano. Este tipo de análise é inusual, uma vez que não identificamos estudos semelhantes, sendo que a análise de díades é mais comum nos estudos longitudinais.

De todas as formas, defendendo a relevância desta análise, pois permite refletir sobre ambos, pai e mãe, dentro do processo interação disciplinar de CAs expostas de maus-tratos no ambiente doméstico; como indicado anteriormente, uma das grandes limitações de nosso estudo é não conhecer as condições de saúde mental paterna.

Nestas análises, identificamos que problemas de saúde mental materno, isoladamente, associam-se com o uso de disciplinas físicas nas díades de sexo diferente, pai-filha e mãe-filho. Diferente das associações produzidas pelos problemas de saúde mental das CAs, que se associam com o uso de DVS, DFM e DFS nas díades de mesmo sexo e, também, na díade mãe-filho.

No grupo em que a CA tinha um problema de saúde mental, observamos que os meninos foram as principais vítimas de abuso dos pais e das mães. Este dado é similar ao identificado por outro estudo nacional, que identificou que meninos estão mais expostos a estilos parentais de risco (OR 1,04 [0,63-1,71]) e abuso físico (OR 1,42 [0,91-2,21]) (ANDRADE, 2015).

Ainda, destaca-se a importância de nossas análises entre as subescalas do SDQ. De maneira geral, pode-se afirmar que a combinação de problemas de saúde mental entre CAs e de suas mães apresenta uma *odds* maior que apenas um indivíduo com estas dificuldades. Da mesma maneira, estas análises demonstram que pais e mães tendem a ter diferentes padrões de uso de disciplinas moderadas e severas em relação a sexo da CA e a problemas de saúde mental específicos.

Os resultados, também, corroboram a associação do uso de DVS e problemas de condutas entre CA combinado com problemas de saúde mental materno (WANG; KENNY, 2014). Na verdade, problemas de conduta tendem a maior uso de disciplinas severas, principalmente sobre os filhos. Isto contrasta com as disciplinas usadas em CA com problemas emocionais, as quais tendem a ser moderadas.

Estes dados chamam a atenção para as associações de uso de disciplinas moderadas e severas em CAs com problema internalizante e externalizante, sendo mais severo para aqueles com dificuldades externalizantes, como problemas de conduta e hiperatividade, principalmente para meninos, como encontrado em outros estudos nacionais (BORDIN *et al.*, 2009, 2006; XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009).

7.10 IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Em uma análise global, observa-se que a vida destas mulheres está inserida em um *continuum* de violência, como demonstram as elevadas prevalências de abusos severos em suas infâncias, e de violência conjugal ao longo da vida e no último ano. Desta maneira, demanda-se uma ampla reflexão e investigação sobre estas complexas trajetórias e histórias femininas em contexto de vulnerabilidade social. O que este estudo busca não é retratar as mulheres como meras perpetradoras de violência, mas pelo contrário, refletir sobre as adversidades que elas enfrentam em uma sociedade violenta.

7.11 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, POLÍTICA E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O estigma associado com problemas de saúde entre CA e uso de disciplinas moderadas e severas por seus pais e mães permanecem como um desafio pouco valorizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Com base em nossos resultados, sugerimos que os investimentos públicos sejam direcionados para o treinamento de profissionais de Saúde mental e atenção primária, incluindo pediatras, para a avaliação e abordagem de famílias com recursos emocionais limitados, no sentido de prevenir abuso parental.

Esta emergente necessidade de capacitação é apoiada pela robusta evidência científica que demonstra a associação entre a saúde mental de pais e mães e a saúde mental das CAs (WEISSMAN *et al.*, 2005). Consequentemente, intervenções em saúde mental de CAs terão maior efetividade quando as mães e os pais com problemas de saúde mental, também, receberem suporte profissional (HOFFMANN *et al.*, 2017).

É importante que setores como a educação sejam envolvidos na proteção de CAs expostos à violência. Considerando que este setor, também, é impactado diretamente pelos efeitos da violência no ambiente doméstico, como, por exemplo, na associação entre disciplinas severas e problemas internalizantes, que estão relacionados com diminuição na

capacidade de memória e desempenho escolar (HECKER *et al.*, 2016), assim como problemas externalizantes com a dificuldade de permanência e de interação na escola (FALEIROS; MATIAS; BAZON, 2009).

As CAs, incluindo aquelas com atrasos no desenvolvimento e problemas de saúde mental, deveriam estar sob acompanhamento sistemático e constante avaliação de fatores de risco nos serviços de atenção primária, inclusive de abusos verbais e físicos (COELHO *et al.*, 2016). Profissionais da atenção primária são aqueles que mais oferecem assistência às CAs e às famílias. Entretanto, um estudo com pediatras brasileiros indicou que estes profissionais têm dificuldade em definir e conceitualizar problema de saúde mental entre CAs (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006). Neste sentido, o apoio dos serviços de saúde mental é necessário. No SUS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família é o responsável por fazer a *liaison* entre o cuidado em saúde mental e atenção primária. Assim, destaca-se o papel do profissional de saúde em promover suporte de saúde mental para estas famílias (CAMPOS JÚNIOR, 2016).

Finalmente, é importante ratificar a necessidade do fortalecimento da rede, em que a escola, serviços de atenção primária, serviços de saúde mental, juntamente com serviços de proteção social e de justiça necessitam de amplo e contínuo investimento para consolidar, na prática, as conquistas legais que as CAs brasileiras tiveram.

7.12 CONTRIBUIÇÕES

O Distrito Federal corresponde a um importante centro político, econômico e cultural do Brasil. No entanto, a urbanização não planejada e a violência estrutural que diferentes grupos sociais vivenciam resultaram em um processo de migração desordenada e em uma configuração urbana com enormes desafios para a região. O Distrito Federal, especificamente, a Ceilândia tem poucos estudos com amostragem populacional sobre as condições de suas CAs. No melhor de nosso conhecimento, este é o primeiro estudo de base populacional com instrumento válido a estimar a prevalência de (i) problemas de saúde mental materno; (ii) problemas de saúde mental entre CAs; e (iii) prevalência de abuso físicos e verbais perpetrados por pais e mães. Assim, seu caráter inédito é uma contribuição relevante para o planejamento estratégico na região, incluindo os conselhos tutelares, a Vara da Infância e outros órgãos de proteção de CAs. Ainda, o campo de pesquisa sobre CAs no país carece de informação sobre as condições de saúde mental e estratégias disciplinares no contexto

doméstico, os poucos estudos concentram-se sobre as regiões Sul e Sudeste, sendo, assim, necessária a descentralização das ações de pesquisa e produção de conhecimento.

Embora os esforços para prevenir a crueldade contra CAs tenham sido iniciados há mais de 100 anos, a consolidação de um estado de bem-estar com suporte legal e técnico ainda é um desafio para a maioria das sociedades, inclusive a do Brasil. Neste sentido, esta tese visa aportar dados sobre a realidade e a extensão dos problemas de saúde mental e abuso parental, ela representa, também os casos silenciados pelas famílias e/ou negligenciados pelo estado.

A metodologia e os resultados, com baixa perda, apontam para uma contribuição efetiva nas estratégias de pesquisa populacional realizadas no Brasil, demonstrando, assim, que a adesão aos procedimentos e o respeito ao sigilo e à privacidade pode produzir retratos mais apurados da realidade.

Finalmente, esta tese contribuiu para a consolidação de minha carreira como pesquisador no campo da infância e adolescência e da saúde mental.

7.13 LIMITAÇÕES

Embora este estudo apresente inúmeras contribuições, por sua metodologia sólida e resultados inéditos, reconhecemos, entre possíveis outras, duas importantes limitações, que incluem: (i) a fonte dos dados, baseados na memória e percepção de apenas a mãe como respondente única; e (ii) não considerar a estratificação de idade das CAs, uma vez que há indicativos que maior prevalência de problemas de conduta entre meninos adolescentes, quando com meninos crianças, da mesma forma, problemas internalizantes, tendem a ser mais prevalentes entre meninas adolescentes, quando comparados com meninas crianças (GREEN; CLOPTON; POPE, 1996).

7.14 PESQUISAS FUTURAS

Aqui, apontamos três elementos que acreditamos que devem ser fundamentais para as pesquisas futuras, incluindo (i) a avaliação das condições de saúde mental paterna; (ii) investigar, também, sobre a motivação em que resultou no uso de uma ou outra estratégia disciplinar. Isso é importante, pois alguns pesquisadores indicam que transgressões relacionadas à segurança dos filhos (ex.: cruzar a rua sem cuidar os carros, pular de um lugar alto)

motivam mais o uso de DFS, quando comparada a transgressões morais (ex.: roubar algo ou bater em um amigo), enquanto transgressões de normas sociais ou regras familiares (ex.: interromper um adulto) não recebe aprovação para uso de disciplina corporal, mas de disciplinas verbais (CATRON; MASTERS, 1993), (iii) a necessidade de explorar sobre os efeitos da intergeracionalidade, ou seja, como as experiências dos pais e das mães durante suas infância influenciam a interação com suas CAs.

8 CONCLUSÃO

Esta tese apresenta um panorama sobre a estrutura e as condições das famílias com CAs em duas comunidades de Ceilândia, especificamente, o Setor Habitacional Sol Nascente e o Setor Habitacional Pôr do Sol. Investigamos características sociodemográficas e históricas, e a situação atual de violência conjugal, consumo de álcool e outras drogas pelo companheiro, histórico de violência doméstica contra mulheres durante a infância, prevalência de problemas de saúde mental entre mulheres e seus filhos e suas filhas. Ainda, analisamos como as condições de saúde mental maternal e de CAs associam-se com o uso de disciplinas verbais e física, moderadas e severas.

Assim, concluímos que (i) grande parte das crianças estão expostas às disciplinas severas e moderadas; (ii) a prevalência de transtorno mental comum nas mães e cuidadoras é de 21,4%; (iii) que, em torno de, 10% das CAs apresentam problemas de saúde mental, sendo que CAs, especificamente, com problemas de conduta a prevalência sobre para quase 20%; (iv) a maioria das famílias vivem com o poder de compra da classe econômica C, de acordo com ABEP e o nível educacional do responsável pelo domicílio está dividido em dois grupos: ensino fundamental incompleto e ensino médio concluído (v) um número elevado de mulheres esteve exposta à violência conjugal ao longo da vida e no último ano; (vi) as condições de saúde mental da mães e das CAs associam-se com o uso de disciplinas moderadas e severas, com maior proporção nas díades em que o filho está presente, principalmente quando este filho tem algum problema externalizante, como problemas de conduta.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica BrasilABEP**, 2015.

ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine** (1982), v. 59, n. 7, p. 1339–1353, out. 2004.

ALVES, G. DA C. *et al.* Community violence and childhood asthma prevalence in peripheral neighborhoods in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 86–94, jan. 2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. American Academy of Pediatrics. Committee on School Health. Corporal punishment in schools. **Pediatrics**, v. 106, n. 2 Pt 1, p. 343, ago. 2000.

_____. **Corporal Punishment in Schools**American Academy of Pediatrics, 2014.

Disponível em:

<https://www.aacap.org/aacap/policy_statements/1988/Corporal_Punishment_in_Schools.aspx>. Acesso em: 10 fev. 2017.

ANDRADE, C. U. B. **Práticas Educativas Parentais e Saúde Mental de Crianças**. text—[s.l.] Universidade de São Paulo, 3 nov. 2015.

ANDRADE, S. S. C. de A. *et al.* Association between physical violence, consumption of alcohol and other drugs, and *bullying* among Brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1725–1736, set. 2012.

BAPTISTA, R. S. *et al.* Characterization of sexual abuse in children and adolescents notified in a Sentinel Program. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 602–608, 2008.

BARBOSA, P. Z.; PEGORARO, R. F. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 77–89, set. 2008.

BARREIRA, A. K.; LIMA, M. L. C. de; AVANCI, J. Q. Co-occurrence of physical and psychological violence among dating adolescents in Recife, Brazil: prevalence and associated factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 233–243, jan. 2013.

BARROCAL, A. Favela federal. **Carta Capital**, 2013.

BARROS, A. C. M. W. de *et al.* A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1493–1500, maio 2013.

_____; DESLANDES, S. F.; BASTOS, O. M. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

- BARROS, É. N. de *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 591–598, fev. 2016.
- BARROS, H. M. T. *et al.* Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 98, n. 3, p. 270–274, 1 dez. 2008.
- BAZON, M. R. Violence against children and adolescents: an analysis of four years of complaints filed at the Child Protection Agency in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 323–332, fev. 2008.
- BEAUTRAIS, A. L. *et al.* Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 153, n. 8, p. 1009–1014, ago. 1996.
- BENNETT, S. *et al.* A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Statistics Quarterly*. **Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales**, v. 44, n. 3, p. 98–106, 1991.
- BERZENSKI, S. R.; YATES, T. M.; EGELAND, B. A Multidimensional View of Continuity in Intergenerational Transmission of Child Maltreatment. In: KORBIN, J. E.; KRUGMAN, R. D. (Eds.). *Handbook of Child Maltreatment*. **Dordrecht: Springer Netherlands**, v. 2, p. 115–129, 2014.
- BLACK, D. A.; HEYMAN, R. E.; SMITH SLEP, A. M. Risk factors for child physical abuse. **Aggression and Violent Behavior, Risk Factors for Family Violence**, v. 6, n. 2–3, p. 121–188, mar. 2001.
- BORDIN, I. A. *et al.* Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 5, p. 336–344, maio 2009.
- _____; CURTO, B. M.; MURRAY, J. Maternal recognition of child mental health problems in two Brazilian cities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. In press, 2017.
- _____; Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 290–296, dez. 2006.
- _____; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. (Eds.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 101–117.
- _____. **Versão Brasileira Reduzida do Questionário Nuclear WorldSAFE** Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, Rua Botucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062, Brasil, , 2013.
- BOTEGA, N. J. *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632–2638, dez. 2009.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 16 de julho de 1934.** Nós, os representantes do povo brasileiro, pondo a nossa confiança em Deus, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para organizar um regime democrático, que assegure à Nação a unidade, a liberdade, a justiça e o bem-estar social e econômico, decretamos e promulgamos a seguinte Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937.** Leis Constitucionais.

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946.**

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei 8069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Violência contra a Criança e o Adolescente. Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência Doméstica,** 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Portaria 737,** 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Notificação Compulsória. Portaria 1968,** 2001b.

_____. **Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014.** Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRIERE, J.; ELLIOTT, D. M. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. **Child Abuse & Neglect,** v. 27, n. 10, p. 1205–1222, out. 2003.

BRITO, C. C.; OLIVEIRA, M. T. *Bullying* and self-esteem in adolescents from public schools. **Jornal de Pediatria,** v. 89, n. 6, p. 601–607, dez. 2013.

BUNTAIN-RICKLEFS, J. J. *et al.* Punishments: what predicts adult approval. **Child Abuse & Neglect,** v. 18, n. 11, p. 945–955, nov. 1994.

BUTCHART, A.; HARVEY, A.; FÜRNISS, T. **Preventing Child Maltreatment:** A guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2006.

CAMPOS JÚNIOR, D. The formation of citizens: the pediatrician's role. **Jornal de Pediatria,** v. 92, n. 3, p. 23–29, jun. 2016.

CARVALHO, F. D. A. N. A. de. **Cognição, Atenção, Temperamento e Comportamento em Crianças Nascidas Pré-termo na Fase Pré-escolar.** text—[s.l.] Universidade de São Paulo, 21 set. 2015.

CATRON, T. F.; MASTERS, J. C. Mothers' and Children's Conceptualizations of Corporal Punishment. **Child Development,** v. 64, n. 6, p. 1815–1828, 1 dez. 1993.

CLICHE, M.-A. **Abuse or Punishment?:** Violence toward Children in Quebec Families, 1850-1969. [s.l.] Wilfrid Laurier Univ. Press, 2014.

CNS. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos:** 466, 2012.

COCHRAN, W. **Sampling Techniques.** 3rd Edition. John Wiley & Sons, 1977.

COELHO, R. *et al.* Child development in primary care: a surveillance proposal. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 5, p. 505–511, out. 2016.

COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES. Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children. **Pediatrics**, v. 108, n. 1, p. 192–195, 1 jul. 2001.

COSTA, M. R. da *et al.* *Bullying* among adolescents in a Brazilian urban center – “Health in Beagá” Study. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015.

CROCKENBERG, S.; JACKSON, S.; LANGROCK, A. M. Autonomy and goal attainment: parenting, gender, and children’s social competence. **New Directions for Child Development**, n. 73, p. 41–55, 1996.

CURTO, B. M. *et al.* Environmental factors associated with adolescent antisocial behavior in a poor urban community in Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1221–1231, dez. 2011.

DARAL, S.; KHOKHAR, A.; PRADHAN, S. Prevalence and Determinants of Child Maltreatment among School-Going Adolescent Girls in a Semi-Urban Area of Delhi, India. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 62, n. 3, p. 227–240, 1 jun. 2016.

DOS SANTOS, V. Occupational Therapy Across South America: An Overview Of Its Backgrounds, Current Situation And Some Contemporary Issues. In: **Occupational Therapies Without Borders.** Edinburgh: Elsevier, 2016. v. 2.

_____; DONATTI GALLASSI, A. **Questões Contemporâneas da Terapia Ocupacional na América do Sul.** [s.l.]: CRV, 2014.

_____; SILVA, P. H. D. da; GANDOLFI, L. Parents’ use of physical and verbal punishment: cross-sectional study in underprivileged neighborhoods. **Jornal de Pediatria**, set. 2017.

_____.; SPESNY, S. L. Questioning the concept of culture in mainstream occupational therapy/Questionando o conceito de cultura nas linhas de terapia ocupacional dominantes. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 1, 29 mar. 2016.

DUMONT, K. *et al.* Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. **Child Abuse & Neglect**, v. 32, n. 3, p. 295–315, mar. 2008.

DURRANT, J.; ENSOM, R. **Physical punishment of children:** lessons from 20 years of research. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l’Association medicale canadienne*, v. 184, n. 12, p. 1373–1377, 4 set. 2012.

- FALEIROS, J. M.; MATIAS, A. da S. A.; BAZON, M. R. Violence against children in the city of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: child abuse prevalence estimated from school system data. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 337–348, fev. 2009.
- FARMER, P. E. *et al.* Structural Violence and Clinical Medicine. **PLOS Medicine**, v. 3, n. 10, p. e449, 24 out. 2006.
- FARMER, P.; SEN, A. **Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor**. 1st edition ed. Berkeley: University of California Press, 2004.
- FEIGELMAN, S. *et al.* Screening for harsh punishment in a pediatric primary care clinic. **Child Abuse & Neglect**, v. 33, n. 5, p. 269–277, maio 2009.
- FLAHERTY, E. G.; STIRLING, J.; NEGLECT, T. C. ON C. A. AND. The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention. **Pediatrics**, v. 126, n. 4, p. 833–841, 1 out. 2010.
- FLORES SULLCA, T.; SCHIRMER, J. Intrafamily violence during adolescence in the city Puno - Peru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 579–585, ago. 2006.
- FRANCISCO, M. V.; LIBÓRIO, R. M. C. A study on *bullying* victimization among peers in elementary and junior high school. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 2, p. 200–207, 2009.
- FURTADO, E. *et al.* Relato de experiência inclusiva. In: DANESI, M.; TIMM, E. (Eds.). **Caminhos para Educação Inclusiva**. Porto Alegre: EDiPUCRS, 2013. p. 31–40.
- GARCIA, L.; FREITAS, L.; SILVA, G. **Violência Contra a Mulher: feminicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2013.
- GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet (London, England)**, v. 368, n. 9543, p. 1260–1269, 7 out. 2006.
- GENTILE, S. Suicidal mothers. **Journal of Injury and Violence Research**, v. 3, n. 2, p. 91–97, 1 jun. 2011.
- GERE, M. K. *et al.* Fathers' Mental Health as a Protective Factor in the Relationship Between Maternal and Child Depressive Symptoms. **Depression and Anxiety**, v. 30, n. 1, p. 31–38, 1 jan. 2013.
- GERSHOFF, E. T. School corporal punishment in global perspective: prevalence, outcomes, and efforts at intervention. **Psychology, Health & Medicine**, p. 1–16, 9 jan. 2017.
- GOLDEN, S. D.; PERREIRA, K. M.; DURRANCE, C. P. Troubled Times, Troubled Relationships: How Economic Resources, Gender Beliefs, and Neighborhood Disadvantage Influence Intimate Partner Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 28, n. 10, p. 2134–2155, jul. 2013.
- GOODMAN, R. *et al.* Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. **International Review of Psychiatry (Abingdon, England)**, v. 15, n. 1-2, p. 166–172, maio 2003.

GREEN, M. T.; CLOPTON, J. R.; POPE, A. W. Understanding Gender Differences in Referral of Children to Mental Health Services. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, v. 4, n. 3, p. 182–190, 1 jul. 1996.

GREYDANUS, D. E. *et al.* Corporal punishment in schools: position paper of the Society for Adolescent Medicine. **The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine**, v. 32, n. 5, p. 385–393, maio 2003.

GUTERMAN, N. B.; LEE, Y. The role of fathers in risk for physical child abuse and neglect: possible pathways and unanswered questions. **Child Maltreatment**, v. 10, n. 2, p. 136–149, maio 2005.

HANKINSON, J. **Child Psychopathology, Parental Problem Perception, and Help-seeking Behaviors**. Docotoral Thesis. University of South Florida. 1 jan. 2000. Disponível em: <http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2999&context=etd> acessado em: 14/07/2017

HECKER, T. *et al.* Harsh discipline relates to internalizing problems and cognitive functioning: findings from a cross-sectional study with school children in Tanzania. **BMC Psychiatry**, v. 16, p. 118, 2016.

HERRENKOHL, T. I.; JUNG, H. Effects of child abuse, adolescent violence, peer approval and pro-violence attitudes on intimate partner violence in adulthood. **Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH**, v. 26, n. 4, p. 304–314, out. 2016.

HOFFMANN, E. V. *et al.* Mental health of children who work on the streets in Brazil after enrollment in a psychosocial program. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 1, p. 55–63, jan. 2017.

HONORATO, A. C. de F. **Análise da Assistência Pré-natal em Gestantes Assistidas pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Setor Habitacional Sol Nascente, Ceilândia – DF**. 28 abr. 2015.

IBGE. **Downloads estatísticas**. Disponível em: http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm. Acesso em: 11 ago. 2017.

JOHNSON, C. F. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. **Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society**, v. 44, n. 5, p. 554–560, out. 2002.

KAUKINEN, C.; POWERS, R. A.; MEYER, S. Estimating Canadian childhood exposure to intimate partner violence and other risky parental behaviors. **Journal of Child Custody**, v. 13, n. 2-3, p. 199–218, 2 jul. 2016.

KIM, J. E.; HETHERINGTON, E. M.; REISS, D. Associations among Family Relationships, Antisocial Peers, and Adolescents' Externalizing Behaviors: Gender and Family Type Differences. **Child Development**, v. 70, n. 5, p. 1209–1230, 1999.

KOHL, P. L.; JONSON-REID, M.; DRAKE, B. Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. **Child Abuse & Neglect**, v. 35, n. 5, p. 309–318, maio 2011.

KONRADT, C. E. *et al.* Early trauma and mood disorders in youngsters. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 93–96, 2013.

KRUG, E. G. *et al.* The world report on violence and health. **Lancet**, London, England, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, 5 out. 2002.

KUO, A. A. *et al.* **Child Health: A Population Perspective**. [s.l.]: Oxford University Press, Incorporated, 2015.

LANSFORD, J. E. *et al.* Change over time in parents' beliefs about and reported use of corporal punishment in eight countries with and without legal bans. **Child Abuse & Neglect**, v. 71, p. 44–55, set. 2017.

LEEB, R. T.; LEWIS, T.; ZOLOTOR, A. J. A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. **American Journal of Lifestyle Medicine**, p. 1559827611410266, 3 jun. 2011.

LEE, S. J.; GUTERMAN, N. B.; LEE, Y. Risk factors for paternal physical child abuse. **Child Abuse & Neglect**, v. 32, n. 9, p. 846–858, set. 2008.

LEVEY, E. J. *et al.* A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families. **Child Abuse & Neglect**, v. 65, p. 48–57, mar. 2017.

LUCAS, S. *et al.* Bully, bullied and abused. Associations between violence at home and *bullying* in childhood. **Scandinavian Journal of Public Health**, 15 out. 2015.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. de S. Mandatory reporting of child abuse by professionals of Family Health Teams. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 481–491, mar. 2010.

MADRUGA, C. S. *et al.* Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood—The first Brazilian national survey. **Addictive Behaviors**, v. 36, n. 3, p. 251–255, mar. 2011.

MALTA, D. C. *et al.* Violence exposures by school children in Brazil: results from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3053–3063, out. 2010.

_____. Situations of violence experienced by students in the state capitals and the Federal District: results from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 158–171, 2014a.

_____. *Bullying* in Brazilian school children: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 92–105, 2014b.

_____. Factors associated with injuries in adolescents, from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 183–202, 2014c.

_____. *Bullying* and associated factors among Brazilian adolescents: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 131–145, 2014d.

MANETA, E. K. *et al.* Linkages between childhood emotional abuse and marital satisfaction: The mediating role of empathic accuracy for hostile emotions. **Child Abuse & Neglect**, v. 44, p. 8–17, jun. 2015.

MARGOLIN, G.; GORDIS, E. B. Co-Occurrence Between Marital Aggression and Parents' Child Abuse Potential: The Impact of Cumulative Stress. **Violence and Victims**, v. 18, n. 3, p. 243–258, 1 jun. 2003.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 148, p. 23–26, jan. 1986.

MARTINS, C. B. de G.; JORGE, M. H. P. de M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 4, p. 315–334, dez. 2009.

_____. Child abuse: a review of the history and protection policies. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 417–422, jun. 2010.

MATOS, R.; BAENINGER, R. Migração e Urbanização no Brasil: Processos de Concentração e Desconcentração Espacial e o Debate Recente. **Cadernos do LESTE**, v. 1, n. 0, 30 jan. 2017.

MCCABE, K. A.; MURPHY, D. G. **Child Abuse: Today's Issues**. [s.l.]: CRC Press, 2016.

MCCORMICK, K. F. Attitudes of primary care physicians toward corporal punishment. **JAMA**, v. 267, n. 23, p. 3161–3165, 17 jun. 1992.

MCLANAHAN, S. *et al.* **An Epidemiological Study of Children's Exposure to Violence in the Fragile Families Study**. Bendheim - Thoman Center for Research on Child Wellbeing ed. Princeton: Princeton University, 2014.

MEINCK, F. *et al.* Pathways From Family Disadvantage via Abusive Parenting and Caregiver Mental Health to Adolescent Health Risks in South Africa. **Journal of Adolescent Health**, v. 60, n. 1, p. 57–64, 1 jan. 2017.

MELLO, A. F. *et al.* Exposure to maltreatment and urban violence in children working on the streets in São Paulo, Brazil: factors associated with street work. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 191–198, set. 2014.

MELO, S. G. O. *et al.* Crianças diante de ambiente de extrema vulnerabilidade no Sol Nascente-DF, Ceilândia. **ANAIS DO CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, v. 4, n. 0, p. 199, 2014.

MOHR, W. K.; ANDERSON, J. A. Reconsidering punitive and harsh discipline. **The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses**, v. 18, n. 6, p. 346–352, dez. 2002.

- MOORE, S. E. *et al.* Burden attributable to child maltreatment in Australia. **Child Abuse & Neglect**, v. 48, p. 208–220, out. 2015.
- MORAES, R. S. M. de *et al.* Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 43–56, mar. 2017.
- MOREIRA, T. C. *et al.* Community violence and alcohol abuse among adolescents: a sex comparison. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 3, p. 244–250, jun. 2008.
- MOURA, A. T. M. S. de; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2926–2936, dez. 2008.
- MOURA, L. B. A. *et al.* Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 944–953, Dez. 2009.
- MOURA, D. R. de; CRUZ, A. C. N.; QUEVEDO, L. de Á. Prevalence and characteristics of school age *bullying* victims. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 1, p. 19–23, fev. 2011.
- NORMAN, R. E. *et al.* The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 9, n. 11, p. e1001349, 2012.
- OLDS, D. L. *et al.* Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. **Pediatrics**, v. 114, n. 6, p. 1560–1568, dez. 2004.
- OLIVEIRA, M. T. de *et al.* Under-reporting of domestic violence among adolescents: the (in)visibility of the demand for outpatients care at a health service in the city of Recife, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 1, p. 29–39, mar. 2011.
- OLIVEIRA, W. A. de *et al.* The causes of *bullying*: results from the National Survey of School Health (PeNSE). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 275–282, abr. 2015.
- OSHIO, T.; UMEDA, M. Gender-specific linkages of parents' childhood physical abuse and neglect with children's problem behaviour: evidence from Japan. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, dez. 2016.
- ÖSTERMAN, K.; BJÖRKQVIST, K.; WAHLBECK, K. Twenty-eight years after the complete ban on the physical punishment of children in Finland: Trends and psychosocial concomitants. **Aggressive Behavior**, v. 40, n. 6, p. 568–581, 1 nov. 2014.
- PATEL, V. *et al.* Improving access to care for children with mental disorders: a global perspective. **Archives of Disease in Childhood**, v. 98, n. 5, p. 323–327, 1 maio 2013.
- PAULA, C. S. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 2, p. 178–179, jun. 2015.
- PESSOA, D.; NASCIMENTO SILVA, P. **Análise de Dados Amostrais Complexos**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 1998.

PORTAL, M. M. *et al.* Informações de saúde na internet: protocolo para avaliação de sites sobre drogas de abuso. **Journal of Health Informatics**, v. 1, n. 1, 15 out. 2009.

PRIORE, M. Del. **História das Crianças no Brasil**. São Paulo, SP: Contexto, 1997.

REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. Co-occurrence of physical violence against partners and their children in health services. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 595–603, ago. 2006.

RIBEIRO, I. M. P. *et al.* Prevalence of various forms of violence among school students. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 54–59, fev. 2015.

RIBEIRO, L. A. **A Percepção de Mães sobre as Condições Sociais e o Desenvolvimento de seus Filhos no Território do Sol Nascente, Ceilândia-DF**. Monografia (graduação)—Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2015.

ROCHA, P. C. X. da; MORAES, C. L. Domestic violence against children and prospects for intervention of the Family Health Program: the experience of the Family Doctor Program/Niterói (RJ, Brazil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3285–3296, jul. 2011.

ROCHA, S. V. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630–640, dez. 2010.

ROUSTIT, C. *et al.* Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: advocacy for early prevention. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 63, n. 7, p. 563–568, jul. 2009.

RUNYAN, D. K. *et al.* International variations in harsh child discipline. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. e701–711, set. 2010.

RYLKO-BAUER, B.; FARMER, P. **Structural Violence, Poverty, and Social Suffering**. In: *The Oxford Handbook of the Social Science of Poverty* Edited by David Brady and Linda M. Burton. 19 maio 2016.

SADOWSKI, L. S. *et al.* The world studies of abuse in the family environment (WorldSAFE): a model of a multi-national study of family violence. **Injury Control and Safety Promotion**, v. 11, n. 2, p. 81–90, jun. 2004.

SAMPAIO, J. M. C. *et al.* Emotions of students involved in cases of *bullying*. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 344–352, jun. 2015.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M. DE; OLIVEIRA, N. F. de. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214–222, jan. 2009.

SANTOS, R. F. dos. **O Acesso a Moradia por Famílias de Baixa Renda sem Respaldo das Políticas de Habitação do Governo do Distrito Federal**: uma abordagem do núcleo habitacional Sol Nascente. 22 set. 2010.

- SANTOS, V. dos; FERNÁNDEZ, A. Child and adolescent mental health services in Brazil: structure, use and challenges. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 4, p. 319–329, dez. 2014.
- SANTOS, V. *et al.* Sites on drugs of abuse: resources for assessment. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 575–585, nov. 2010.
- SANTOS, V. D.; MAYER, R. T. da R. Mapeamento de instituições governamentais e não governamentais de atenção à saúde mental em um município do Rio Grande do Sul. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 4, p. 1344–1356, 22 nov. 2013.
- SCHECHTER, D. S. *et al.* Fits and starts: A mother–infant case-study involving intergenerational violent trauma and pseudoseizures across three generations. **Infant Mental Health Journal**, v. 24, n. 5, p. 510–528, 1 set. 2003.
- SCHEPER-HUGHES, N. **Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil**. Unknown edition ed. Berkeley: University of California Press, 1993.
- SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 22–29, ago. 2000.
- SHEEHAN, P. *et al.* Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. **The Lancet**, v. 0, n. 0, 19 abr. 2017.
- SHELMAN, E. A.; LAZORITZ, S. **The Mary Ellen Wilson Child Abuse Case and the Beginning of Children’s Rights in 19th Century America**. [s.l.]: McFarland, 2005.
- SILVA, M. A. da *et al.* Mistreatment in childhood among female victims of violence. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 121–127, mar. 2009.
- SIMONS, D. A.; WURTELE, S. K. Relationships between parents’ use of corporal punishment and their children’s endorsement of spanking and hitting other children. **Child Abuse & Neglect**, v. 34, n. 9, p. 639–646, set. 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de Atuação Frente a Maus-tratos na Infância e na Adolescência**: orientações para pediatras e demais profissionais da Saúde. Rio de Janeiro: [s.n.].
- SØRBØ, M. F. *et al.* Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. **BMC Public Health**, v. 13, p. 186, 2 mar. 2013.
- STELKO-PEREIRA, A. C.; SANTINI, P. M.; WILLIAMS, L. C. DE A. Corporal punishment by school staff in Brazil: prevalencia en dos escuelas públicas Brasileñas. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 581–591, dez. 2011.
- STOLTENBORGH, M. *et al.* Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. **International Journal of Psychology**, v. 48, n. 2, p. 81–94, 1 abr. 2013.
- _____. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses: Prevalence of Child Maltreatment across the Globe. **Child Abuse Review**, v. 24, n. 1, p. 37–50, jan. 2015.

- STRAUS, M. A.; FIELD, C. J. Psychological Aggression by American Parents: National Data on Prevalence, Chronicity, and Severity. **Journal of Marriage and Family**, v. 65, n. 4, p. 795–808, nov. 2003.
- SUMNER, S. A. *et al.* Violence in the United States: Status, Challenges, and Opportunities. **JAMA**, v. 314, n. 5, p. 478–488, 4 ago. 2015.
- TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1845–1853, set. 2006.
- THE LANCET. Violence against women and girls: how far have we come? **The Lancet**, v. 386, n. 10008, p. 2029, 21 nov. 2015.
- TSAVOUSSIS, A. *et al.* Child-Witnessed Domestic Violence and its Adverse Effects on Brain Development: A Call for Societal Self-Examination and Awareness. **Frontiers in Public Health**, v. 2, 10 out. 2014.
- UNITED NATIONS. **Promotion and Protection of the Rights of Children**. General Assembly, 2006.
- VALENTE, L. A. *et al.* Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in a Southern Brazilian Metropolis. **Brazilian Dental Journal**, v. 26, n. 1, p. 55–60, fev. 2015.
- VAZ, S. *et al.* Is Using the Strengths and Difficulties Questionnaire in a Community Sample the Optimal Way to Assess Mental Health Functioning? **PloS One**, v. 11, n. 1, p. e0144039, 2016.
- VISSING, Y. M. *et al.* Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. **Child Abuse & Neglect**, v. 15, n. 3, p. 223–238, 1 jan. 1991.
- WANG, M.-T.; KENNY, S. Longitudinal Links Between Fathers' and Mothers' Harsh Verbal Discipline and Adolescents' Conduct Problems and Depressive Symptoms. **Child Development**, v. 85, n. 3, p. 908–923, maio 2014.
- WEISSMAN, M. M. *et al.* Families at High and Low Risk for Depression: A 3-Generation Study. **Archives of General Psychiatry**, v. 62, n. 1, p. 29, 1 jan. 2005.
- WHO. **Global Status Report on Violence Prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014.
- WHO, W. H. O. D. of M. H. AND S. A **User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: [s.n.].
- _____. **Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women**. Geneva: [2001].
- XIMENES, L. F. *et al.* Community violence and posttraumatic stress disorder in children and adolescents. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 3, p. 443–450, 2013.

_____; OLIVEIRA, R. DE V. C. DE; ASSIS, S. G. DE. Violence and post-traumatic stress disorder in childhood. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 417–433, abr. 2009.

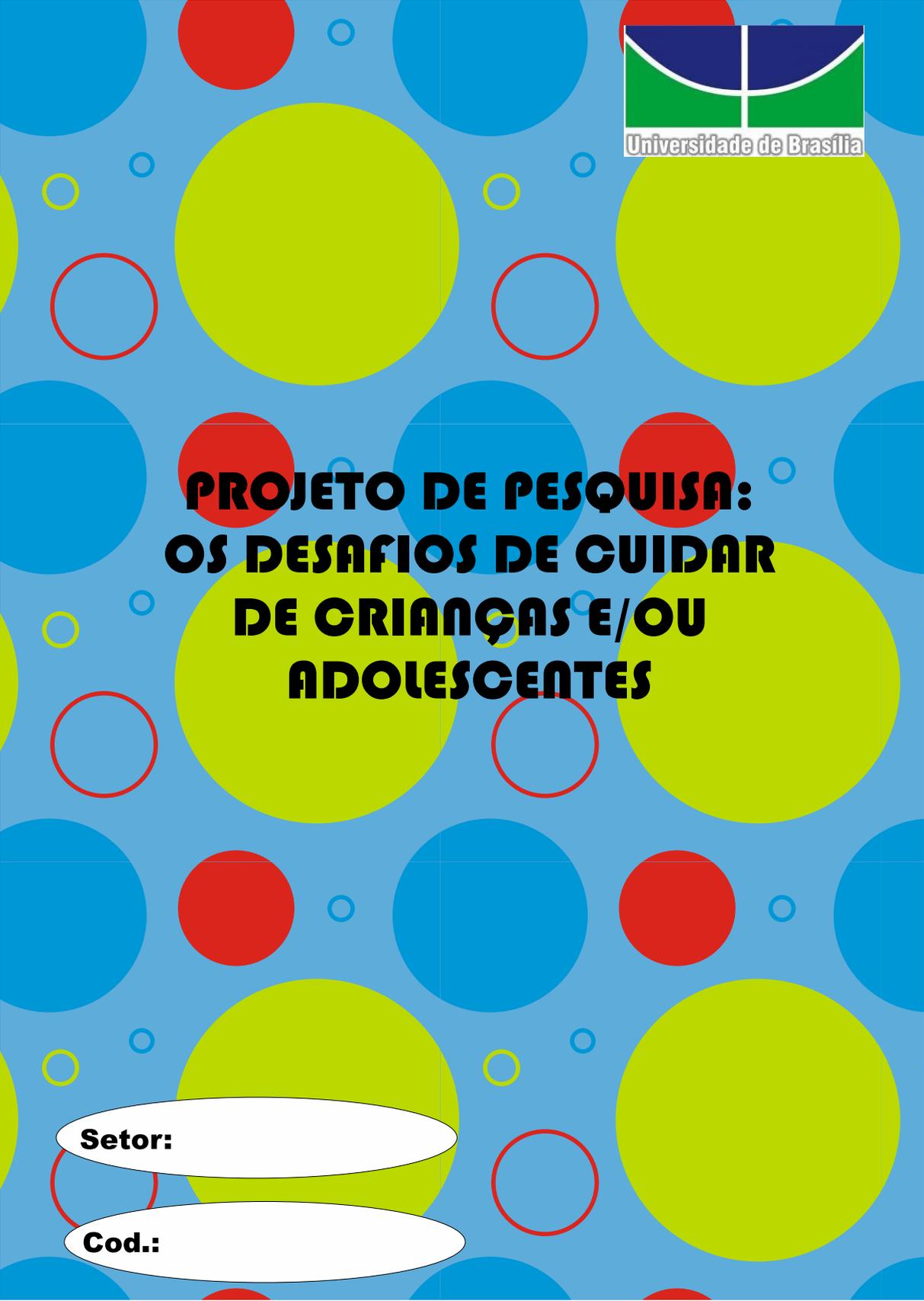
ZANOTI-JERONYMO, D. V. *et al.* Prevalence of physical abuse in childhood and exposure to parental violence in a Brazilian sample. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2467–2479, nov. 2009.

ZIMMERMAN, G. M.; POSICK, C. Risk Factors for and Behavioral Consequences of Direct Versus Indirect Exposure to Violence. **American Journal of Public Health**, p. e1–e11, 12 nov. 2015.

APÊNDICE A - LISTA DE SETORES CENSITÁRIOS VISITADOS

SETOR PONTO INICIAL	N
530010805150524 CASA 1 DO CONJUNTO B DA QUADRA 201 DO SETOR HABITACIONAL PÔR-DO-SOL.	11
530010805150526 QUADRA 501A DO SETOR HABITACIONAL PÔR-DO-SOL.	17
530010805150529 CASA 82 DO CONJUNTO C DA QUADRA 703 DO SETOR HABITACIONAL PÔR-DO-SOL.	12
530010805150534 CONJUNTO E DA QUADRA 603 DO SETOR HABITACIONAL PÔR-DO-SOL.	7
530010805150514 CHÁCARA 151.	10
530010805150517 CHÁCARA 45 (SANTA LUZIA).	11
530010805150538 CHÁCARA 136 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	14
530010805150541 CHÁCARA 61 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	13
530010805150543 CHÁCARA 118 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	8
530010805150546 CONJUNTO C DA CHÁCARA 141 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	11
530010805150549 CONJUNTO C DA CHÁCARA 127A DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	16
530010805150552 CHÁCARA 181 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	6
530010805150556 LOTE 12 DO CONJUNTO A DA CHÁCARA 119 (CONDOMÍNIO RAI DO SOL).	17
530010805150557 LOTE 6 DO CONJUNTO C DA CHÁCARA 79 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	21
530010805150559 LOTE 2 DA QUADRA F DA CHÁCARA 5 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	10
530010805150562 CONJUNTO A DA CHÁCARA 84 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	6
530010805150566 CONJUNTO F DA CHÁCARA 73 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	10
530010805150569 CONJUNTO M1 DA CHÁCARA 2 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	11
530010805150572 CONJUNTO A DA CHÁCARA 2 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	13
530010805150574 CONJUNTO H DA CHÁCARA 2 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	12
530010805150576 CONJUNTO H DA QUADRA 2 DA CHÁCARA 16 (CONDOMÍNIO VENCEDOR).	12
530010805150579 CHÁCARA 120 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	10
530010805150581 CONJUNTO C DA CHÁCARA 86 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	17
530010805150583 CHÁCARA 29 (ATHILA) DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	14
530010805150586 CONJUNTO E DA CHÁCARA 48 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	10
530010805150588 CHÁCARA 65 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	13
530010805150590 LOTE 9 DA QUADRA 40 DO CONDOMÍNIO PINHEIROS.	18
530010805150593 LOTE 1 DA QUADRA 14 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	9
530010805150596 CONJUNTO C DA CHÁCARA 96 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	14
530010805150598 CONJUNTO G DA CHÁCARA 125 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	14
530010805150600 CONJUNTO A DA CHÁCARA 128 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	11
530010805150603 CONJUNTO 8 DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	11
530010805150605 CHÁCARA 38A DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE.	12

APÊNDICE B – CAPA DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



**PROJETO DE PESQUISA:
OS DESAFIOS DE CUIDAR
DE CRIANÇAS E/OU
ADOLESCENTES**

Setor:

Cod.:

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Programa de Pós Graduação em Medicina – Faculdade de Medicina.
PROJETO DE PESQUISA – Desafios de Cuidar de Crianças e Adolescentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO DA MÃE OU RESPONSÁVEL NA PESQUISA

Criança/adolescente: _____

Mãe ou responsável: _____

Grau de parentesco do responsável: () Mãe () Outro – Quem? _____

Projeto de pesquisa: Os desafios de cuidar de crianças e/ou adolescentes.

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa da Universidade de Brasília sobre a saúde e bem-estar das crianças e adolescentes da Ceilândia (Sol Nascente e Pôr do Sol).

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária na pesquisa, que tem por objetivo estudar como as estratégias de educação e cuidado e outras experiências de vida adversas (como violência) podem afetar o comportamento e o bem-estar das crianças e adolescentes.

Se você aceitar participar dessa pesquisa, será convidado(a) a responder perguntas sobre um de seus filhos em uma entrevista de aproximadamente 30 minutos. Vamos perguntar sobre os sentimentos e comportamentos de seu(sua) filho(filha) no dia a dia, sobre as experiências vividas por ele(a) e também sobre os serviços que você possa ter procurado para atendê-lo(a). Também faremos perguntas sobre você e sobre sua família.

Os riscos de participar da pesquisa são mínimos e consistem em possível desconforto ao responder certas perguntas do questionário. Caso isso aconteça, você poderá decidir não responder essas perguntas. Você também tem o direito de interromper sua participação a qualquer momento.

Você **não** terá ganhos financeiros ao participar da pesquisa, mas as informações dadas nas entrevistas poderão ajudar no desenvolvimento de programas para diminuir a violência, e assim favorecer o bem-estar das crianças e adolescentes.

Todas as informações fornecidas por você durante sua participação na pesquisa são confidenciais e seu nome e de seus familiares não serão divulgados em nenhum momento. O seu domicílio foi selecionado através de sorteio, com base em dados do IBGE, para participar da nossa pesquisa e solicitamos a sua colaboração para fornecer ao nosso(a) entrevistador(a) as informações necessárias para esse estudo.

Nós garantimos a confidencialidade das respostas e esclarecemos que as informações coletadas serão tratadas conjuntamente e nunca de forma individual.

Para sua segurança, nossa equipe trabalha devidamente credenciada.

A sua participação é muito importante para o nosso trabalho. Desde já agradecemos a colaboração, e em caso de dúvidas, entre em contato conosco pelo telefone (61) 98366-1832 e ou e-mail vagner@unb.br

Em qualquer etapa desse estudo, você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para tirar dúvidas. O pesquisador Wagner dos Santos, pode ser encontrada na Universidade de Brasília – Campus Ceilândia, na Rua QNN 14 – Área especial de Ceilândia Sul. Se vocês tiverem alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, podem entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília pelo telefone (61) 3107-1918 ou pelo e-mail cepfm@unb.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão independente na Universidade de Brasília – Faculdade de Medicina, que é responsável por garantir que os projetos de pesquisa desenvolvidos na universidade respeitem os direitos, a dignidade e a autonomia das pessoas que participam das pesquisas. Como parte de suas atribuições, o Comitê de Ética é responsável por fiscalizar a pesquisa, bem como por tirar dúvidas e verificar qualquer reclamação dos participantes em relação à pesquisa.

Se você concordar em participar da pesquisa, por favor assine esse Termo de Consentimento para que possamos documentar sua participação voluntária. O Termo de Consentimento será assinados em duas vias: uma delas ficará em seu poder, e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável pela pesquisa, que também assinará os Termos de Consentimento.

Termo de Consentimento

Eu, abaixo assinado(a), acredito ter sido suficientemente informado(a) à respeito das informações que li, ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “Os desafios de cuidar de crianças e/ou adolescentes”. Ficaram claros para mim quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e os riscos e benefícios associados à minha participação. Também ficou claro que os pesquisadores responsáveis garantem o sigilo de todas as informações fornecidas por mim, a preservação dos meus direitos, e o esclarecimento permanente de quaisquer dúvidas que eu possa ter em relação à pesquisa. Também estou ciente de que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente a participar dessa pesquisa, e em ser entrevistado(a) agora. Estou ciente de que posso me recusar a responder qualquer questão, e de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, antes, durante ou depois das entrevistas.

Nome: _____

Endereço: _____

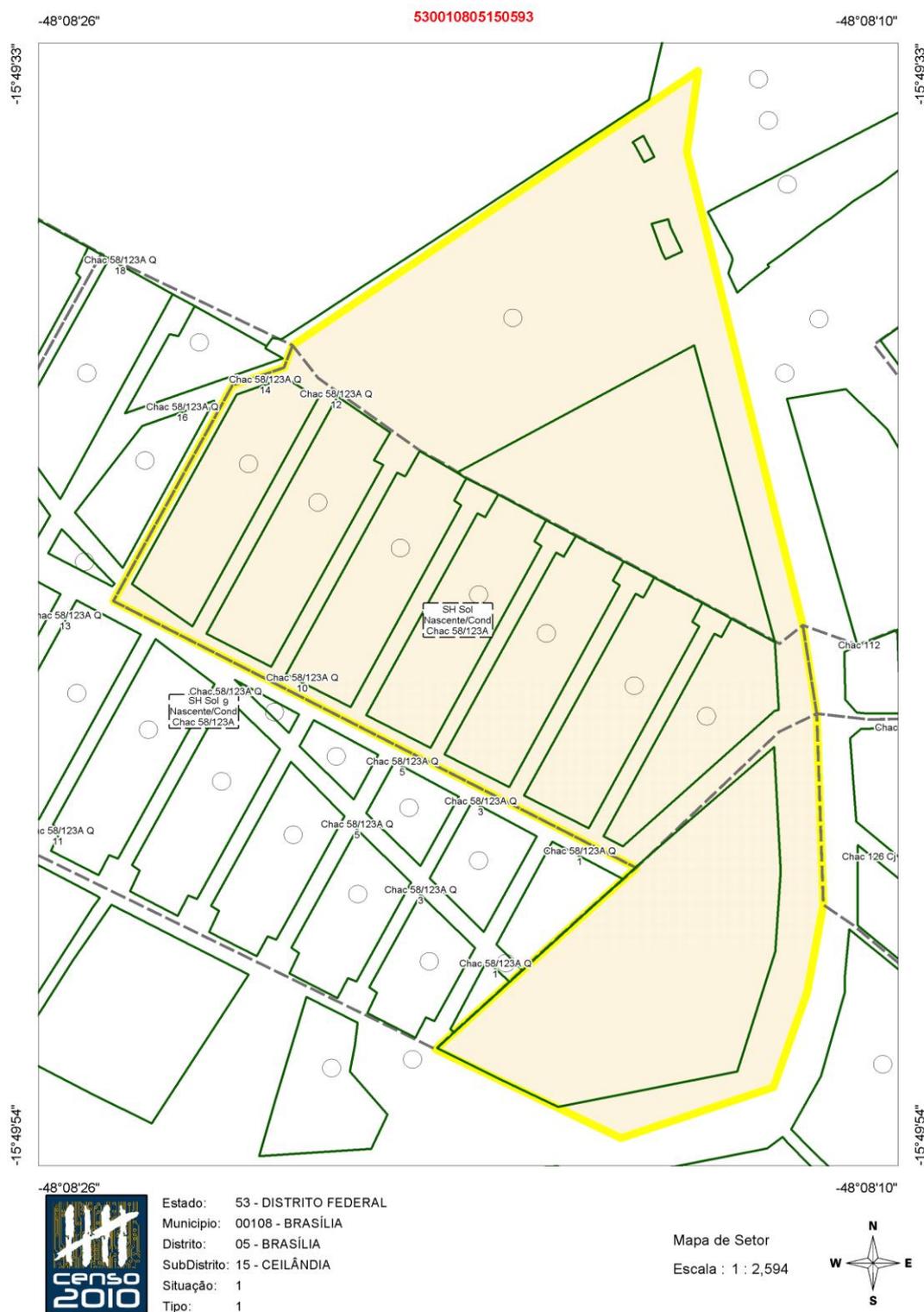
Data ___/___/___

Assinatura da mãe, pai ou adulto responsável pelo adolescente

Data ___/___/___

Assinatura do profissional, membro da equipe de pesquisa

ANEXO A - MAPA E COORDENADAS GEOGRÁFICAS DE SETOR CENSITÁRIO



ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos epidemiológicos da Violência contra crianças e adolescentes na Ceilândia

Pesquisador: Vagner Dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53960016.8.0000.5558

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.521.672

Apresentação do Projeto:

Vide parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa prospectivo, transversal, visando a obtenção de Título de Doutor pelo pesquisador responsável. Foram anexados o “Questionário Nuclear WorldSAFE – Versão Reduzida 2013”, “Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)” para crianças de 2 a 4 anos e o “Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)” para crianças de 4 a 17 anos.

Os critérios de exclusão foram definidos e compreendem “todas as mães e/ou cuidadores(as) que não aceitarem assinar o TCLE e/ou tiverem apenas filhos(as) com idade menor de 2 anos e idade maior ou igual a 18 anos. Ainda serão excluídas do estudos todas as mães e/ou cuidadores(as) que não apresentarem condições de entender e responder as questões contidas nos questionários independente da causa (incluindo, mas não limitado à deficiência cognitiva, efeitos

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 1.521.672

do uso de substância psicotrópicas, efeitos adversos de medicação que comprometam a capacidade cognitiva).”

No tocante ao TCLE, o pesquisador responsável esclarece, em carta encaminhada ao CEP, e em comunicação via e-mail com o Dr. Sérgio Domingos, Defensor Público da Defensoria Pública Especializada da Infância e da Juventude do DF, que “a notificação compulsório está prevista para trabalhadores da rede de saúde e do ensino básico e fundamental. No caso da pesquisa, é o sigilo, conforme previsto na resolução 466/12, que deve ser obedecido.” Dessa forma, encaminha novo TCLE, com as correções necessárias que, apesar de um pouco longo, encontra-se adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram incluídos no processo o Projeto Detalhado; o TCLE; o projeto preenchido na Plataforma Brasil; os Questionários que serão utilizados; a correspondência via e-mail trocada com o defensor público da Defensoria Pública Especializada da Infância e da Juventude do DF e a carta com os esclarecimentos solicitados anteriormente pelo CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de um projeto de pesquisa prospectivo que visa a dissertação de tese de doutorado do pesquisador responsável. Considero que todas as pendências foram adequadamente respondidas, e o projeto poderá ser aprovado. Este é o meu parecer, salvo melhor juízo dos membros do CEP/FM.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto foi avaliado na 4ª Reunião Ordinária deste CEP. Após apresentação pelo relator e discussão pelos membros do Colegiado o projeto foi aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_670821.pdf	12/04/2016 14:59:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_MAES.doc	12/04/2016 14:57:42	Vagner Dos Santos	Aceito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 1.521.672

Justificativa de Ausência	TCLE_MAES.doc	12/04/2016 14:57:42	Vagner Dos Santos	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_parecerista.docx	12/04/2016 14:56:15	Vagner Dos Santos	Aceito
Outros	SDQ_Portuguese_p4_17full.pdf	12/04/2016 14:55:30	Vagner Dos Santos	Aceito
Outros	SDQ_Portuguese_p2_4full.pdf	12/04/2016 14:54:59	Vagner Dos Santos	Aceito
Outros	WORLDSAFE_2013.doc	12/04/2016 14:50:32	Vagner Dos Santos	Aceito
Outros	CONSTULTA_VARA.pdf	12/04/2016 14:49:36	Vagner Dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_FM_april.docx	12/04/2016 14:48:49	Vagner Dos Santos	Aceito
Outros	CV_LENORA.pdf	08/03/2016 15:49:57	Vagner Dos Santos	Aceito
Outros	CV_VAGNER_CIENCIAS_MEDICAS.pdf	08/03/2016 15:49:24	Vagner Dos Santos	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	08/03/2016 15:46:44	Vagner Dos Santos	Aceito
Orçamento	PLANILHA.doc	08/03/2016 15:43:10	Vagner Dos Santos	Aceito
Outros	RESPONSABILIDADE.pdf	08/03/2016 15:42:43	Vagner Dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO_FM.pdf	08/03/2016 15:41:17	Vagner Dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 29 de Abril de 2016

Assinado por:
Florêncio Figueiredo Cavalcanti Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br