

**Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente**

Elisabete Pereira Silva

**Desenvolvimento Psicossocial
de Crianças Expostas à Violência contra a Mãe
cometida por Parceiro Íntimo**

**Recife
2016**

Elisabete Pereira Silva

**Desenvolvimento Psicossocial
de Crianças Expostas à Violência contra a mãe
cometida por Parceiro Íntimo**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito complementar para obtenção do grau de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de Concentração:
Abordagens Quantitativas em Saúde

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir

Coorientadora:
Prof.^a Dr.^a Sophie Helena Eickmann

**Recife
2016**

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

S586d Silva, Elisabete Pereira.
Desenvolvimento psicossocial de crianças expostas à violência contra a
mãe cometida por parceiro íntimo / Elisabete Pereira Silva. – 2016.
214 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Ana Bernarda Ludermir.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife,
2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Comportamento infantil. 2. Relação mãe-filho. 3. Violência por parceiro
íntimo. 4. Desenvolvimento psicossocial. 5. Depressão infantil. I. Ludermir, Ana
Bernarda (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-175)

Elisabete Pereira Silva

**Desenvolvimento Psicossocial
de Crianças Expostas à Violência contra a mãe
cometida por Parceiro Íntimo**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: **28/04/2016**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Marília Lima de Carvalho (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Pedro Israel de Lira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Maria Isabel Patrício de Carvalho Pedrosa (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Paulo Germano de Frias (Examinador Externo)
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dra. Florisbela de Arruda Câmara Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice Coordenadora)
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir
Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira
Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
(Maria de Fátima Cordeiro Trajano - Representante discente - Doutorado)
(Rhayssa Ferreira Brito - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo
Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt
Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes
Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)
Juliene Gomes Brasileiro
Leandro Cabral da Costa

*Às mulheres que,
mesmo diante das circunstâncias,
se mantêm como flor,
quer seja em botão fechado,
meio aberto ou totalmente aberto...*

*Às crianças que,
mesmo diante das circunstâncias,
se mantêm como sementes,
quer sejam fechadas,
meio abertas ou totalmente abertas
à espera
da delicadeza do mundo...*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Ana Bernarda Ludermir, pela abertura de portas e por me dar a oportunidade de compartilhar o seu conhecimento e a sua parceria, em todos os momentos desse caminho.

À minha coorientadora, Sophie Eickmann, que me deu acolhida e “norte” em cada etapa do desenvolvimento deste trabalho.

À professora Marília Lima, pela simplicidade com que conduz e transmite todo o seu saber e por ter me indicado um novo caminhar.

Ao Professor Alan Emond, pela disponibilidade e valiosas contribuições na construção deste trabalho.

À equipe da pesquisa, Raquel Aquino e entrevistadoras, que contribuíram para a viabilidade da pesquisa de campo, especialmente à Martha Caldas, cuja energia possibilitou o trabalho nas escolas.

À professora Gisélia Alves, pelo exemplo e estímulo na busca do conhecimento.

À professora Maria Eugênia Motta, que me faz pensar, que por mais difícil que seja entender e aceitar os mistérios da vida..., devemos a cada dia, como diz o poeta Thiago de Mello: “...sempre manter nossas portas e janelas abertas para o verde onde cresce a esperança...”.

Aos companheiros de turma, Carlos Andrade, Fabiana Pastich, Marco Valois, Ricardo Guerra e Silvia Alves, por fazerem parte dessa história boa que tem sido o Doutorado.

A todos os professores da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, que me possibilitaram um espaço de crescimento pessoal e profissional.

À equipe técnica, em especial Paulo Nascimento e Juliene Brasileiro, Janaína Paz e Leandro Costa, pela dedicação e compromisso com a POSCA.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cujo financiamento permitiu a realização desta pesquisa.

À minha amiga Raquel Acioli, que desde o mestrado me incentiva e acredita nas minhas possibilidades.

Às minhas amigas, Vânia Pinto, Glauce Costa, Priscylla Barbosa, Sandra Andrade e Hilva Oliveira, pelo apoio, incentivo e certeza de conquistas compartilhadas.

À minhas amigas Ana Paula Souza e Priscila Resende, cujo apoio e parceria me deram tranquilidade nessa caminhada.

Às minhas amigas Maria do Carmo d'Oliveira e Socorro Albino pelo vínculo que o tempo fortalece.

Ao meu companheiro, Clécio, que cria cores, tons e sons para dar leveza aos meus dias.

A Deus, por mais uma vez me mostrar que “é incrível a força que as coisas parecem ter quando precisam acontecer...”.

*“...E um pranto de filhos doces aparece
ainda na noite do deserto, um pranto
de milhares de bocas infantis,
como um coro que busca o duro vento
para que escutemos,
para que não nos esqueçamos...”*
(PABLO NERUDA, 1984, p.355).

RESUMO

A violência contra a mulher por parceiro íntimo (VPI) é considerada um sério e complexo problema de saúde pública, por desencadear, a curto e longo prazo, consequências bastante negativas para a saúde da mulher e dos seus filhos, que estão expostos aos episódios violentos, mesmo quando não são o alvo direto da violência. Os eventos negativos da vida, decorrentes da família, incluindo VPI e suas consequências maternas, têm sido considerados fatores de risco para o surgimento de problemas nas várias dimensões do desenvolvimento da criança. Em cada estágio do desenvolvimento, da lactância à adolescência, a VPI pode causar impactos diferentes, que englobam problemas comportamentais, emocionais, cognitivos, sociais e físicos. Esses problemas podem persistir durante a vida adulta, inclusive com a possibilidade da vítima se tornar agressor, que é um dos pressupostos da transmissão intergeracional da violência. O objetivo deste estudo foi investigar as consequências da exposição da criança à VPI, para o desenvolvimento psicossocial. Este estudo é a 3ª etapa de uma coorte prospectiva que vem sendo conduzida desde 2005, com mulheres cadastradas em todas as Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife, Pernambuco. Foram avaliados 614 pares de mães-filhos. As mães já tinham sido avaliadas na gravidez e no pós-parto. Os problemas psicossociais da criança foram avaliados usando o *Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)* e o *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)*. Entre as mulheres estudadas, 319 (52,0%; IC95%: 48,0%-55,9%) referiram algum tipo de violência (psicológica, física ou sexual) em algum período (durante a gravidez, no pós-parto ou nos últimos 7 anos). Violência durante a gravidez foi referida por 28,0% das mulheres (IC95%: 24,4%-31,5%); no pós-parto, por 22,0% (IC95%: 18,8%-25,4%); e nos últimos 7 anos, por 32,6% (IC95%: 28,9%-36,4%). Para 55% (IC95%: 44%-65%) das mulheres, com relatos de violência na gravidez e no pós-parto, houve continuidade nos últimos 7 anos. Foram avaliados 10 tipos de exposição da criança à VPI e as mães referiram que 60,6% das crianças foram expostas a algum tipo. Encontrou-se nas crianças uma incidência de 46,7% de problemas de comportamento e 15,3% de depressão. Mesmo depois de controlar os efeitos das possíveis variáveis de confundimento (do contexto familiar, da violência e individual da criança), os problemas de comportamento e depressão, em escolares, se mantiveram associados com exposição à VPI sofrida pela mãe. Os resultados também mostraram que a chance da criança ter problemas de comportamento e depressão foi maior quando vivenciou múltiplos tipos de exposição à VPI. A idade de início da exposição de maior comprometimento para problemas de comportamento, na idade escolar, foi a faixa etária de 1 a 2 anos e para depressão foi a exposição na fase pré-natal e de 0 a 11 meses. A influência do ambiente das relações mostra que o bem-estar emocional das crianças está diretamente associado ao funcionamento emocional dos seus cuidadores e das suas famílias. Portanto, se faz necessário, identificação e intervenção precoces, para interromper o ciclo da violência e prevenir futuras gerações de crianças expostas à VPI.

Palavras-chave: Comportamento infantil. Desenvolvimento psicossocial. Depressão infantil. Relação mãe-filho. Violência por parceiro íntimo.

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) against women is considered a serious and complex problem of public health, by triggering the short and long term consequences negative for women's health and their children, who are exposed to violent episodes, even when they are not the direct target of the violence. Negative life events, arising from the family, including IPV and maternal effects, have been considered risk factors for the emergence of problems in the various dimensions of the development of the child. At every stage of development, from newborn to adolescence, IPV can cause different impacts, including behavioral problems, emotional, cognitive, physical and social. These problems may persist throughout adult life, including the possibility of the victim become aggressor, which is one of the assumptions of intergenerational transmission of violence. The objective of this study was to investigate the consequences of the child's exposure to IPV to the psychosocial development. This study is the third step of a prospective cohort which has been conducted since 2005, with women enrolled in all family health units Health District II of the city of Recife, Pernambuco. Were evaluated 614 pairs of mothers-children. The mothers had already been assessed in pregnancy and postpartum. The psychosocial problems of children were evaluated using the *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* e o *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)*. Among the women studied, 319 (52.0%; 95% CI: 48.0%-55.9%) reported some kind of violence (physical, psychological or sexual) in some period (during pregnancy, postpartum or over the last 7 years). Violence during pregnancy was 28.0% (95% CI: 24.4%-31.5%); in the postpartum, 22.0% (95% CI: 18.8%-25.4%); and in the past 7 years, 32.6% (95% CI: 28.9%-36.4%). To 55% (95% CI: 44%-65%) of women with reports of violence in pregnancy and postpartum, there was continuity in the last 7 years. Were evaluated 10 types of exposure of the child to the IPV and the mothers reported that 60.6% of the children were exposed to some form. The incidence of behavioral problems was 46.7% and of the depression was 15.3%. Even after controlling the effects of possible confounding variables (family, violence, and individual child's context), the behavior problems and depression in schoolchildren, remained associated with IPV exposure suffered by the mother. The results also showed that the chance of the child having behavior problems and depression was higher when experienced multiple types of exposure to IPV. The age of onset of exposure of greater commitment to behavioral problems, in school age, was the age range of 1 to 2 years and for depression was exposure in prenatal phase and 0 to 11 months. The influence of the environment of relations shows how the emotional well-being of children is directly associated with the emotional functioning of their caregivers and their families. Therefore, it is necessary, early identification and intervention, to stop the cycle of violence and prevent future generations of children exposed to IPV.

Keywords: Child Behavior. Psychosocial development. Child Depression. Mother-child relation. Intimate partner violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Fatores associados ao risco de um homem agredir a sua parceira.....	32
Quadro 2 -	Fatores facilitadores e obstaculizadores da rota crítica.....	37
Quadro 3 -	Tipos de exposição à violência por parceiro íntimo.....	40
Quadro 4 -	Impactos da exposição por parceiro íntimo durante o período pré-natal....	61
Quadro 5 -	Impactos da exposição à violência por parceiro íntimo sobre o desenvolvimento de lactentes.....	63
Quadro 6 -	Impactos da exposição à violência por parceiro íntimo sobre o desenvolvimento de pré-escolares.....	64
Quadro 7 -	Impactos da exposição à violência por parceiro íntimo sobre o desenvolvimento de escolares.....	65
Quadro 8 -	Impactos da exposição à violência por parceiro íntimo sobre o desenvolvimento de adolescentes.....	67
Quadro 9 -	Fatores associados aos impactos da exposição da criança à violência por parceiro íntimo.....	68
Quadro 10 -	Perguntas acerca da violência cometida pelo parceiro íntimo.....	79
Figura 1 -	Caminhos e consequências da violência por parceiro íntimo sobre a saúde.....	35
Figura 2 -	Sistema ecológico biopsicossocial.....	45
Figura 3 -	População do estudo.....	71
Figura 4 -	Etapas da adaptação transcultural do <i>Short Mood and Feelings Questionnaire</i>	84
Figura 5 -	Modelo teórico-conceitual para investigação dos fatores associados ao impacto da exposição da criança à violência por parceiro íntimo.....	85
Figura 6 -	Frequência da violência cometida contra a mulher pelo parceiro íntimo durante a gestação, o pós-parto e os últimos 7 anos. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	96
Figura 7 -	Padrão da violência cometida contra a mulher pelo parceiro íntimo durante a gestação, o pós-parto e os últimos 7 anos. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	97
Figura 8 -	Frequência e sobreposição dos tipos de violência cometidos contra a mulher pelo parceiro íntimo durante a gestação, no pós-parto e nos últimos 7 anos. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Prevalência de violência física e/ou sexual contra a mulher por parceiros íntimos, segundo regiões – 2008 a 2011.....	27
Tabela 2 -	Estudos realizados no Brasil sobre a violência contra a mulher por parceiro íntimo, no período de 2004 a 2015.....	28
Tabela 3 -	Estudos sobre a exposição da criança à violência por parceiro íntimo, no período de 2001 a 2015.....	43
Tabela 4 -	Escore do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão mãe e professor.....	82
Tabela 5 -	Distribuição das mulheres, segundo características demográficas e socioeconômicas. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	91
Tabela 6 -	Distribuição dos parceiros, segundo características demográficas e socioeconômicas. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	92
Tabela 7 -	Distribuição das mulheres e parceiros, segundo características comportamentais. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	93
Tabela 8 -	Distribuição do perfil do relacionamento do casal. Recife - Pernambuco, 2013 -2014.....	94
Tabela 9 -	Distribuição das crianças, segundo características sociodemográficas. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	99
Tabela 10 -	Distribuição dos tipos de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo, segundo classificação de Holden. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	100
Tabela 11 -	Distribuição da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo, segundo número de tipos, idade de início e perpetrador da exposição. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	101
Tabela 12 -	Incidência das capacidades e dificuldades das crianças, segundo SDQ mãe, SDQ professor e SDQ multi-informantes. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	102
Tabela 13 -	Incidência das capacidades e dificuldades das crianças por escalas do SDQ mãe, segundo o sexo. Recife - Pernambuco, 2013-2014	102
Tabela 14 -	Análise bivariada da associação entre características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro e problemas de comportamento da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	104

Tabela 15 -	Análise bivariada da associação entre características comportamentais da mulher e do parceiro e problemas de comportamento da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	105
Tabela 16 -	Análise bivariada da associação entre o perfil do relacionamento do casal e problemas de comportamento da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	106
Tabela 17 -	Análise bivariada da associação entre características sociodemográficas das crianças e problemas de comportamento. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	107
Tabela 18 -	Análise bivariada da associação entre número de tipos de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo e problemas de comportamento. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	107
Tabela 19 -	Análise bivariada da associação entre idade de início da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo e problemas de comportamento. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	108
Tabela 20 -	Associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	110
Tabela 21 -	Associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características comportamentais da mulher e do parceiro. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	111
Tabela 22 -	Associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e o perfil do relacionamento do casal. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	112
Tabela 23 -	Associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características sociodemográficas das crianças. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	113
Tabela 24 -	Associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	114
Tabela 25 -	Associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características comportamentais da mulher e do parceiro. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	115
Tabela 26 -	Associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e o perfil do relacionamento do casal. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	116

Tabela 27 - Associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características sociodemográficas das crianças. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	117
Tabela 28 - Análise multivariada da associação entre tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e problemas de comportamento. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	118
Tabela 29 - Análise multivariada da associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e problemas de comportamento. Recife - Pernambuco, 2013- 2014.....	119
Tabela 30 - Análise bivariada da associação entre características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	121
Tabela 31 - Análise bivariada da associação entre características comportamentais da mulher e do parceiro e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	122
Tabela 32 - Análise bivariada da associação entre o perfil do relacionamento do casal e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	123
Tabela 33 - Análise bivariada da associação entre características sociodemográficas das crianças e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	124
Tabela 34 - Análise bivariada da associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo e depressão da criança. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	124
Tabela 35 - Análise bivariada da associação entre a idade de início da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo e depressão da criança. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	125
Tabela 36 - Análise multivariada da associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e depressão da criança. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	126
Tabela 37 - Análise multivariada da associação entre a idade de início da exposição à violência por parceiro íntimo e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APA -	American Psychiatric Association
CAPS -	Centro de Apoio Psicossocial
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Decit -	Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
DS -	Distrito Sanitário
DSM -	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECVPI -	Exposição da Criança à Violência por Parceiro Íntimo
ESF -	Equipe de Saúde da Família
EUA -	Estados Unidos da América
HIS -	Habitação de Interesse Social
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC -	Intervalo de Confiança
MFI -	Modelos Funcionais Internos
MFQ -	<i>Mood and Feelings Questionnaire</i>
MR -	Microrregião
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OR -	Odds Ratio
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIPASC -	Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PSF -	Programa Saúde da Família

RPA -	Região Político-Administrativa
SDQ -	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SMFQ -	<i>Short Mood and Feelings Questionnaire</i>
SPA -	Serviço de Pronto Atendimento
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT -	Transtorno por Estresse Pós-Traumático
UFPE -	Universidade Federal de Pernambuco
USF -	Unidade Saúde da Família
VPI -	Violência pelo Parceiro Íntimo
WHO -	World Health Organization
ZEIS -	Zona Especial de Interesse Social
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	20
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1	<u>Violência pelo parceiro íntimo</u>	24
2.1.1	Definições da violência pelo parceiro íntimo.....	24
2.1.2	Magnitude da violência pelo parceiro íntimo.....	26
2.1.3	Dinâmica da violência pelo parceiro íntimo.....	29
2.1.4	Fatores de risco associados à violência pelo parceiro íntimo.....	31
2.1.5	Impactos da violência pelo parceiro íntimo.....	34
2.1.6	Enfrentamento da violência por parceiro íntimo.....	36
2.2	<u>Exposição da criança à violência por parceiro íntimo</u>	39
2.2.1	Definições da exposição da criança à violência por parceiro íntimo.....	39
2.2.2	Magnitude da exposição da criança à violência por parceiro íntimo.....	41
2.2.3	A exposição da criança à violência por parceiro íntimo na visão das teorias do desenvolvimento.....	44
2.2.3.1	<u>Teoria da psicopatologia do desenvolvimento</u>	46
2.2.3.1.1	<i>Desenvolvimento emocional</i>	46
2.2.3.1.2	<i>Desenvolvimento comportamental</i>	48
2.2.3.1.3	<i>Desenvolvimento cognitivo</i>	51
2.2.3.2	<u>Teoria do apego</u>	52
2.2.3.3	<u>Teoria da segurança emocional</u>	54
2.2.3.4	<u>Teoria do trauma</u>	55
2.2.3.5	<u>Teoria do aprendizado social</u>	57
2.2.3.6	<u>Teoria da resiliência</u>	58
2.2.4	Impactos da exposição da criança à violência por parceiro íntimo sobre as dimensões e os períodos do desenvolvimento.....	60
2.2.4.1	<u>Período Pré-natal (Fetal)</u>	60
2.2.4.2	<u>Período de 0 – 2 anos (Lactente)</u>	62
2.2.4.3	<u>Período Pré-escolar</u>	63
2.2.4.4	<u>Período Escolar</u>	64
2.2.4.5	<u>Período da Adolescência</u>	66

2.2.5	Fatores associados aos impactos da exposição da criança à VPI.....	67
2.2.6	Considerações finais.....	69
3	MÉTODOS.....	70
3.1	<u>Local do estudo</u>	70
3.2	<u>População do estudo</u>	71
3.3	<u>Desenho da investigação e coleta de dados</u>	72
3.3.1	Primeira etapa da coorte (Coorte das gestantes)	73
3.3.2	Segunda etapa da coorte (Coorte das puérperas)	73
3.3.3	Terceira etapa da coorte (Coorte das mães e crianças)	74
3.4	<u>Operacionalização da pesquisa (seleção, treinamento das entrevistadoras e estudo piloto)</u>	74
3.5	<u>Instrumento da coleta de dados</u>	75
3.5.1	Questionário das grávidas (primeira etapa).....	75
3.5.2	Questionário das puérperas (segunda etapa).....	76
3.5.3	Questionário das mulheres (terceira etapa).....	76
3.5.4	Questionário das crianças (terceira etapa).....	77
3.6	<u>Definição de termos e elenco de variáveis</u>	77
3.6.1	Variáveis independentes.....	78
3.6.1.1	<u>Tipo de exposição da criança à VPI</u>	78
3.6.1.2	<u>Idade de início da exposição da criança à VPI</u>	78
3.6.2	Covariáveis.....	78
3.6.2.1	<u>Variáveis do contexto familiar</u>	78
3.6.2.2	<u>Variáveis do contexto da violência pelo parceiro íntimo</u>	80
3.6.2.3	<u>Variáveis do contexto da criança</u>	81
3.6.3	Variáveis dependentes.....	82
3.6.3.1	<u>Problemas de comportamento da criança</u>	82
3.6.3.2	<u>Depressão da criança</u>	84
3.7	<u>Plano de análise dos dados</u>	85
3.8	<u>Aspectos éticos</u>	88
3.9	<u>Problemas metodológicos</u>	89
4	RESULTADOS.....	92
4.1	<u>Caracterização das mulheres e parceiros</u>	92
4.2	<u>Violência por parceiro íntimo</u>	96

4.3	<u>Caracterização das crianças</u>	99
4.4	<u>Exposição da criança à violência por parceiro íntimo</u>	100
4.5	<u>Problemas de comportamento das crianças</u>	102
4.5.1	Análise bivariada.....	104
4.5.2	Análise multivariada.....	109
4.6	<u>Depressão das crianças</u>	120
4.6.1	Análise bivariada.....	120
4.6.2	Análise multivariada.....	125
5	DISCUSSÃO.....	128
5.1	<u>Contexto familiar</u>	128
5.2	<u>Contexto da violência por parceiro íntimo</u>	130
5.3	<u>Contexto da criança</u>	132
5.4	<u>Vantagens</u>	140
5.5	<u>Limitações</u>	141
6	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
	REFERÊNCIAS.....	145
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mulher..	174
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da criança..	177
	APÊNDICE C - Questionário da Mulher.....	181
	APÊNDICE D - Questionário da Criança.....	194
	APÊNDICE E - Miniguia de Serviços.....	207
	APÊNDICE F - Lista das escolas.....	208
	ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE.....	212

1 APRESENTAÇÃO

A violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo (VPI) é considerada por muitos autores um sério e complexo problema de saúde pública, por desencadear, a curto e longo prazo, consequências bastante negativas para a saúde da mulher e dos seus filhos (BLACK, 2011; HOWARD et al., 2013; YOUNT et al., 2011), que estão expostos aos episódios violentos, mesmo quando não são o alvo direto da violência (KITZMANN et al., 2003).

A VPI tem sido foco de muitos estudos nas últimas quatro décadas (CHAN; YEUNG, 2009; COUTINHO; SANI, 2008; HARDING et al., 2013; HUNGERFORD et al., 2012; KITZMANN et al., 2003; MARGOLIN, 2005; YOUNT et al., 2011). No entanto, o interesse pelas crianças, expostas a esse tipo de violência, só veio aparecer em estudos de caso na década de 70 e em publicações de estudos empíricos a partir dos anos 80 (FANTUZZO; MOHR, 1999; KITZMANN et al., 2003). A visibilidade das consequências físicas e mentais tem feito os pesquisadores expressarem uma crescente preocupação com a exposição de crianças à violência entre adultos, especialmente violência entre os parceiros íntimos (BAIR-MERRIT; BLACKSTONE; FEUDTNER; 2006; EVANS; DAVIES; DiLILLO, 2008; PESCE, 2009; STERNBERG et al., 2006; WOLFE et al., 2003).

Os eventos negativos da vida, decorrentes da família, incluindo VPI e suas consequências maternas, têm sido considerados fatores de risco para o surgimento de problemas nas várias dimensões do desenvolvimento da criança (ADAMS, 2006; GEWIRTZ; EDLESON, 2007; LEVENDOSKY; LANNERT; YALCH, 2012; HOWELL et al., 2016). Em cada estágio do desenvolvimento, da lactância à adolescência, a VPI pode causar impactos diferentes, os quais englobam problemas **comportamentais** (DURAND et al., 2011; KERNIC et al., 2003; LEVENDOSKY et al., 2006; McFARLANE et al., 2003), **emocionais** (BOGAT et al., 2006; CARPENTER; STACKS, 2009; MELTZER et al., 2009; XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009), **cognitivos** (KERNIC et al., 2002; LEVENDOSKY et al., 2003), **sociais** (BOWEN, 2015) e **físicos** (BAIR-MERRIT et al., 2008; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006; KUHLMAN; HOWELL; GRAHAM-BERMANN, 2012; LAU; CHAN, 2007; MURPHY et al., 2001). Esses problemas podem persistir durante a vida adulta, inclusive com a possibilidade da vítima se tornar agressor, que é um dos pressupostos da transmissão intergeracional da violência (EHRENSAFT et al., 2003).

A elevada prevalência e o padrão de continuidade de VPI encontrados na vida das mulheres, especialmente na gravidez e no pós-parto, as consequências mentais para a mulher e o impacto sobre a saúde das crianças demonstram a relevância de avaliar como a exposição às situações de violência pela criança afeta o seu desenvolvimento.

A exposição direta ou indireta à VPI é uma grave e comum violação dos direitos da criança (DUTTON; WHITE, 2012), por privar da liberdade, da dignidade, do respeito e da possibilidade de crescer e se desenvolver em condições saudáveis, o que a torna um sério fator de risco para qualquer estágio do desenvolvimento (PEREIRA et al., 2013) e um importante problema para a pediatria, a saúde pública e os serviços sociais e jurídico-policiais.

Ainda são escassos os estudos longitudinais de base populacional, especialmente no Brasil, que avaliam as consequências, a curto e longo prazo, da exposição à VPI para a saúde das crianças.

A produção de conhecimentos sobre a exposição de crianças à VPI poderá contribuir para revelar sua magnitude e impactos e, também, possibilitar a elaboração de estratégias que facilitem a identificação precoce e a formulação de ações de prevenção e de intervenção, para viabilizar maior cuidado e proteção para as crianças, tanto pela área da saúde como da educação e dos serviços sociais e jurídicos.

Desde 2005, docentes do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Pernambuco, iniciaram um estudo de coorte, cujo foco principal foi avaliar a violência por parceiro íntimo na gravidez e pós-parto e os determinantes e consequências para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais. A pesquisa foi desenvolvida na cidade do Recife, nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II. Entre 2005 e 2006, foi realizada a primeira etapa da coorte, na qual foram avaliadas as gestantes e em 2006, quando estas estavam no puerpério, foi realizada a segunda etapa. A pesquisa teve o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit).

Em 2007, ao ser admitida no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva, surgiu a oportunidade de desenvolver a minha dissertação com dados dessa coorte, analisando a violência no pós-parto. Ao concluir em 2009, permaneceu o desejo de

continuar esse estudo, pensando agora nas consequências para o desenvolvimento de crianças expostas à violência, a partir do período pré-natal.

Em 2011, a Prof^a. Dr^a. Ana Bernarda Ludermir, docente do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva e coordenadora da coorte, formou um grupo de pesquisa com docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, com o objetivo de dar continuidade à coorte, incluindo as crianças na terceira etapa. O foco nesta etapa, além de continuar avaliando a violência contra a mulher por parceiro íntimo, foi analisar as suas consequências para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança.

Ao ser admitida, em 2012, no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, se concretizou a possibilidade de continuar acompanhando e analisando os dados da coorte, que embasa empiricamente essa tese, que está inserida na Área de Concentração das Abordagens Quantitativas em Saúde e na Linha de Pesquisa de Crescimento e Desenvolvimento.

A revisão da literatura reforçou a necessidade de responder a seguinte **pergunta condutora**: “A exposição da criança à violência cometida contra sua mãe pelo parceiro íntimo, desde o período pré-natal, influencia o seu desenvolvimento psicossocial?”, além de originar três **hipóteses**:

- 1) A criança cuja mãe sofreu violência pelo parceiro íntimo (VPI), desde o período pré-natal, apresenta problemas no desenvolvimento psicossocial;
- 2) Quanto mais variados forem os tipos de exposição à VPI, maior é a chance da criança apresentar problemas no desenvolvimento psicossocial;
- 3) Quanto mais precoce for a idade de início da exposição à VPI, maior é a chance da criança apresentar problemas no desenvolvimento psicossocial.

Para responder à pergunta condutora e confirmar ou não as hipóteses foi delineado o **objetivo principal**: “Investigar as consequências da exposição da criança à violência contra sua mãe cometida pelo parceiro íntimo para o desenvolvimento psicossocial”.

Para subsidiar o objetivo principal, foram delineados os seguintes **objetivos específicos**:

- 1) Descrever os tipos de VPI referidos pela mãe;
- 2) Descrever os tipos de exposição da criança à VPI;
- 3) Avaliar o desenvolvimento psicossocial das crianças;

- 4) Analisar os múltiplos tipos de exposição da criança à VPI e os problemas no desenvolvimento psicossocial;
- 5) Analisar a idade de início da exposição da criança à VPI e os problemas no desenvolvimento psicossocial;

A presente tese intitulada “*Desenvolvimento Psicossocial de Crianças Expostas à Violência contra a Mãe cometida por Parceiro Íntimo*” é composta por um capítulo de **revisão da literatura**, que identifica na literatura atual definições e magnitude da exposição da criança à VPI, bem como as teorias do desenvolvimento que embasam o impacto, a curto e longo prazo, sobre o desenvolvimento psicossocial.

O segundo capítulo consta dos **métodos**, com descrições detalhadas para permitir ao leitor analisar e reproduzir a pesquisa com precisão.

Os **resultados** estão apresentados no terceiro capítulo e foram agrupados em:

- a) contexto familiar, com descrição das características socioeconômicas e demográficas das mulheres e parceiros, características comportamentais e relacionais do casal;
- b) contexto da VPI, com tempo de ocorrência e características da violência;
- c) contexto da exposição da criança à VPI, incluindo os tipos, a idade de início da exposição e quem foi o perpetrador da exposição da criança à VPI; e
- d) consequências da exposição da criança à VPI para o desenvolvimento psicossocial das crianças, que engloba problemas comportamentais e depressão.

As **conclusões** deste estudo compõem o quarto capítulo, que é finalizado com **as recomendações** de estratégias para enfrentamento da VPI e promoção do crescimento e desenvolvimento saudável das crianças.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Violência pelo parceiro íntimo

2.1.1 Definições da violência pelo parceiro íntimo

Definições inconsistentes de violência por parceiro íntimo (VPI) e a ausência de uma definição uniforme sobre o que deve e não deve ser considerado como VPI limitam a possibilidade de prevenção e enfrentamento do problema de várias maneiras. Primeiro, por limitar a avaliação da magnitude do problema. Segundo, por limitar a identificação de grupos de maior risco que poderiam se beneficiar com intervenções. Terceiro, por limitar o monitoramento das alterações na incidência e prevalência de VPI ao longo do tempo, diminuindo estimativas de maior qualidade e de extrema utilidade para direcionar e monitorar as atividades de prevenção e intervenção (BREIDING et al., 2015).

Baseado nesses pressupostos, Breiding et al. (2015) tentam uniformizar algumas definições. Parceiro íntimo é uma pessoa com quem se tem uma estreita relação pessoal, que pode ser caracterizada por vinculação emocional, contato regular e contínuo, contato físico e sexual, identidade como um casal e familiaridade e conhecimento sobre a vida um do outro. A relação não precisa envolver todas essas dimensões. Os parceiros íntimos podem ou não coabitar e podem ser do mesmo sexo ou de sexos opostos.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2013), a definição do parceiro íntimo varia entre os lugares e inclui parcerias formais, tais como o casamento, bem como parcerias informais, incluindo namoro e relações sexuais entre solteiros. Em alguns lugares, parceiros íntimos tendem a se casar, enquanto em outros, as parcerias informais são mais comuns.

No Brasil, Schraiber et al. (2007a) definiram o parceiro íntimo como o companheiro ou ex-companheiro, independentemente de união formal, e namorados atuais, desde que mantenham relações sexuais.

Para Breiding et al. (2015), a violência por parceiro íntimo inclui violência física e sexual, perseguição e agressividade psicológica (incluindo táticas coercitivas) por um parceiro íntimo atual ou ex-parceiro, quer seja, cônjuge, namorado/namorada, parceiro não fixo ou parceiros sexuais solteiros.

Alguns autores (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002) a definem como qualquer comportamento dentro de uma relação íntima, que tem a possibilidade de causar dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação. Esse comportamento inclui: agressões físicas (esbofetear, esmurrar, chutar); maus-tratos psíquicos (intimidar, denegrir, humilhar); abusos sexuais (relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual) e comportamentos controladores (isolar a mulher da sua família e amigos, vigiar seus movimentos e restringir seu acesso à informação ou assistência).

Há, no entanto, que se fazer uma ressalva com relação aos comportamentos controladores, pois alguns pesquisadores têm considerado tais comportamentos como fatores de risco e não como um tipo de violência (ELLSBERG et al., 1999a), considerando os pressupostos dos contextos culturais para tal conclusão. Por outro lado, Schraiber (2007) relata que, no Brasil, grupos focais que precederam a elaboração do questionário do Estudo Multipaíses sobre a Saúde das Mulheres e Violência Doméstica, da Organização Mundial de Saúde, para adaptação cultural das questões sobre violência, *“apontaram que mulheres de baixa e alta escolaridade percebem muitas vezes os comportamentos controladores dos parceiros como expressões de afeto, carinho, atenção ou cuidado afetuoso e referem se sentir amadas e cuidadas pelo parceiro que exerce esse controle”*¹.

A WHO (2013) define a idade de 15 anos como o limite inferior de idade para violência por parceiro íntimo. A violência contra mulheres entre as idades de 15 e 18 anos, que tenham parceiros sexuais, incluindo namorado e relacionamentos conjugais, pode potencialmente ser denominada violência por parceiro íntimo. As mulheres jovens na faixa etária de 15 a 18 anos, vítimas de qualquer tipo de violência, perpetrada por não parceiros, podem ser consideradas, por algumas definições legais, vítimas de maus-tratos e/ou abuso sexual contra a criança.

¹ Dado apresentado por Lílian Blima Schraiber, professora do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, em videoconferência na disciplina Violência e Saúde do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Pipasc), da Universidade Federal de Pernambuco, realizada em 07/08/2007.

2.1.2 Magnitude da violência pelo parceiro íntimo

Apesar dos muitos estudos realizados, desde o início da década de 80, e dos vários dados produzidos e divulgados permitirem um consenso de que a VPI é a forma mais comum de violência contra a mulher, é impossível calcular o sofrimento e a dor da mulher vítima de violência.

Estudos internacionais e brasileiros apontam o parceiro íntimo como o principal perpetrador da violência de gênero cometida contra a mulher (GARCIA-MORENO et al., 2006; SCHRAIBER et al., 2007a; WHO, 2013).

Muitas das experiências vivenciadas não são declaradas. Muitos obstáculos dificultam a obtenção de dados precisos de VPI, incluindo a natureza sensível do tópico; a culpa e a vergonha, que inibem a auto-identificação por vítimas e perpetradores; e o medo de represálias por parte do agressor (SPRAGUE et al., 2012). Além disso, apenas uma pequena parcela de todas as vítimas de VPI procura ajuda de apoio institucional formal, quer seja, da justiça criminal ou do sistema de saúde (BREIDING et al., 2015; KISS et al., 2012; SILVA et al., 2012). Outras barreiras importantes que impõem o silêncio às mulheres são a falta de apoio social, especialmente da família, as convenções e pressões sociais, os vínculos afetivos e a dependência econômica (AGOFF; HERRERA; CASTRO, 2007; HEISE; GARCIA-MORENO, 2002). No caso do Brasil, ainda existe a falta de treinamento dos profissionais para registro, mesmo quando os casos são identificados. Então, os números apresentados nas pesquisas representam apenas a “ponta do iceberg” de um dos maiores problemas mundiais de saúde pública e dos direitos humanos da atualidade (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Os estudos sobre violência contra a mulher, por parceiro íntimo, mostram que a prevalência em regiões desenvolvidas é menor do que nas subdesenvolvidas (Tabela 1). Estudos brasileiros estão apresentados na Tabela 2. Os estudos apresentam uma ampla variação nos resultados, tanto em relação às prevalências quanto aos tipos de violência. Esse fato pode prejudicar a comparabilidade dos dados e ser explicado por fatores como: desenho do estudo, tamanho da amostra, instrumento utilizado para a coleta dos dados, período do estudo (como, por exemplo: VPI ao longo da vida, nos últimos 12 meses ou no período gravídico-puerperal), local do estudo (como, por exemplo: grandes cidades ou cidades de pequeno porte, países

desenvolvidos ou em desenvolvimento, unidades básicas de saúde ou serviços de urgência/emergência ou ainda, abrigos para vítimas de violência), critérios de seleção das participantes (como idade e situação conjugal, que são fatores de risco), diferentes definições da violência e, ainda, a disposição das entrevistadas para falar sobre as experiências de violência (SPRAGUE et al., 2012).

Tabela 1 – Prevalência de violência física e/ou sexual contra a mulher por parceiros íntimos, segundo regiões – 2008 a 2011

Região	Prevalência % (IC 95%)
Regiões subdesenvolvidas e em desenvolvimento	
África	
Botswana, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Lesoto, Libéria, Malawi, Moçambique, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia, Zimbabwe.	36,6 (32,7 - 40,5)
Américas	
Brasil , Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, Estado Plurinacional da Bolívia.	29,8 (25,8 - 33,9)
Mediterrâneo Oriental	
Egito, Irã, Iraque, Jordan, Palestina.	37,0 (30,9 - 43,1)
Europa	
Albânia, Azerbaijão, Geórgia, Lituânia, República da Moldávia, Roménia, Rússia, Sérvia, Turquia, Ucrânia.	25,4 (20,9 - 30,0)
Sudeste Asiático	
Bangladesh, Índia, Myanmar, Sri Lanka, Timor-Leste, Tailândia.	37,7 (32,8 - 42,6)
Pacífico Ocidental	
Camboja, China, Filipinas, Samoa, Vietnam.	24,6 (20,1 - 29,0)
Regiões desenvolvidas	
Austrália, Canadá, Croácia, República Tcheca, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Hong Kong, Islândia, Irlanda, Israel, Japão, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Polónia, Coreia do Sul, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido da Grã Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte, Estados Unidos da América.	23,2 (20,2 - 26,2)

Fonte: WHO, 2013.

Tabela 2 – Estudos realizados no Brasil sobre a violência contra a mulher por parceiro íntimo, no período de 2004 a 2015

Fonte	Período do estudo	Cidade	Abrangência do estudo	% de qualquer tipo de violência	% Violências na vida			% Violência nos últimos 12 meses		
					Física	Psicológica	Sexual	Física	Psicológica	Sexual
Kronbauer; Meneghel, 2005	2003	Porto Alegre	Unidade Básica de Saúde	-	38,0	55,0	8,0	-	-	-
Lindner et al., 2015	2009-2010	Florianópolis	Populacional	-	17,0	-	-	-	-	-
Marcacine et al., 2013	2011 - 2012	São Paulo	Unidade Básica de Saúde	-	-	-	-	18,4	49,3	4,8
Reichenheim et al., 2006	2000 - 2003	15 capitais e Distrito Federal	Nacional	-	34,4	78,3	-	-	-	-
Rodrigues et al., 2014	2012	Ribeirão Preto	Maternidade	55,2	-	-	-	-	-	-
Schraiber et al., 2007a	2001 - 2002	São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco	Regional	-	27,2 33,7	41,8 48,9	10,1 14,3	8,3 12,9	18,7 24,2	2,8 5,6
Schraiber et al., 2007b	2001 - 2002	São Paulo	19 Serviços de saúde	-	40,3	52,9	21,0	-	-	-
Schraiber et al., 2007c	2005 - 2006	Recife	Unidade Básica de Saúde	-	50,6 41,4	60,4 57,9	19,1 15,0	19,6 12,2	32,8 32,0	6,2 3,3
		Recife	Serviços de emergência de gineco-obstetrícia	-	47,1 37,5	62,8 50,5	21,1 18,7	27,9 15,2	37,5 25,2	9,4 6,2
Sena et al., 2012	2009	Salvador	Hospital geral	27%	-	-	-	-	-	-
Silva; Moraes; Reichenheim, 2012	2007	Rio de Janeiro	Unidade Básica de Saúde	-	-	-	-	-	29,1*	-
Venturi; Recamán; Oliveira, 2004	2001	187 cidades de 24 estados	Nacional	-	33,0	27,0	13,0	-	-	-

*Violência entre parceiros

No entanto, todos esses estudos mostram que a violência não é uma ocorrência isolada, que geralmente é parte de um relacionamento com comportamento abusivo contínuo, que se acompanha, na grande maioria, com sobreposição dos tipos de violência (psicológica, física e/ou sexual) e que, apesar das suas inerentes diferenças, todos destacam igualmente as elevadas taxas de VPI, tornando-a a forma mais naturalizada de agressão contra as mulheres.

2.1.3 Dinâmica da violência pelo parceiro íntimo

Para entender esse fenômeno multifacetado que é a VPI, é preciso compreender as motivações, as consequências e as reações de quem a vivencia, considerando que uma relação violenta pode ser uni ou bidirecional, embora seja muito mais frequente a violência grave ser cometida pelo parceiro contra a mulher.

As motivações para um parceiro ser violento recebem forte influência da cultura de cada sociedade. Tanto em países desenvolvidos, como naqueles em desenvolvimento, são várias as justificativas culturais utilizadas para as agressões contra a mulher. O homem tem o direito de castigar fisicamente sua esposa, se ela, por exemplo: não obedecer ao homem, contestá-lo, não preparar a comida a tempo, não cuidar adequadamente dos filhos e da casa, perguntar sobre dinheiro e suas amantes, sair sem permissão, negar-se a manter relações sexuais, se tiver sua fidelidade sob suspeita, além de muitas outras situações (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

Com relação às consequências, não se pode avaliá-las sem considerar a gravidade, que tem pelo menos duas formas identificadas: a *VPI grave*, que envolve vários tipos de maus-tratos, intimidações, ameaças, conduta possessiva e comportamento controlador e vem se tornando cada vez mais frequente, e a *VPI moderada*, que se relaciona à frustração e à ira contínuas, que ocasionalmente explodem em forma de violência física (JOHNSON; FERRARO, 2000). E também, mesmo considerando o caráter bidirecional da VPI, as mulheres sempre recebem agressões mais graves e a probabilidade de precisarem de cuidados médicos e o risco de morte é muito maior do que para os homens (SWAN; SNOW, 2006).

Quanto às reações contra a VPI, as mulheres, na sua grande maioria, não são vítimas passivas e, diante da situação, podem adotar: a) *um comportamento violento por motivação defensiva*, que inclui agredir por autodefesa, por medo do parceiro, para defender os filhos e para rebelar-se contra as atitudes controladoras do homem ou *por motivação ativa*, que inclui a retribuição à violência recebida (SWAN; SNOW, 2006) e b) *um comportamento submisso*, submetendo-se às exigências do marido para sobreviver no casamento e proteger a si mesmas e aos filhos (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

No entanto, para a mulher enfrentar a VPI, é preciso ultrapassar alguns limites, os quais muitas vezes favorecem sua permanência numa relação violenta. Ellsberg et al. (2000) destacam alguns: o medo do castigo, a falta de recursos financeiros, a preocupação com os filhos, a dependência emocional, a falta de apoio da família e amigos e a esperança frequente de que o homem mude.

A busca de ajuda também é outro aspecto difícil para as mulheres, pois a negação do problema vivenciado e o medo de se isolarem socialmente as impedem de falar ou buscar ajuda. Mas, apesar das muitas dificuldades, muitas mulheres acabam abandonando o parceiro violento, após um longo período de sofrimento, muitas vezes apenas quando os filhos já estão crescidos ou quando a violência se torna bastante grave (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

Na perspectiva de entender esse processo pelo qual a mulher que está envolvida com um parceiro violento reage, enfrenta, busca ajuda, sai ou se mantém na relação, Foa et al. (2000) fizeram uma revisão sobre as variáveis associadas ao término e à continuação da VPI e criaram dois modelos (psicológico e ambiental) para explicar os fatores que influenciam a habilidade da mulher para eliminar a violência de sua vida. Nesses dois modelos são avaliadas as relações entre a VPI, dificuldades psicológicas e resiliência.

Com a hipótese de que a VPI e dificuldades psicológicas interagem num ciclo vicioso, no qual a VPI produz dificuldades psicológicas que, por sua vez, prejudicam a habilidade da mulher para evitar violências futuras, Foa et al. (2000) sugerem que recursos intrapsíquicos, como a resiliência, anulam o impacto psicológico negativo da VPI e indiretamente aumentam a habilidade da vítima para defender-se de eventos violentos no futuro.

2.1.4 Fatores de risco associados à violência por parceiro íntimo

Atualmente, o crescente interesse da área política e científica sobre a relevância da VPI, como um problema de saúde pública, tem favorecido o surgimento de diferentes explicações para a sua etiologia.

Heise (1998) propõe um modelo explicativo para a VPI que integra fatores de risco em quatro níveis: individual, relacional (familiar), comunitário e social, mas considera que as informações dadas por esse modelo são limitadas, pois ainda podem estar ausentes dados importantes relacionados ao risco do homem cometer atos de violência contra uma parceira.

O modelo de Heise é o mais citado na literatura e, ao longo do tempo, vários pesquisadores têm publicado estudos sobre o papel dos fatores de risco para a VPI, em cada nível proposto no modelo, como, por exemplo: uso de álcool e/ou drogas (COKER et al., 2000; GIL-GONZÁLEZ et al., 2006), violência sofrida quando criança (RENNER; WHITNEY, 2012), entre outros.

Com essa visão da natureza multifatorial da VPI, a própria Heise e outros autores foram adicionando novos fatores a cada nível do modelo, apresentados no Quadro 1. Como comentam Heise, Ellsberg e Gottemoller (1999), combinando os fatores de risco individual com os dados de muitos outros estudos, esse modelo contribui para o entendimento do porquê de algumas sociedades e indivíduos serem mais violentos que outros e do porquê das mulheres serem mais frequentemente as vítimas. Não se pode deixar de considerar que existem fatores de risco semelhantes para a vítima e o perpetrador, mas as pesquisas apontam algumas particularidades para homens e mulheres.

Quadro 1 – Fatores associados ao risco de um homem agredir a sua parceira

Nível	Fatores relacionados ao homem	Fatores relacionados à mulher
Individual	Idade jovem ^{7, 10} Beber em excesso ^{9, 10, 12} Uso de drogas ¹ Depressão ¹⁰ Transtornos da personalidade ¹⁰ Brigas fora de casa ²² Baixo nível de instrução ^{10, 14} Baixos salários ¹⁰ Ter presenciado ou sido vítima de violência na infância ^{7, 8, 11} Ausência ou rejeição do pai ¹	Nº de filhos ²⁰ Situação conjugal (separada, divorciada ou viúva) ²⁰ Baixo nível de escolaridade ^{16, 20, 21, 24} Baixos salários ^{20, 24} Ser jovem (< 20 anos) ^{18, 21} Uso de álcool e drogas ^{1, 4} Raça ⁴ Tabagismo ²³ Problemas emocionais ²³
Relacional (Familiar)	Conflito matrimonial ⁸ Homem como provedor da família ⁸ Domínio masculino na família ⁸ Instabilidade do casamento ¹⁰ Infidelidade ¹⁸ Dificuldades econômicas ¹⁰ Desestruturção familiar na infância ¹⁰	História familiar de violência ^{18, 19} Tempo da relação ⁵ Ciúmes ³
Comunitário	Sanções débeis da comunidade contra a violência doméstica ¹⁰ Pobreza ^{10, 14} Pouco capital social – baixo nível socioeconômico e desemprego ¹⁰ Associação com delinquência ⁸ Isolamento da mulher da sua família ⁸	Moradia em situação de favela ¹³ Local de moradia (há um predomínio da área rural) ^{6, 8, 17}
Social	Normas tradicionais de gênero: (as normas que garantem o controle do homem sobre o comportamento da mulher e a noção de masculinidade ligada ao domínio, à honra e à agressão) ^{8, 9, 10} Normas sociais que apoiam a violência: (a aceitação da violência como meio de resolver conflitos e a aceitação do castigo físico) ^{8, 9, 10}	Ausência de apoio social ^{2, 20}

Fonte: ¹Amaro et al. (1995); ²Campbell (2004); ³Cattaneo; Goldman (2005); ⁴Coker et al. (2000); ⁵Coker et al. (2007); ⁶Ellsberg et al. (1999b); ⁷Gupta et al. (2008); ⁸Heise (1998); ⁹Heise; Ellsberg; Gottemoeller (1999); ¹⁰Heise; Garcia-Moreno (2002); ¹¹Holtzworth-Monroe; Meehan (2004); ¹²Klostermann; Fals-Stewart (2006); ¹³Kronbauer; Meneghel (2005); ¹⁴Martin et al. (1999); ¹⁵Menezes et al. (2003); ¹⁶Peedicayil et al. (2004); ¹⁷Radestad et al. (2004); ¹⁸Raj et al. (2006); ¹⁹Romito; Crisma; Saurel-Cubizsoles (2003); ²⁰Ruiz-Pérez et al. (2006); ²¹Saltzman et al. (2003); ²²Sonis; Langer (2008); ²³Stewart; Cecutti (1993); ²⁴Silva et al. (2015).

Poucos estudos têm se dedicado a avaliar o perfil dos homens que agredem suas parceiras. Frequentemente, os parceiros agressores são analisados de forma homogênea, mas Holtzworth-Munroe e Meehan (2004) mostram que as amostras de homens que agredem suas

parceiras são heterogêneas e apresentam uma importante variação dentro de dimensões teóricas, que possibilitam a classificação dos agressores em três tipos:

- a) **Agressores apenas na família** – aqueles que têm um envolvimento mínimo de violência contra a parceira e fora de casa. Neste grupo, os homens apresentam pequena ou nenhuma evidência de transtornos psicopatológicos. A violência, nesse caso, pode ser o resultado da combinação do estresse pessoal ou na relação com alguns fatores de risco, como: a exposição à violência entre os pais, na infância, e a ausência de habilidade na relação. Nessa dimensão, os homens, por terem baixos níveis de psicopatologia, baixa impulsividade e baixa disfunção de vinculação, associados à ausência de hostilidade contra a mulher e ausência de atitudes em defesa da violência apresentam o sentimento de remorso e atitudes de prevenção contra o aumento das suas agressões;
- b) **Agressores “borderlines”** – aqueles envolvidos em violência grave ou moderada contra a parceira, mas com pouco envolvimento em violência fora de casa. Neste grupo, os homens são mais psicologicamente estressados e mais frequentemente se evidenciam características “borderlines” da personalidade, tais como: labilidade emocional, relações interpessoais instáveis e intensas, medo de rejeição e ciúmes. Nessa dimensão, os homens têm a experiência de violência e de rejeição pelos pais, apresentando, então, dificuldades para estabelecer uma relação estável e vínculos de confiança com a parceira, o que provoca uma tendência de serem impulsivos e inábeis nas relações, terem atitudes hostis contra a mulher e apoiarem a violência;
- c) **Agressores antissociais e violentos em geral** – aqueles que estão envolvidos em violência grave ou moderada contra a parceira e apresentam altos níveis de violência extrafamiliar. Frequentemente, têm características de transtornos de personalidade antissocial, como, por exemplo: comportamento criminoso, passado de prisões e uso de substâncias ilícitas. Nessa dimensão, os homens têm experiência com altos níveis de violência na família de origem e vinculação com amigos delinquentes. Eles são impulsivos, inábeis na relação com a parceira e, fora da família, têm atitudes contra a mulher e uma visão de aceitação da violência.

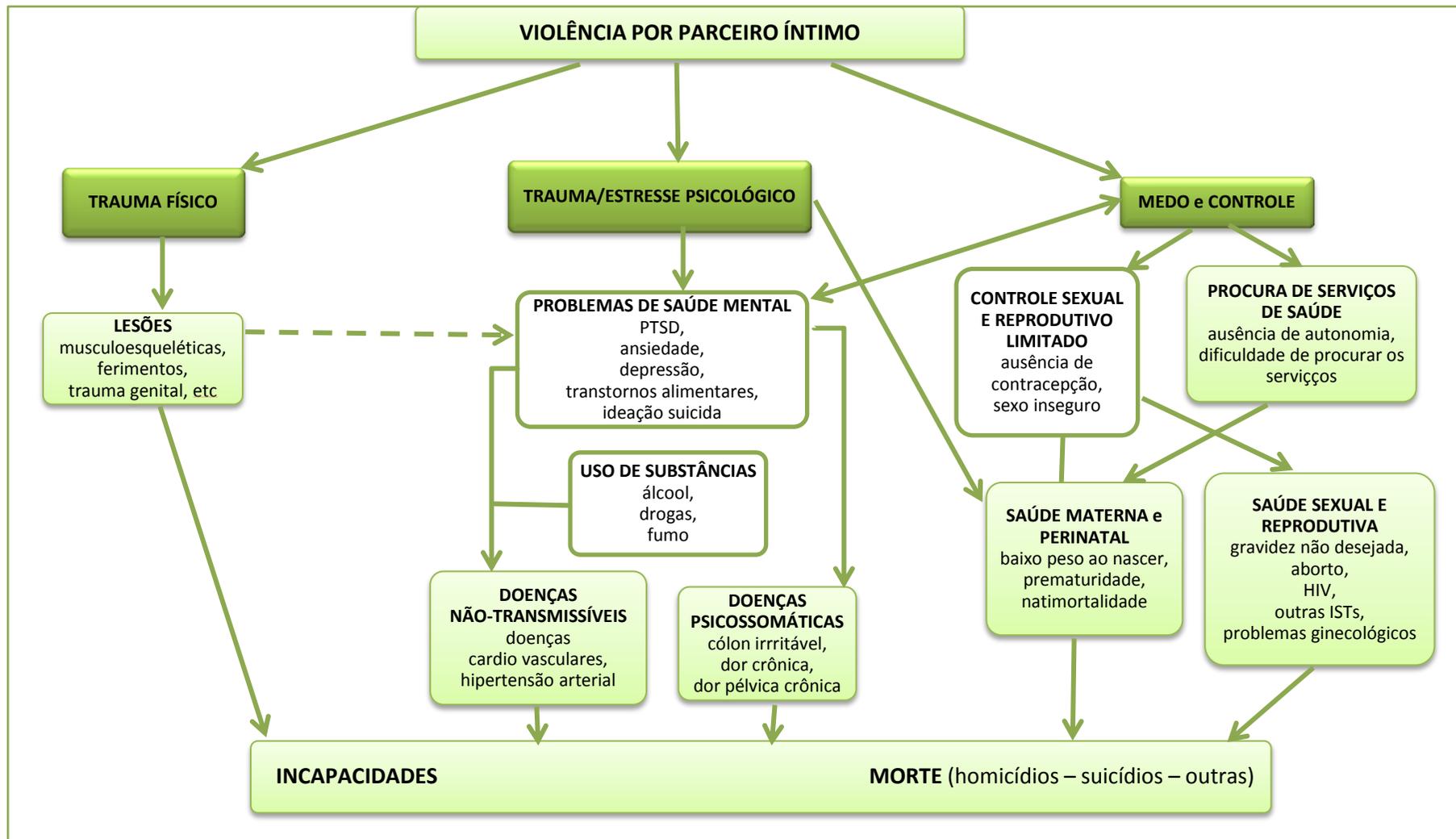
2.1.5 Impactos da violência pelo parceiro íntimo

A VPI vem sendo considerada, mundialmente, um dos principais problemas no âmbito social, dos direitos humanos e da saúde pública, devido às suas repercussões negativas, especialmente sobre a saúde das mulheres que compartilham a vida com homens que as submetem à violência (DOUBOVA et al., 2007; HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

Nos últimos anos, muitos estudos têm sido realizados, com o objetivo de avaliar as consequências da VPI sobre a saúde das mulheres (CAMPBELL et al., 2007; ELLSBERG et al., 2008; HOWARD et al., 2013; KABIR; NASREEN; EDHBORG, 2014; LUDERMIR et al., 2008; ROMANS et al., 2008; SCOTT-TILLEY; TILTON; SANDEL, 2010; WUEST et al., 2010). Os problemas de saúde física, sexual e reprodutiva, mental e comportamental podem ser tanto imediatos quanto a longo prazo, assim como podem ser decorrentes da experiência de episódios de violência recente ou constituir uma experiência cumulativa por eventos recorrentes, ao longo do tempo. E ainda merecem destaque, a forte associação entre a VPI e doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma (BLACK, 2011; RUIZ-PÉREZ; PLAZAOLA-CASTAÑO, 2005), além das situações de violência que acarretam consequências fatais às suas vítimas (BLACK, 2011; ELLSBERG et al., 2008).

Como ilustrado na Figura 1 a relação entre as diferentes formas de violência e as consequências para a saúde é complexa. Existem vários caminhos através dos quais a violência por parceiro íntimo pode causar resultados adversos para a saúde da mulher. Esta figura destaca três mecanismos-chave (trauma físico, trauma/estresse psicológico e medo/controlado) e caminhos que podem explicar muitos destes resultados. Problemas de saúde mental e uso de substâncias podem resultar diretamente de qualquer um dos três mecanismos, os quais podem, por sua vez, aumentar os riscos para a saúde.

Figura 1 – Caminhos e consequências da violência por parceiro íntimo sobre a saúde



Fonte: WHO, 2013

2.1.6 Enfrentamento da violência por parceiro íntimo

Muitas vezes, a relação com um parceiro violento segue um processo chamado ciclo da violência, composto por três fases cíclicas distintas. A primeira é a *fase de tensão*, em que as brigas frequentes e as acusações criam um clima de insegurança. A segunda seria a *fase do episódio agudo de violência*, no qual ocorrem agressões verbais, violência sexual e física e o uso de armas. É nessa fase que a mulher muitas vezes procura ajuda. Na terceira fase, geralmente o agressor se arrepende, pede desculpas, dá presentes e muitas vezes o casal retoma a relação, vive a chamada *fase da “lua-de-mel”* e a mulher tem a esperança de que a violência tenha cessado. Com o passar do tempo, a lua-de-mel acaba, a fase de tensão recomeça e todo o ciclo se repete (GUNTER, 2007; SCHRAIBER et al., 2005).

A permanência de uma mulher numa relação violenta com seu parceiro íntimo depende não apenas das suas escolhas e vontades individuais, é também influenciada pela cultura, situação social, acesso a serviços e opinião da comunidade, amigos e familiares. Apesar de todo o movimento das últimas décadas, em defesa da mulher, a VPI ainda é vista como um acontecimento usual no cotidiano de homens e mulheres, que só necessitaria de providências nos casos de grande gravidade (SCHRAIBER et al., 2005). Porém, é indiscutível que a situação de violência é indesejável, por trazer muito sofrimento físico e psíquico, a curto e longo prazo. Entretanto, para uma mulher envolvida num ciclo de violência, pedir apoio para libertar-se não é um caminho fácil.

Sagot (2000) realizou um estudo na América Latina sobre o caminho percorrido pelas mulheres vítimas de violência, em 10 países. Esse caminho é denominado “*rota crítica*”, que é definida como o conjunto de decisões e ações tomadas por uma mulher para enfrentar a situação de violência. É um processo interativo, que envolve os fatores que a impulsionam e as respostas encontradas na sua busca de ajuda, quer seja dada por pessoas ou instituições. O primeiro passo nessa rota é dado quando a mulher rompe o silêncio, ou seja, quando se concretiza a decisão de divulgar a situação de violência para transformá-la. Esse estudo identificou fatores (Quadro 2) que podem facilitar ou dificultar o processo.

No enfrentamento e na procura de ajuda, a mulher tem algumas opções: falar com alguém, procurar uma instituição, revidar a violência ou sair da relação violenta.

Com relação à procura de ajuda, é mais comum acontecer quando há o aumento do número e da gravidade dos episódios. Guo et al. (2004) encontraram que é mais frequente as mulheres não falarem para ninguém (34%), ou falarem para membros da família (32,4%) e para amigos (24,9%) quando a violência é grave e antes de procurarem instituições formais.

Quadro 2 – Fatores facilitadores e obstaculizadores da rota crítica

Fatores	Internos	Externos
F a c i l i t a d o r e s	<ul style="list-style-type: none"> • Convencimento de que os recursos pessoais se esgotaram • Saturação com a situação • Convencimento de que o agressor não vai mudar • Raiva e desamor • Colocar-se metas e projetos próprios 	<ul style="list-style-type: none"> • A própria violência contra ela • A violência contra filhos e filhas • Apoio de pessoas próximas • Condições econômicas e materiais favoráveis • Informação precisa e serviços de qualidade
O b s t a c u l l i z a d o r e s	<ul style="list-style-type: none"> • Medos • Culpa • Vergonha • Amor pelo agressor • Ideia de que aquilo que ocorre no interior da família é privado • Manipulação do agressor e a dinâmica do ciclo da violência • Desconhecimento dos seus direitos e falta de informação 	<ul style="list-style-type: none"> • Pressões familiares e sociais • Insegurança econômica e falta de recursos materiais • Atitudes negativas dos profissionais e respostas institucionais inadequadas • Limitada cobertura de organizações governamentais e não-governamentais de mulheres • Contextos sociais com história de violência

Fonte: Sagot (2000)

Com relação a falar com alguém, Kiss et al. (2012) encontraram que, no Brasil, 59,2% das mulheres de São Paulo e 56,4% de Pernambuco, em situação de violência física provocada pelo parceiro íntimo, já tinham conversado com alguém sobre os episódios, principalmente familiares e amigos, que tentaram ajudá-las. Rubertsson, Hildingsson e Rådestad (2008) referem que 37% das mulheres de um estudo realizado na Suécia, que sofreram a VPI no primeiro ano do pós-parto, não tinham falado para ninguém e apenas 8% tinham registrado denúncia na polícia.

O papel das instituições é fundamental para facilitar a quebra do ciclo violento vivido pela mulher. A partir dos anos 80, surgiram muitas instituições no Brasil como as Delegacias de Defesa da Mulher, Casas Abrigo, Serviços de Atendimento à Violência Sexual, Centros de Referência, Instituições Governamentais e Não-Governamentais dos setores da saúde, segurança pública, justiça e serviço social. Foi constatado no Estudo Multipaíses que 44,5% das mulheres, em São Paulo, e 21,9%, na Zona da Mata de Pernambuco, que sofreram violência física, procuraram pelo menos uma instituição (SCHRAIBER et al., 2007a).

Outra forma de enfrentar a violência é o revide que apesar de frequente e poder ser exercido como forma de defesa, não deixa de constituir um evento violento, perpetuando a agressividade como forma de interagir e anulando a possibilidade de entendimento. É preciso avaliar a partir de qual motivação a mulher agride o parceiro, se para ofensa ou para defesa. Alguns estudos recentes têm dedicado a atenção na violência cometida pela mulher. Gilbert (2002) argumenta que a concepção cultural é que a mulher que sofre violência merece a simpatia e a proteção da lei, no entanto, a mulher que agride seu parceiro viola a noção de aceitabilidade do comportamento feminino. Então, a própria mulher seria culpada pela sua vitimização (FERRARO, 2003). Mas, é preciso entender que muitas mulheres que usam violência contra seus parceiros o fazem como estratégia de sobrevivência e como retaliação pelas agressões sofridas, físicas ou psicológicas, marcando um diferencial na qualidade da violência cometida pelo homem e pela mulher (SWAN; SNOW, 2006). Principalmente porque a violência perpetrada pela mulher é descrita como menos severa e provavelmente causa lesões menos graves (PATERSON et al., 2007).

Quanto a sair da relação, muitas mulheres, apesar de diversos obstáculos, terminam deixando o parceiro violento. Ellsberg et al. (2001) verificaram em seu estudo que, com o tempo, 70% das mulheres deixam o parceiro. Outros estudos indicam que isso ocorre quando a lesão é muito grave, a mulher se convence que o parceiro não vai mudar, a situação começa a afetar os filhos e também se há o apoio emocional e financeiro da família ou de amigos (ELLSBERG et al., 2001; SAGOT, 2000). A duração média das relações foi de seis anos, sendo que as mulheres mais jovens apresentaram a tendência de sair da relação com menos tempo (ELLSBERG et al., 2000). Martin et al. (1999) evidenciaram que as relações mais longas (≥ 5 anos) apresentaram associação estatisticamente significativa à VPI. No caso do período pós-parto, Lutz (2005) identificou que, no pós-parto imediato, a prioridade da maioria das mulheres é substituir o parceiro abusivo pelo bebê. Algumas mulheres tomam essa

decisão por motivos práticos: o bebê necessita do seu alimento e dos seus cuidados e outras, por motivos emocionais. No entanto, as fantasias e os sonhos com o parceiro e a família fazem com que a maioria das mulheres, apesar de cogitar a possibilidade de sair da relação abusiva, não sai, principalmente se o parceiro violento for o pai da criança.

Ademais, algumas pesquisas indicam que deixar um parceiro violento pode não terminar com a violência. Theran et al. (2006) demonstraram que a violência psicológica e física pode aumentar com o fim da relação e também que a intensidade da violência física, juntamente com o estresse e a depressão decorrentes, independe se o perpetrador é o parceiro atual ou o ex-parceiro.

Vale ressaltar que as altas taxas de VPI sofrida pelas mulheres, que as dificuldades para enfrentá-la e sair de uma relação violenta e que os impactos para a saúde física e mental da mulher se estendem para os seus filhos, pois muitas crianças são expostas a essa violência. São poucos os estudos, principalmente no Brasil, que avaliam as diversas formas de exposição da criança à VPI e suas consequências para saúde.

2.2 Exposição da Criança à Violência por Parceiro Íntimo

2.2.1 Definições da Exposição da Criança à Violência por Parceiro Íntimo

Os pesquisadores têm tido dificuldades na definição da experiência da criança com a violência. Embora frequentemente caracterizadas como ‘testemunhas’, o que implica um papel passivo, as crianças que convivem em seus lares com a violência são ativamente envolvidas, quer seja ao interpretar, predizer, avaliar seu papel em causar a violência, preocupar-se com as consequências e com a solução dos problemas ou ao tentar proteger-se física e emocionalmente (CUNNINGHAM; BAKER, 2004).

Os termos ‘testemunhas’, ‘observadoras’ e ‘expostas’ têm sido usados como sinônimos. No entanto, Holden (2003) defende que o termo mais correto seria “expostas”, pois não indica a

natureza específica da experiência de violência da criança. Nessa perspectiva, exposição inclui todas as formas diretas e indiretas de vivenciar os eventos violentos (Quadro 3).

Quadro 3 – Tipos de exposição à violência por parceiro íntimo

Tipo de exposição	Definição	Exemplos
1. Exposição pré-natal	A mãe sofre violência durante a gravidez. Efeitos reais ou imaginários da violência sobre o desenvolvimento do feto.	O feto pode ser o alvo, direto ou não, da violência (Ex: a mulher é empurrada de uma escada, a mulher recebe socos na barriga). O feto também pode ser afetado pelo estado fisiológico do estresse materno pelo terror.
2. Ouvir	A criança escuta, mas não vê os atos violentos.	A criança está no quarto ou em outro ambiente da casa. Ela pode ouvir gritos, o barulho de objetos quebrados, o choro ou pedido de ajuda da mãe.
3. Ver	A criança observa diretamente os atos violentos.	A criança vê os atos de violência ou está presente para ouvir as agressões verbais.
4. Intervir	A criança tenta verbalmente ou fisicamente parar a violência.	A criança pode adotar um tipo de envolvimento corajoso, mas perigoso, para defender a sua mãe, podendo também se tornar vítima.
5. Participar	A criança é forçada ou voluntariamente se alia ao agressor para agredir a mãe.	Pode agredir verbalmente a mãe, pode ser usada como espiã nas táticas de controle do parceiro.
6. Ser vítima	A criança é verbalmente ou fisicamente agredida durante os atos de violência (pode ser intencional ou acidentalmente).	Há as situações que a criança é realmente ameaçada ou muitas vezes essa é uma forma do parceiro aterrorizar ou agredir a mulher.
7. Observar os efeitos iniciais	A criança vê algumas das consequências imediatas na mãe, as quais podem continuar por vários dias.	A criança vê emoções fortes, lesões físicas, pertences quebrados, polícia, ambulância.
8. Vivenciar as consequências	A criança se depara com mudanças na sua vida em consequência da violência.	A criança passa a vivenciar depressão materna, mudança de práticas parentais, separação do pai, ida para abrigos ou nova casa, prisão do pai.
9. Escutar comentários dos adultos	A criança escuta comentários dos adultos sobre a violência.	A criança passa a ter conhecimento da violência pela própria mãe, irmãos ou outros parentes e vizinhos.
10. Desconhecer aparentemente	A criança não sabe da violência, que a mãe é/foi submetida, segundo informação dada.	A violência ocorre/ocorreu fora de casa ou enquanto a criança estava fora de casa ou quando a mãe acreditava que a criança estava dormindo.

Fonte: Adaptado de Holden (2003)

A exposição direta da criança pode ser desde o período intrauterino até ver, ouvir, intervir, participar ou ser a própria vítima, ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Indiretamente, a criança pode estar exposta ao observar as lesões físicas da mãe, vivenciar as consequências, escutar comentários dos adultos sobre a situação de violência ou a mãe acreditar que a criança desconhece a situação de violência. Esses tipos de exposição não são mutuamente exclusivos e as crianças podem experimentar vários tipos. É possível que o tipo de exposição mude ao longo do tempo, devido à natureza dinâmica da violência e ao fato de que pode haver um agravamento da violência, em termos de severidade e frequência.

Apesar de ainda não ser um consenso na literatura, alguns autores defendem que a exposição da criança à VPI pode ser considerada maus-tratos psicológicos. Holden (2003) justifica essa posição porque o ambiente de violência é psicologicamente abusivo, para a criança que tem a experiência de situações como:

- a) ser aterrorizada pelo comportamento do agressor que a ameaça ou ameaça alguém que ela ama (sua mãe);
- b) ser modelada para aceitar a violência como forma de resolver conflitos;
- c) ser agredida por atos verbais de denegrir ou rejeitar;
- d) ser privada de atenção emocional materna e resposta adequada para suas necessidades;
- e) ser isolada dos amigos ou adultos por imposição do agressor ou como estratégia de enfrentamento; e,
- f) ter suas necessidades médicas e educacionais negligenciadas. Para Edleson (2004) todas as crianças expostas à VPI devem ser redefinidas nos termos da lei como filhos maltratados e negligenciados.

2.2.2 Magnitude da Exposição da Criança à Violência por Parceiro Íntimo

As crianças podem ser consideradas *vítimas invisíveis* da violência porque não é bem conhecido quanto e como a VPI que ocorre dentro da privacidade dos lares é por elas presenciada (OSOFSKY, 2003). No entanto, considerando as elevadas prevalências de VPI

citadas nas tabelas 1 e 2, é importante destacar o fato de que as crianças dessas famílias podem estar expostas aos episódios de violência.

Para estimar prevalências é preciso definir claramente o que é VPI e o que é exposição da criança à VPI. Diferentes definições e metodologias têm resultado numa variabilidade substancial nas estimativas, dificultando a comparabilidade dos dados.

A Tabela 3 apresenta vários estudos com estimativas de exposição da criança à VPI.

Estudos internacionais revelam uma estimativa de 31,6% (TURNER et al., 2010) a 70% (HUTCHISON; HIRSCHHEL, 2001) de crianças expostas à violência entre seus pais. Edleson et al. (2003) encontraram 18% das mães referindo que frequentemente seus filhos estavam em casa no momento da ocorrência da violência, 45% referindo ocasionalmente e 25% nunca estavam em casa.

No Brasil, estima-se que 21,4% das crianças de 6 a 11 anos de escolas públicas do Rio de Janeiro estejam expostas à VPI (ASSIS et al., 2009).

Há estudos apontando o potencial risco de co-ocorrência entre VPI e violência contra os filhos (CASANUEVA; MARTIN, 2007; MBILINY et al., 2007; REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2006; SLEP; O'LEARY, 2005; TAJIMA, 2002).

Alguns estudos encontraram que, entre 30 e 60% dos homens que agredem suas parceiras, também cometem violência contra seus filhos (EDLESON, 1999a; RUMM et al., 2000; TAJIMA, 2000). As mulheres, por sua vez, quando sofrem VPI, agredem seus filhos com frequência maior do que aquelas que não vivenciam relações violentas (DAMANT et al., 2010; D'AFFONSECA; WILLIAMS, 2011; HOLT; BUCKLEY; WHELAN, 2008; LEVENDOSKY; GRAHAM-BERMANN, 2001; PELED, 2011).

Tabela 3 – Estudos sobre a exposição da criança à violência por parceiro íntimo, no período de 2001 a 2015

Autor (ano)	País do estudo	Amostra	Idade da criança	Resultados	
				%	Tipo de exposição
Assis et al. (2009)	Rio de Janeiro (Brasil)	500 crianças	6 a 13 anos	21,4	Exposição à violência física e psicológica
Edleson et al. (2003)	EUA	285 crianças	-	52,0	A criança estava em outro cômodo
				53,0	A criança estava no mesmo cômodo
				21,0	Chamou alguém para ajudar
				23,0	A criança foi envolvida fisicamente
Flach et al. (2011)	Reino Unido	13.617 mulheres	-	29,0	Exposição pré-natal
Finkelhor (2015)	EUA	4.000 crianças	0 – 17 anos	5,8	Testemunharam no ano anterior
				25,0	Testemunharam na vida
Fusco; Fantuzzo (2009)	EUA	679 crianças	< 6 anos	22,0	Ouviram
				4,0	Viram
				60,0	Viram e ouviram
				3,0	Foram fisicamente agredidas além de ver e ouvir
				6,0	Estavam dormindo
Gonzalez et al. (2014)	Canadá	2.184 crianças	< 15 anos	18,5	Ouviram ou viram lesões da mãe
				25,5	Ouviram ou viram violência psicológica
				30,0	Viram violência física
				26,0	Co-ocorrência de tipos
Graham-Bermann; Perkins (2010)	Michigan	190 crianças	6 – 12 anos	64,0	0 e 1 ano de idade
				18,0	1 e 2 anos
				7,0	3 e 5 anos
				12,0	6 e 12 anos
Hutchison; Hirschel (2001)	Carolina do Norte	419 mães	-	75,0	Estavam em casa
				50,0	Testemunharam
				66,7	Viram a polícia chegar em casa
Hamby (2011)	EUA	4.549 crianças	0 – 17 anos	16,0	Exposição à violência física
				17,9	Exposição à violência psicológica
Martinez-Torteya et al. (2015)	EUA	119 mulheres	-	60,0	Exposição pré-natal
McDonald et al. (2006)	EUA	1.635 casais	0 – 17 anos	21,5	Exposição à violência física e sexual
Turner et al. (2010)	EUA	503 crianças	0 – 2 anos	31,6	Violência pessoal, testemunhar violência e exposição indireta
Whitaker et al. (2006)	EUA	2.756 mulheres	-	3,4	Violência física pré-natal
Zou et al. (2015)	China	223 mulheres	-	38,0	Exposição pré-natal

2.2.3 A exposição da criança à violência por parceiro íntimo na visão das teorias do desenvolvimento

Uma única teoria não consegue envolver todos os aspectos sobre os múltiplos efeitos da exposição da criança à VPI. Para entendê-los, não se pode avaliar o desenvolvimento apenas a partir de *fatores internos* como a programação genética, a maturação física ou as habilidades cognitivas. É preciso entender que o desenvolvimento é amplamente influenciado por *forças externas* à pessoa, por características físicas e por interações sociais que, em conjunto, formam contextos, nos quais o desenvolvimento ocorre (BERGER, 2011).

Considerando várias perspectivas teóricas do desenvolvimento, Sameroff (2010) propõe uma Teoria Unificada do Desenvolvimento, que inclui quatro modelos. O Modelo da Mudança Pessoal que é necessário para entender a progressão das complexas mudanças nas competências, a partir da infância até a vida adulta. O Modelo Contextual que é necessário para delinear as múltiplas fontes de experiências da criança com os ambientes sociais que a envolvem e que, de forma direta ou indireta, estimulam ou dificultam o desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1994). O Modelo da Regulação que adiciona um sistema dinâmico na perspectiva da relação entre a pessoa e o contexto e mostra que a regulação se move do biológico ao psicossocial. O Modelo Representacional, no qual as experiências do indivíduo no mundo, aqui e agora, são determinadas no pensamento, sendo codificadas e interpretadas, adquirindo significados e um senso de si mesmo e do outro.

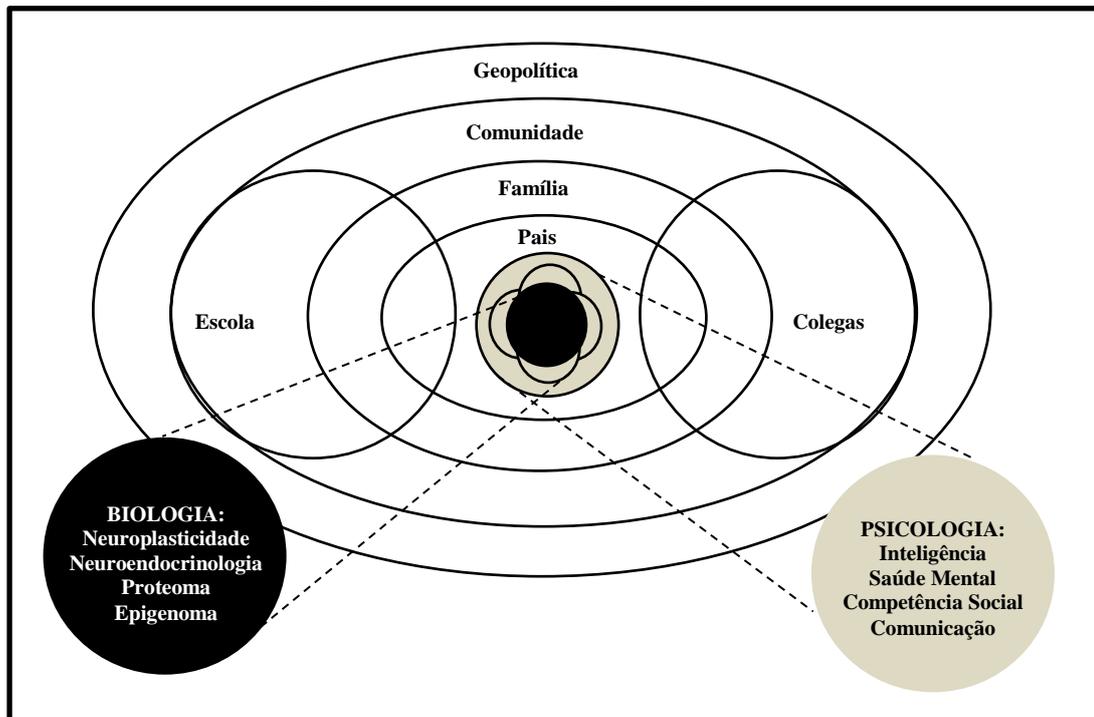
Esta unificação permite entender o desenvolvimento a partir de um **Sistema Ecológico Biopsicossocial**, que oferece uma ampla visão das complexas interações entre fatores individuais e familiares (como os efeitos da VPI sobre as crianças), bem como fatores comunitários e sociais (como o apoio social e as possíveis políticas públicas de proteção para crianças expostas à violência). Este sistema destaca as influências potenciais dos vários fatores que podem, de forma transitória ou contínua, atuar na formação ou na mudança um do outro.

Na descrição do Sistema Ecológico Biopsicossocial o *self* é composto por um conjunto de processos psicológicos e biológicos que interagem entre si. A parte psicológica do *self* é composta pelos domínios psicológicos, sobrepostos com os cognitivos e emocionais, da

inteligência, saúde mental, competência social e identidade, entre outros (está apresentada na Figura 2 como o conjunto de círculos sobrepostos, de cor cinza). Cada um destes domínios psicológicos é alimentado por e interage com um conjunto de processos biológicos, incluindo neurofisiologia, neuroendocrinologia, proteoma e epigenoma (mostrados como o conjunto de círculos sobrepostos, de cor preta). Juntos, os círculos cinza e preto compõem o sistema biopsicológico. Este sistema de autorregulação interage com os outros sistemas de regulação, representados por círculos brancos circundantes, que mostram as muitas configurações de interação da ecologia social, incluindo a família, escola, vizinhança, comunidade e no círculo mais externo, as abrangentes influências geopolíticas. Os três conjuntos dos círculos sobrepostos (brancos, cinza e preto) englobam os aspectos biopsicossociais do indivíduo inserido no contexto.

O Sistema Ecológico Biopsicossocial se apoia em várias teorias que podem explicar as relações entre os diferentes níveis do sistema (criança, família, comunidade e sociedade). No caso das crianças expostas à VPI, destaca-se a teoria da psicopatologia do desenvolvimento, teoria do apego, teoria do trauma, teoria do aprendizado social e teoria da resiliência.

Figura 2 – Sistema Ecológico Biopsicossocial



Fonte: Sameroff, 2010

2.2.3.1 Teoria da Psicopatologia do Desenvolvimento

De acordo com a Psicopatologia do Desenvolvimento, a exposição à VPI pode ser responsável por consequências negativas para os vários domínios do funcionamento e em diferentes períodos do desenvolvimento da criança. Estudos têm mostrado desfechos mal-adaptativos e o desenvolvimento de psicopatologia (TOTH; CICCHETI, 2013), que são determinados pela interação entre a natureza da exposição à violência (tipo, frequência, idade da exposição e perpetrador) e os períodos do desenvolvimento da criança (CARPENTER; STACKS, 2009; HOLT; BUCKLEY; WHELAN, 2008).

Problemas no desenvolvimento não estão limitados aos resultados clínicos ou diagnosticáveis, mas, em vez disso, podem ser representados por processos comuns e sutis como o bem-estar das crianças e suas habilidades em sala de aula ou em jogos cooperativos. Avaliar processos comportamentais, cognitivos, afetivos e fisiológicos pode fornecer um modelo explicativo para as dificuldades exibidas por algumas crianças expostas à violência (MARGOLIN, 2005).

Apesar de evidências convergentes dos efeitos deletérios sobre o funcionamento biológico, comportamental e social, ainda continuam muitas perguntas com relação aos processos pelos quais maus-tratos exercem influência negativa sobre o desenvolvimento (POLLAK, 2015). É preciso entender como a exposição à violência interrompe marcos específicos dos períodos do desenvolvimento e aumenta o risco de falha subsequente em estágios posteriores do desenvolvimento (TOTH; CICCHETI, 2013).

2.2.3.1.1 Desenvolvimento Emocional

O desenvolvimento emocional começa no nascimento e inclui a capacidade de uma criança de expressar emoções, interpretar adequadamente as emoções dos outros, regular as suas emoções e desenvolver apego a um cuidador importante. Muitas pesquisas sobre os efeitos de um trauma, especificamente exposição à VPI no início do desenvolvimento emocional, têm focalizado nos efeitos sobre a regulação das emoções e do apego (CARPENTER; STACKS, 2009).

A Regulação Emocional é uma capacidade adquirida para se adaptar e manejar os estímulos emocionais e os níveis de resposta comportamental adaptativa (ENLOW et al., 2011). Pode ser vista como o meio para manter a homeostase das respostas biológicas e comportamentais para as emoções (MARTINEZ-TORTEYA et al., 2014). A capacidade de uma criança para regular os estímulos emocionais, depende das respostas fisiológicas e emocionais individuais na interação com cuidadores que regulem, externamente e adequadamente, suas emoções enquanto ela aprende a se autorregular (ENLOW et al., 2011).

A falta de afeto positivo e respostas adequadas às necessidades da criança, como pode acontecer quando a mãe está sofrendo violência, influencia a base neurológica do desenvolvimento da regulação emocional e pode resultar numa incapacidade de regular a secreção dos hormônios do estresse no cérebro, com consequente aumento dos níveis de cortisol, que se constitui como um marcador de risco para o desenvolvimento neurológico. Essa reatividade fisiológica da criança pode torná-la incapaz de se autorregular (MARTINEZ-TORTEYA et al., 2014; JANSEN, 2010).

Exposição à VPI pode ter implicações negativas para o desenvolvimento neurológico e emocional dos lactentes e crianças jovens, que confiam nos cuidadores para responder de forma previsível e sensível, fornecendo apoio e um ambiente seguro que eles podem explorar (JANSEN, 2010). Enquanto há um crescente corpo de pesquisa sobre como a exposição à VPI pode afetar negativamente o bem-estar emocional das crianças, são poucos os estudos sobre como a exposição à VPI molda o cérebro em desenvolvimento (CARPENTER; STACKS, 2009; POLLAK, 2015).

As crianças nos primeiros anos da vida são emocionalmente vulneráveis, devido à falta de habilidade, experiência e autossuficiência para manejar emoções. Um ambiente de estresse e conflito pode severamente comprometer o funcionamento comportamental e fisiológico, incluindo processos neurológicos, cardiovasculares e endócrinos, que dão apoio ao funcionamento emocional (COLE; LUBY; SULLIVAN, 2008). As crianças necessitam de cuidadores competentes e sensíveis, como fonte externa de regulação das emoções, para que seja suprida a carência de recursos cognitivos e sociais (COLE; LUBY; SULLIVAN, 2008; POLLAK, 2015). Sintomas de hiper-excitabilidade que refletem o rompimento da regulação emocional incluem birras frequentes, choro que não se acalma por tentativas de conforto, reações de raiva intensa e sensibilidade aumentada para aspectos ambientais que estão relacionados com o trauma (ENLOW et al., 2011).

Exposição à VPI pode dificultar o desenvolvimento emocional da criança e resultar em depressão e ansiedade (KERNIC et al., 2003; COLE; LUBY; SULLIVAN, 2008). O estudo de Kernic et al. (2003) incluiu 167 crianças, de 2 a 17 anos de idade, de mulheres com VPI relatada para a polícia. Mesmo controlada por tipo, duração, fatores de risco maternos, status socioeconômico e gravidade da VPI, a análise multivariada encontrou que as crianças expostas à VPI eram mais propensas a ter níveis clínicos de comportamentos internalizantes. A duração da VPI física foi um preditor significativo. No entanto, os resultados são limitados a relatórios da polícia, que podem envolver tipos mais graves de VPI.

2.2.3.1.2 Desenvolvimento Comportamental

O Desenvolvimento Comportamental envolve todas as mudanças no conteúdo e na qualidade das interações esperadas para os indivíduos de uma mesma idade e/ou grupo cultural e está relacionado com a autorregulação (PAPALIA, 2010). Pode ser comprometido por fatores de risco (como a exposição à VPI) que podem interferir na relação entre a autorregulação e os recursos sociais e biológicos, disponíveis para a criança, o que pode facilitar o surgimento de um comportamento atípico ou mal-adaptativo (BERGER, 2011; EISENBERG; SPINRAD; EGGUM, 2010).

O comportamento pró-social é definido como comportamento voluntário, visando o benefício do outro. Torna-se evidente a partir dos 2 a 3 de idade e continua a se desenvolver durante os anos escolares. É um indicativo de competência social (BEE, 2011; BERGER, 2011). Portanto, as habilidades pró-sociais, como ser cooperativo e responsável, ter autocrítica e autocontrole e mostrar empatia, habilita a criança a interagir efetivamente com os outros (HOLMES; VOITH; GROMOSKE, 2015).

Apesar de estudos indicarem que as habilidades pró-sociais bem desenvolvidas funcionam como um fator protetor contra problemas comportamentais (VALENTINO et al., 2006; LANSFORD et al., 2006), poucos estudos têm avaliado e demonstrado os efeitos da VPI sobre as habilidades pró-sociais (HOWELL et al., 2010; McCOY; CUMMINGS; DAVIES, 2009).

O contexto familiar é uma importante fonte de aprendizado de padrões comportamentais. Enquanto uma família que pratica a pró-atividade direciona a criança para um comportamento pró-social (PAPALIA, 2010), um ambiente de exposição à VPI está associado com efeitos negativos sobre o funcionamento comportamental das crianças (EVANS; DAVIES; DiLILLO, 2008; KITZMANN et al., 2003).

Os problemas comportamentais são representados por dificuldades interpessoais e psicológicas, destacando-se os sintomas internalizantes e externalizantes (HARDING et al., 2013; HOWELL et al., 2010; EISENBERG; SPINRAD; EGGUM, 2010).

Os sintomas externalizantes se expressam por hiperatividade, comportamento agressivo, desafiante e delinquência (EISENBERG; SPINRAD; EGGUM, 2010; HARDING et al., 2013). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 – DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2014) caracteriza a hiperatividade por desatenção, desorganização e impulsividade. A desatenção e desorganização envolvem a incapacidade de se concentrar numa tarefa e de concluí-la. A impulsividade implica numa atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentada, de pensar antes de agir, etc.

A sintomatologia internalizante é representada por depressão, ansiedade, introspecção e sintomas somáticos (EISENBERG; SPINRAD; EGGUM, 2010).

A depressão em crianças é de difícil diagnóstico até que se torne grave (TOLAN; DODGE, 2005). Várias evidências mostram que dificuldades comportamentais e emocionais não são fases transitórias do desenvolvimento e têm a possibilidade de interferir no desenvolvimento cognitivo, emocional e social (BRIGGS-GOWAN et al., 2006; EGGER; ANGOLD, 2006; ROLIM-LIMA et al., 2013). Dificuldades posteriores na vida e consequências negativas como: relações interpessoais conflituosas, uso de substâncias ilícitas e tentativa de suicídio podem estar associadas à depressão na infância e adolescência (GLADSTONE; BEARDSLEE, 2009).

As manifestações da depressão nas crianças, diferentemente dos adultos, não tendem a incluir relatos de desesperança nem de exibição de fixação na morte. As crianças tendem a exibir sintomas de depressão via aparência externa, comportamento irritável ou sintomas físicos, como dores de estômago, cefaleia e dores em geral (RUDERMAN et al., 2013).

Crianças que são diagnosticadas com depressão exibem prolongada tristeza ou humor irritável ou perda do prazer e interesse, com quatro ou mais dos seguintes sintomas envolvidos: mudanças de hábitos alimentares e de sono, mudanças na atividade motora, dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade e culpa e pensamentos recorrentes de morte (COLE, LUBY, SULLIVAN, 2008).

Estudos recentes encontraram uma prevalência de depressão de 8 a 20% em adolescentes, antes de completarem os 18 anos (NAICKER et al., 2013), e 8 a 10% em escolares, (RUDERMANN et al., 2013). Nos pré-escolares a prevalência é baixa, 1 a 2 % (EGGER; ANGOLD, 2006; RUDERMANN et al., 2013).

Evidências indicam que depressão frequentemente tem um curso de sintomas crônicos, recorrentes e distinguíveis de transtornos disruptivos. Resulta de disfunções de padrões normais dos processos emocionais adaptativos, que são influenciados por características biológicas/fisiológicas (MARTINEZ-TORTEYA, 2011) e contexto ambiental/familiar (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2009). Essas influências determinam se o padrão de funcionamento emocional desvia do normal para desenvolver significantes dificuldades no funcionamento. Por exemplo, tristeza, mesmo que intensa, não é um processo mal-adaptivo, é um comportamento real em face de uma frustração. O que distingue tristeza normal do humor depressivo não é a presença da tristeza, e sim, o que a torna um risco para os domínios do funcionamento (COLE; LUBY; SULLIVAN, 2008).

Outro exemplo são as birras infantis típicas, que parecem ser compostas de dois componentes distintos, mas relacionados - raiva e angústia - que vão da rápida e inicial intensidade da raiva para choramingar e buscar conforto (DANIELS; MANDLECO; LUTHY, 2012). As birras das crianças deprimidas, em idade pré-escolar, no entanto, são mais violentas, manipulatórias, autodestrutivas, destrutivas e agressivas verbalmente. Elas têm um longo tempo de recuperação (BELDEN; THOMPSON; LUBY, 2008). Coletivamente, estes achados sugerem que a dinâmica emocional das birras infantis de deprimidos e não deprimidos é diferente e pode servir como um indicador da necessidade de intervenção precoce (COLE; LUBY; SULLIVAN, 2008).

Nos primeiros cinco anos de idade o desenvolvimento emocional é rápido. A receptividade e reatividade emocional tornam a criança mais jovem vulnerável a estresse e conflitos no ambiente familiar, como a VPI. Nessas crianças faltam os recursos cognitivos e sociais que

ajudam as pessoas com mais idade enfrentar o estresse e os conflitos, incluindo consciência reflexiva, bom senso analítico, uma rede social e autonomia pessoal (COLE; LUBY; SULLIVAN, 2008)

Assim, as crianças mais jovens são emocionalmente sensíveis, mas faltam a habilidade, experiência e autossuficiência para lidar com emoções fortes. Exposição precoce a circunstâncias adversas pode ter efeitos deletérios a longo prazo no funcionamento fisiológico e comportamental das crianças (MARTINEZ-TORTEYA, 2011), incluindo efeitos sobre os processos neurais, cardiovasculares e endócrinos que apoiam a regulação emocional (GUNNAR; QUEVEDO, 2007; POLLAK, 2005). Por isso, é fundamental que as crianças tenham fontes externas de regulação emocional, tais como cuidadores sensíveis e competentes (COLE; LUBY; SULLIVAN, 2008).

O processo pelo qual a exposição direta ou indireta da criança à violência, desencadeia os sintomas internalizantes e externalizantes tem sido o objeto de muitos estudos, tanto longitudinais como de caso-controle, experimentais e de intervenção (HERRINGA et al., 2013; LEVENDOSKY et al., 2006; MARTINEZ-TORTEYA et al., 2015).

2.2.3.1.3 Desenvolvimento Cognitivo

O Desenvolvimento Cognitivo inclui todos os processos mentais utilizados para obtenção de conhecimento ou consciência do ambiente. A cognição abrange percepção, imaginação, discernimento, memória e linguagem – processos úteis para o pensamento, as decisões e o aprendizado (BERGER, 2011).

O desenvolvimento cognitivo pode ser prejudicado pela exposição à VPI, devido às consequências neurobiológicas do estresse, sobre as mudanças estruturais e funcionais no cérebro, bem como o efeito sobre o sistema endócrino e sistema imunológico (DeBELLIS; WOOLLEY; HOOPER, 2013). Os impactos incluem dificuldades acadêmicas (KITZMANN et al., 2003), menor capacidade intelectual (KOENEN et al., 2003), déficit de memória (JOURILES et al., 2008), déficit de concentração (TOWE-GOODMAN et al., 2011) e dificuldades na habilidade verbal (YBARRA et al., 2007).

2.2.3.2 Teoria do Apego

Apego é um tipo de vínculo que forma um senso de segurança, estritamente ligado a uma figura de apego, cujo conforto experimentado na sua presença permite que seja usado como uma base segura, a partir da qual poderá explorar o mundo. A **Teoria do Apego** defende que o apego do bebê a uma pessoa provedora de cuidados, na maioria das vezes, a mãe, é um comportamento biologicamente predisposto que evoluiu para promover a sobrevivência (BOWLBY, 2009).

O comportamento de apego se desenvolve durante os primeiros nove meses de idade da criança e se mantém ativado até o fim do terceiro ano de vida (BOLWBY, 1988).

São propostos por Ainsworth (1979) os três primeiros padrões de apego. O quarto foi proposto por Main e Solomon (1990):

- 1) **Apego seguro** – está associado com desenvolvimento infantil e comportamento social ideais, sugerindo que a criança, provavelmente, teve experiências de cuidados sensíveis, responsivos e atenciosos em situações adversas ou aterrorizantes. A criança se sente segura na sua exploração do mundo.
- 2) **Inseguro-evitante/desinteressado** – pode se desenvolver quando a criança não confia se terá atenção como resposta às suas necessidades de cuidado. Pelo contrário, espera ser rechaçado e desenvolve estratégias para viver sem amor e apoio e pode tentar se tornar emocionalmente autossuficiente. Posteriormente, pode ser diagnosticado como narcisista. Neste padrão, o conflito é mais difícil e resulta de mães que consistentemente ignoram e rechaçam o filho quando procuram conforto e proteção.
- 3) **Inseguro-ambivalente/resistente** – pode se desenvolver quando o cuidador apresenta sensibilidade ou respostas incoerentes. A criança não tem segurança se sua mãe estará disponível ou responsiva quando precisar. Por causa dessa incerteza terá ansiedade de separação, tende a ser “agarrada” e tem ansiedade na exploração do mundo. Neste padrão, a existência de conflito é evidente com a mãe estando disponível em algumas situações e em outras não.
- 4) **Desorganizado/desorientado** – é reflexo do medo ou confusão da criança sobre quando evitar ou abordar o seu cuidador. As crianças apresentam comportamento

afetivo contraditório, estereotipado, congelado, atordoado ou rapidamente mutável. Neste padrão, a criança vivencia um conflito e não tem condições de manter uma estratégia adequada para enfrentar o que lhe assusta.

O desenvolvimento do apego seguro na infância, através das respostas adequadas de um cuidador às necessidades do bebê, fornece uma “base segura” que ajuda a criança a desenvolver a capacidade de regular emoções e sentimentos em diferentes contextos, conseqüentemente, possibilitando um funcionamento posterior saudável (AINSWORTH, 1979; BOWLBY, 1998; DUTTON; WHITE, 2012; GERWIRTZ; EDLESON, 2007; HOWELL, 2011).

A qualidade da relação de apego entre pais-criança afeta o desenvolvimento psicossocial (BOWLBY, 1977). Uma relação positiva com cuidadores sensíveis e responsivos exerce um papel crucial no desenvolvimento de apego saudável e seguro (BOWLBY, 2009). Ao longo do tempo a criança internaliza essa segurança na relação de apego, formando *Modelos Funcionais Internos* (MFI), que são representações inconscientes da sua percepção da figura de apego e do *self* (RAMIRES; SCHNEIDER, 2010). Uma vez que esses MFI se formam, o apego se torna mais estável, embora mudanças na relação ou circunstâncias da vida possam afetar a qualidade do apego (BOWLBY, 2004; 2009).

Estar exposta à VPI, direta ou indiretamente, pode não apenas dificultar a formação do apego seguro da criança porque sua mãe estressada torna-se menos sensível, mas também porque exige que a criança enfrente com medo a conduta de violência e de não disponibilidade da mãe ou de quem é o perpetrador. Portanto, a VPI se constitui como uma falha de figuras de apego (BOLEN, 2005; GODBOUT et al., 2009; STERNBERG et al., 2005) e predispõe a criança a maior risco de apego inseguro e problemas internalizantes e externalizantes (LEVENDOSKY; LANNERT; YALCH, 2012).

Estimativas de apego seguro entre amostras de alto risco (ou seja, aquelas expostas a diversos fatores de risco tais como pobreza, violência e/ou abuso) variam, mas geralmente são significativamente inferiores aos encontrados na população geral. Particularmente, em crianças maltratadas são evidenciadas, desproporcionalmente, maiores taxas de apego desorganizado (GERWIRTZ; EDLESON, 2007). Zeanah et al. (1999) sugerem que a VPI pode prejudicar o desenvolvimento ou a manutenção de apego seguro, na medida em que o comportamento violento do homem interrompe o sentimento de segurança da mãe e da

criança, por causar lesões físicas e medo, podendo ser o ponto chave para o rompimento de uma relação de apego.

Dutton e White (2012) afirmam que a teoria do apego dar uma coerente explicação para a organização de transtornos dos estilos de apego, como o apego inseguro, quer seja como fator preditor ou como consequência de VPI.

2.2.3.3 Teoria da Segurança Emocional

Esta teoria amplia o foco da teoria do apego sobre a relação pais-criança para incluir a relação entre os pais como uma fonte adicional de segurança para a criança. Reações comportamentais e emocionais das crianças aos conflitos entre os pais podem ser um mecanismo de defesa num esforço de restabelecer a segurança na relação entre os pais e como um indicador de segurança emocional das crianças (CUMMINGS; MERRILEES, 2010).

Existem evidências (CUMMINGS; MERRILEES, 2010) que indicam que conflitos entre os pais estão relacionados com afetos negativos da criança (como medo, raiva e tristeza), com esforços para minimizar a exposição ao conflito (como evasão/retirada, intervir no conflito ou tentar distrair os pais) e maior desregulação emocional (como chorar, gritar e comportamento agressivo).

A criança exposta a conflitos entre os pais tem risco de desenvolver problemas no ajustamento e insegurança emocional, principalmente porque as crianças apresentam reatividade emocional e comportamental, ou seja, se tornam sensíveis a conflitos futuros, o que pode levar a problemas internalizantes e externalizantes, além de desenvolver representações internas negativas das relações familiares (CUMMINGS; MERRILEES, 2010; DAVIES; WINTER; CICCHETTI, 2006; FOSCO; DeBOARD; GRYCH, 2007).

É importante destacar que a exposição à VPI entre os pais compromete a qualidade das práticas parentais e da relação pais-criança, incluindo a habilidade e disposição dos pais para proteger os filhos, o que pode dificultar o ajustamento emocional das crianças (DAVIES; WINTER; CICCHETTI, 2006).

Comportamentos internalizantes e externalizantes foram encontrados de forma semelhante entre crianças expostas à VPI tanto do pai contra a mãe como da mãe contra o pai (EL-SHEIKH et al., 2008). Outros autores sugerem que a VPI pode prejudicar o desenvolvimento da capacidade de atenção, o que dificulta as crianças regularem efetivamente suas emoções e comportamento, desencadeando problemas como desatenção e impulsividade (TOWE-GOODMAN et al., 2011).

A teoria da segurança emocional sugere que os recursos fisiológicos e psicológicos que a criança tem disponíveis são diminuídos quando vivenciam VPI. Além disso, a associação entre VPI e violência contra crianças (CHAN, 2011; 2015; CHAN et al., 2012), é um fator que reforça a insegurança na relação pais-filhos como um preditor de problemas de ajustamento das crianças (CUMMINGS et al., 2009; DAVIES; WINTER; CICCHETTI, 2006).

2.2.3.4 Teoria do Trauma

A Teoria do Trauma reconhece que a exposição da criança à VPI é um estressor traumático e cria um ambiente que pode levar a alterações do funcionamento psicológico, biológico, neurológico e cognitivo, incluindo sintomas de estresse pós-traumático (BLACK; SUSSMAN; UNGER, 2010; BRIGGS-GOWAN et al., 2010; DeBELLIS, 2001; HARDING et al., 2013; LANNERT et al., 2014).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), o transtorno por estresse pós-traumático (TEPT) é desenvolvido por indivíduos que, além de terem vivenciado ou testemunhado um evento traumático, podem também se tornar conhecedores que o evento traumático ocorreu a um familiar ou amigo próximo (MACHADO et al., 2015).

Os sintomas do TEPT estão divididos em quatro grupos: reexperimentação (flashbacks, sofrimento psíquico, e/ou reatividade fisiológica a lembranças do evento traumático), esquiva/evitação (esquiva persistente de atividades, locais, pessoas ou situações que lembrem o evento), cognições negativas (medo frequente, culpa, vergonha, diminuição de participação em atividades, retraimento) e excitabilidade aumentada (irritabilidade, raiva, explosão de ira,

dificuldade de concentração e perturbação do sono) (ENLOW et al., 2011; MACHADO et al., 2015).

Crianças expostas precocemente à VPI (GRAHAM-BERMANN; PERKINS, 2010) podem apresentar os efeitos da VPI, inclusive sintomas de trauma, também precocemente (BOGAT et al., 2006; LEVENDOSKY; BOGAT; MARTINEZ-TORTEYA, 2013). Os sintomas de trauma incluem sinais de desregulação fisiológica, afetiva e comportamental e são um fator de risco para a síndrome do TEPT (LANNERT et al., 2014). Mães expostas à VPI frequentemente exibem sintomas de estresse pós-traumático, o que pode afetar as suas atitudes com relação aos filhos (DUTTON, 2006; MARTINEZ-TORTEYA et al., 2009).

A maneira como a criança enfrenta a exposição a um evento traumático, como a VPI, pode ser influenciada pelas suas percepções do perigo, do significado do evento e da resposta imediata dos cuidadores (BOGAT et al., 2006). De acordo com a teoria de trauma relacional (SCHEERINGA; ZEANAH, 2001), a ocorrência de sintomas de trauma em mães pode dificultar a interação com seus filhos e, portanto, exacerbar os sintomas de estresse traumático das crianças. Múltiplas respostas inadequadas das mães para seus filhos incluem: negligência, prática educativa severa, menos disponibilidade emocional, comportamento superprotetor, maneira temerosa em direção à criança e/ou permanente preocupação com o evento traumático (BOGAT et al., 2006).

Pesquisas sugerem que sintomas do transtorno por estresse pós-traumático (TEPT) em mães e crianças frequentemente co-ocorrem em amostras expostas à VPI (BOGAT et al., 2006; LEVENDOSKY; BOGAT; MARTINEZ-TORTEYA, 2013). Enquanto algumas crianças expostas à VPI exibem perfis completos de sintomas do TEPT, o padrão mais comum é a presença de sintomas de trauma como hiper-excitabilidade traumática na ausência da síndrome completa (GRAHAM-BERMANN; LEVENDOSKY, 1998). Fisiologicamente, crianças expostas à VPI apresentam elevada excitação autonômica, comparadas aos controles, como evidenciado por maiores taxas de frequência cardíaca e alterações da função do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), como um indicador de estresse (DeBELLIS; WOOLLEY; HOOPER, 2013).

2.2.3.5 Teoria do Aprendizado Social

Os teóricos do aprendizado social postulam que o comportamento é moldado pelos modelos comportamentais que a criança observa dentro da família de origem (BANDURA, 2001). A teoria sugere que as crianças expostas à VPI aprendem que a agressão é uma estratégia apropriada para manejar o estresse e para resolver conflitos ou um meio de se obter controle, tanto nas relações íntimas como nas relações sociais (EHRENSAFT et al., 2003). Além disso, crianças com pais violentos podem não ter a oportunidade de aprender socialmente métodos positivos de comunicação efetiva e resolução de conflitos como: negociação, argumentação verbal, táticas de autocontrole e escuta ativa (BLACK; SUSSMAN; UNGER, 2010).

A criança que cresce numa família que enfrenta o estresse e a frustração com raiva e agressividade apresenta um risco maior para exibir o mesmo comportamento, ao qual foi exposto direta ou indiretamente, quando se tornar adulto (MIHALIC; ELLIOTT, 1997). Da mesma forma, nas famílias em que há tanto VPI como violência contra as crianças, ao invés de apenas estarem expostas à VPI, as crianças estão inseridas em famílias que dispõem de oportunidades adicionais para o aprendizado de padrões de comportamento agressivo (McDONALD et al., 2009).

Esta teoria é apoiada por estudos (BELL; NAUGLE, 2008), que sugerem que as crianças expostas à VPI têm um risco maior de se tornarem vítimas e perpetradores porque desenvolvem tolerância ou aceitação da violência. Aprendem que é aceitável usar força física e violência e que adultos podem machucar um ao outro sem assumir a responsabilidade.

Em um estudo com 8.629 crianças, os pesquisadores descobriram que meninos expostos à VPI foram mais propensos a se envolver em VPI quando adultos, enquanto as meninas se tornam vítimas mais prováveis quando adultas do que crianças não expostas à VPI (WHITFIELD et al., 2003).

Em outro estudo (BLACK; SUSSMAN; UNGER, 2010) a violência psicológica interpaparental foi presenciada pela maioria dos entrevistados (58,3%), os quais também experienciaram violência psicológica na sua própria relação íntima (69,5%). De forma semelhante a violência física também foi presenciada entre os pais (17,5%) e experienciada nas próprias relações íntimas (27,0%).

A ênfase desta teoria, que tem sido usada para explicar a transmissão intergeracional de comportamentos violentos (ARTZ et al., 2014; McCLOSKEY; LICHTER, 2003), está na aprendizagem por observação, imitação e modelagem. As crianças tornam-se parte do ciclo intergeracional da violência por aprenderem e incorporarem as lições de violência (ADAMS, 2006; McDONALD et al., 2009) e, sem intervenção, crescem e repetem os comportamentos (SCHWARTZ et al., 2006; WATHEN; MacMILLAN, 2013).

2.2.3.6 Teoria da Resiliência

O termo resiliência tem sido usado de várias formas e em diferentes contextos como características individuais, como processo ou como desfecho (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2015). Apesar dessas diferenças, características comuns são citadas tanto pelas ciências sociais, quanto pelas biológicas e comportamentais, tais como: a) a habilidade para evitar mudanças deletérias comportamentais e fisiológicas em resposta ao estresse crônico (RUSSO, 2012); b) a adaptação adequada diante de adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou significantes fontes de estresse (RUTTER, 2012); e c) a habilidade individual para se adaptar com sucesso a um estresse agudo, trauma ou outras formas de adversidades crônicas (FEDER; NESTLER; CHARNEY, 2009).

Resiliência não é um traço imutável nem um recurso a ser usado. Em sua essência é a combinação de relações de apoio, a construção de habilidades adaptativas e experiências positivas diante de significantes adversidades (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2015). O sucesso adaptacional é tipicamente definido por um modelo de metas desenvolvimentais cumpridas, mesmo em circunstâncias adversas (HOWELL, 2011).

Usando um modelo desenvolvimental, a teoria da resiliência foca na regulação emocional e nas habilidades pró-sociais (HOWELL, 2011).

Pela regulação emocional os indivíduos podem influenciar as emoções que têm, quando tê-las e como experienciá-las e expressá-las. Essa capacidade para manejar emoções é baseada no desenvolvimento de habilidades autorregulatórias, principalmente em crianças pré-escolares.

A dificuldade de regular emoções, principalmente raiva e medo, foi encontrada em associação com problemas externalizantes e baixo nível de ações pró-sociais em crianças de 5 anos de idade (RYDELL; BERLIN; BOHLIN, 2003).

As habilidades pró-sociais são definidas como o sucesso de uma pessoa em satisfazer as expectativas sociais, a habilidade para atender as demandas sociais e para resolver os problemas interpessoais (HINES; SAUDINO, 2002). As crianças que podem circular pelo seu mundo social e gerar soluções para problemas sociais são mais aptas para evitar desfechos negativos. Portanto, as habilidades pró-sociais podem servir como uma proteção entre experiências negativas precoces, como a VPI, e problemas posteriores no desenvolvimento (LANSFORD et al., 2006). Podem ajudar as crianças a formar confiança e relações positivas com os outros, o que as tornam aptas para conseguir apoio e proteção de indivíduos fora da família e melhores desfechos, mesmo em ambientes violentos (ALVORD; GRADOS, 2005).

Já é um consenso na literatura científica que o impacto da VPI para as crianças é devastador em vários domínios do funcionamento, mas também já se reconhece que os desfechos variam de criança para criança (MARGOLIN, 2005; NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2015; RUTTER, 2012). Em revisão meta-analítica de estudos com crianças expostas à VPI, os autores encontraram 37% das crianças sem desfechos desfavoráveis (KITZMANN et al., 2003). Em pesquisa com crianças pré-escolares, Martinez-Torteya et al. (2009) identificaram 54% com adaptação positiva depois de exposição à VPI.

Vários estudos têm identificado fatores positivos que modificam as respostas das crianças expostas a adversidades, como a VPI, e facilitam a resiliência (AGAIBI; WILSON, 2005; HOWELL, 2011). Esses fatores englobam características da criança, da família, das relações com adultos e amigos e do ambiente social mais amplo (MASTEN, 2008). Podem ser destacados: a) disponibilidade de pelo menos uma relação de apoio, estável e carinhosa, entre a criança e um adulto importante para sua vida, que pode ser da família ou não; b) capacidade da criança construir um senso de controle de situações da sua vida e acreditar na sua própria capacidade de superar as dificuldades; c) habilidades da criança de desenvolver autorregulação e funções executivas (planejamento, organização, controle de impulsos e flexibilidade de cognição), que ajudam a manejar seu próprio comportamento e emoções; e d) contexto de confiança e fé ou de tradições culturais, que apoiam a criança a responder mais efetivamente quando exposta a experiências estressantes (MASTEN, 2014; NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2011; 2015).

2.2.4 Impactos da Exposição da Criança à VPI sobre as dimensões e os períodos do desenvolvimento

Em cada estágio do desenvolvimento, do pré-natal à adolescência, a VPI pode causar impactos diferentes, cujas consequências podem persistir durante a vida adulta. A exposição à VPI coloca a criança em risco similar em todas as partes do mundo (EDLESON, 2004).

Os eventos negativos da vida, decorrentes da família, incluindo VPI e as consequências para a mãe e para toda a família, têm sido considerados fatores de risco para o surgimento de problemas nas várias dimensões do desenvolvimento da criança (Quadros 4 a 8).

2.2.4.1 Período Pré-Natal (Fetal)

O período gestacional tem uma importância fundamental, pois o desenvolvimento da criança pode ser afetado por vários fatores, como o estresse materno, nutrição precária e o uso de álcool, fumo e drogas (CUNNINGHAM; BAKER, 2004).

As mulheres que relatam violência física durante a gravidez apresentam uma chance maior de consequências adversas para o feto, tais como: baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino, parto prematuro e morte neonatal ou perinatal (MURPHY et al., 2001).

O desfecho mais comum e de grande importância, associado à VPI durante a gravidez, é o baixo peso ao nascer, por ser a principal causa de mortalidade neonatal e morbidade infantil (MURPHY et al., 2001).

A VPI pode afetar o desenvolvimento do feto por 2 mecanismos: o *direto*, que envolve trauma físico no abdômen, que pode induzir trabalho de parto prematuro, ruptura precoce da bolsa, descolamento da placenta ou ruptura do útero (MURPHY et al., 2001). Há também a hipótese de uma associação entre um ambiente abusivo e trauma neuro-desenvolvimental no útero, pois o período fetal é um período altamente ativo para o desenvolvimento orgânico e para modificações epigenéticas (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2010a). A forma *indireta* está relacionada a fatores de risco que podem afetar

negativamente a saúde da mãe e da criança, incluindo: baixo ganho de peso, DST, HIV, infecções do trato urinário (CAMPBELL, 2001; KOENIG et al., 2006), abuso de substâncias ilícitas (MARTIN et al., 2003) e depressão (DEAVE et al., 2008; LUDERMIR et al., 2010).

Há poucos estudos que avaliam os efeitos da exposição pré-natal à VPI sobre o desenvolvimento psicossocial. Alguns estudos encontraram associação entre a exposição pré-natal e problemas externalizantes e/ou internalizantes na criança (FLACH et al., 2011; LEVENDOSKY et al., 2006; MARTINEZ-TORTEYA et al., 2015; McFARLANE et al. 2014; TAN; GREGOR, 2006; WHITAKER; ORZOL; KAHN, 2006). Problemas de temperamento e dificuldades no desenvolvimento motor de lactentes de 10 meses de idade foram encontrados por Zou et al. (2015).

Quadro 4 – Impactos da exposição por parceiro íntimo durante o período pré-natal

Aspectos do desenvolvimento	Impacto potencial
Social e Emocional	Representações maternas distorcidas sobre a criança durante a gravidez que interfere nas relações de apego da criança com a mãe, podendo desencadear estilo de apego inseguro (HUTH-BOCKS et al., 2011) e desorganizado (LEVENDOSKY et al., 2011); Problemas na regulação emocional (AHLFS-DUNN; HUTH-BOCKS, 2014); Expressão de afetos negativos e menor atividade exploratória (HUTH-BOCKS et al., 2011); Dificuldades no temperamento (ZOU et al., 2015).
Psicológico e Comportamental	Comportamentos internalizantes e externalizantes (FLACH et al., 2011; LEVENDOSKY et al., 2006; MARTINEZ-TORTEYA et al., 2015).
Fisiológico e Saúde física	Parto prematuro, baixo peso ao nascer, morte fetal e aborto (BOY; SALIHU, 2004; EL-KADY et al., 2005; SILVERMAN et al., 2006); Desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HIBEL et al., 2011; STURGE-APPLE, 2012); Precário desenvolvimento das habilidades motoras (ZOU et al., 2015).
Cognitivo e Intelectual	Dificuldades no desenvolvimento cognitivo (SERVILI et al., 2010).

2.2.4.2 Período de 0 a 2 anos (Lactente)

O período do nascimento aos 2 anos é um período crítico para o desenvolvimento, durante o qual a criança forma um vínculo de segurança emocional com um cuidador, que pode ser ou não os pais biológicos, dos quais a criança depende para atender as suas necessidades e com os quais aprende a autorregular suas emoções e comportamento e a desenvolver sua competência e adaptação social (CUNNINGHAM; BAKER, 2004).

A magnitude da VPI contra a mulher no período pós-parto é elevada e pode ser recorrente. Como destacam alguns autores, a VPI antes da gestação é um fator de risco para a violência durante a gestação e no pós-parto, assim como a violência durante a gestação é um fator de risco para a violência no pós-parto (GUO et al., 2004; MARTIN et al., 2001; SILVA et al., 2011). No entanto, as crianças de 0 a 2 anos não podem ser entrevistadas nem expressar suas opiniões e são poucos os estudos nessa faixa etária, mas é possível estimar a exposição dos filhos dessas mulheres. Gjelsvik, Verhoek-Oftedahl e Pearlman (2003) encontraram que crianças de 0-5 anos, de 6 a 11 anos e de 12 a 17 anos estavam presentes em 48%, 35% e 17% dos eventos violentos, respectivamente, sugerindo que a exposição à VPI declina com a idade. As crianças mais jovens, que ainda não frequentam escola e que permanecem grande períodos de tempo com os pais ou cuidadores têm maior chance de exposição (GRAHAM-BERMANN; PERKINS, 2010).

A exposição à VPI, além de outros fatores ambientais, pode comprometer a trajetória de desenvolvimento normal de uma criança e reduzir as oportunidades de formar um vínculo seguro (CARPENTER; STACKS, 2009). Elevadas taxas de apego desorganizado e inseguro foram encontradas em crianças, cujas mães sofreram VPI (LEVENDOSKY; BOGAT; HUTH-BOCKS, 2011).

Quadro 5 – Impactos da exposição por parceiro íntimo sobre o desenvolvimento de lactentes

Aspectos do desenvolvimento	Impacto potencial
Social e Emocional	Interfere nas relações de apego da criança com um cuidador primário, principalmente a mãe, desencadeando estilo de apego desorganizado (LEVENDOSKY et al., 2011); Problemas na regulação emocional, apresentando ansiedade de separação e choro frequente (LUNDY; GROSMAN, 2005); Dificuldades no temperamento, caracterizadas por comportamento irritável, inquieto e difícil de acalmar (CASANUEVA et al., 2010).
Psicológico e Comportamental	Comportamentos internalizantes e externalizantes (DeJONGHE et al., 2011; LEVENDOSKY et al., 2006; McDONALD et al., 2007); Sintomas de transtorno por estresse pós-traumático (BOGAT et al., 2006).
Fisiológico e Saúde física	Frequentes problemas de saúde física, como asma (LUNDY; GROSMAN, 2005; SUGLIA et al., 2009); Desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HIBEL et al., 2011; STURGE-APPLE, 2012).
Cognitivo e Intelectual	Baixo envolvimento com a escola (SCHNURR; LOHMAN, 2013; MILLER, 2014).

2.2.4.3 Período Pré-escolar

Para DeVoe e Smith (2002) os efeitos da VPI são aumentados nas crianças em idade pré-escolar, principalmente, porque elas são completamente dependentes dos pais em todos os aspectos do seu cuidado.

Crianças pré-escolares são capazes de compreender e expressar a sua percepção sobre os eventos violentos que presenciam (MILLER; HOWELL; GRAHAM-BERMANN, 2012) e também são capazes de demonstrar preocupação com sua segurança e de reconhecer quando sua mãe está com raiva ou estressada por causa de brigas com o seu pai ou parceiro. No entanto, poucas crianças dessa idade podem separar o comportamento das pessoas do seu próprio valor, pois são incapazes de integrar os eventos ou experiências dentro de um entendimento mais complexo de que as pessoas têm ambas as características “boas” e “ruins” (CUNNINGHAM; BAKER, 2004).

Quadro 6 – Impactos da exposição por parceiro íntimo sobre o desenvolvimento de pré-escolares

Aspectos do desenvolvimento	Impacto potencial
Social e Emocional	Competência social reduzida, o que dificulta relações saudáveis com colegas e outras pessoas fora de casa (HUNGERFORD et al., 2012); Dificuldades na regulação emocional, com exibição de comportamento agressivo com os irmãos (MILLER; HOWELL; GRAHAM-BERMANN, 2012), colegas (VOISIN; HONG, 2012) ou pais e figuras de autoridade (BURNETTE, 2013).
Psicológico e Comportamental	Comportamentos internalizantes e externalizantes (EVANS; DAVIES; DiLILLO, 2008; WOLFE et al., 2003); Sintomas de transtorno por estresse pós-traumático (SWARTZ et al., 2011).
Fisiológico e Saúde física	Frequentes problemas de saúde física, como obesidade (BOYNTON-JARRETT et al., 2010) e problemas gastrointestinais (KUHLMAN; HOWELL; GRAHAM-BERMANN, 2012).
Cognitivo e Intelectual	Dificuldades com a capacidade verbal (GRAHAM-BERMANN; PERKINS, 2010) e memória (JOURILES et al., 2008).

2.2.4.4 Período Escolar

No Brasil, estima-se que 21,4% das crianças de 6 a 11 anos de escolas públicas do Rio de Janeiro estejam expostas à VPI (ASSIS et al., 2009).

Estudos com crianças americanas expostas à VPI, com idade de 8 a 12 anos, indicam que 40-60% mostram problemas comportamentais e emocionais (GRAHAM-BERMANN et al., 2009).

Quando crianças nessa idade convivem em lares violentos podem desenvolver um entendimento mais sofisticado dos motivos e consequências da violência. Porém, por causa da sua ênfase na justiça, as atribuições para a violência podem ser diferentes e distorcidas do entendimento de um adulto. Nessa fase, com surgimento da apreciação das perspectivas e sentimentos dos outros, as crianças tornam-se mais conscientes de como a violência afeta suas mães e podem se preocupar com a segurança da mãe e o seu bem-estar físico e emocional (CUNNINGHAM; BAKER, 2004).

Quadro 7 – Impactos da exposição por parceiro íntimo sobre o desenvolvimento de escolares

Aspectos do desenvolvimento	Impacto potencial
Social e Emocional	<p>Dificuldade para manter amizades e probabilidade aumentada de desenvolver relações conflituosas com os colegas (LUNDY; GROSSMAN, 2005; McCLOSKEY; STUEWIG, 2001);</p> <p>Problemas sociais como ser superprotegido pela família, exercer papel reverso na relação pais-filhos ou se comportar como criança mais jovem (LUNDY; GROSSMAN, 2005);</p> <p>Dificuldades com os colegas incluem bullying e vitimização (BALDRY, 2003; BAUER et al., 2006);</p> <p>Conceitos rígidos dos papéis de gênero e maior aceitabilidade da violência, o que tem implicações sobre os estilos de interação e habilidade para se relacionar com os colegas (GRAHAM-BERMANN; BRESROLL, 2000);</p> <p>Frágil competência emocional, desencadeando menos consciência das emoções e mais interações negativas com os colegas, problemas sociais e de comportamento (KATZ; HESSLER; ANNEST, 2007).</p>
Psicológico e Comportamental	<p>Comportamentos internalizantes e externalizantes (GRAHAM-BERMANN; LEVENDOSKY, 1998; KITZMANN et al., 2003);</p> <p>Dificuldades psicológicas, labilidade emocional, medos e resistência de interagir com os outros (LUNDY; GROSSMAN, 2005);</p> <p>Sintomas de transtorno por estresse pós-traumático (GRAHAM-BERMANN; LEVENDOSKY, 1998);</p> <p>Sintomas de depressão e ansiedade (JOHNSON et al., 2002; KENNEDY et al., 2009; REYNOLDS et al., 2001).</p>
Fisiológico e Saúde física	<p>Reatividade do tônus vagal como um marcador adaptativo (KATZ; HESSLER; ANNEST, 2007);</p> <p>Problemas como fazer xixi na cama, problemas com peso, constipação, náuseas, cansaço, dores, insônia, pesadelos, dores de estômago e tonturas (LUNDY; GROSSMAN, 2005; LAMERS-WINKELMAN; De SCHIPPER; OOSTERMAN, 2012).</p>
Cognitivo e Intelectual	<p>Déficit das funções executivas, que refletem dificuldades com planejamento, priorização, organização e finalização de tarefas (De PRINCE; WEINZIERL; COMBS, 2009);</p> <p>Dificuldades acadêmicas, com menor desempenho em matemática, leitura, linguagem, entre outras (LUNDY; GROSSMAN, 2005; PEEK-ASA et al., 2007).</p>

2.2.4.5 Período da Adolescência

Como mencionado por Gjelsvik, Verhoek-Oftedahl e Pearlman (2003), adolescentes são pouco representados em amostras transversais sobre a exposição à violência. Nesse estudo os dados foram coletados a partir de registros policiais e apenas 17% dos adolescentes foram identificados pela polícia como estando presentes em casa durante os incidentes violentos. Os lares com um adolescente testemunha, mais frequentemente, tinham um pai não-biológico que foi responsável pelo incidente criminoso que provocou a atenção da polícia.

O fato de que os adolescentes são sub-representados nas amostras de exposição pode sugerir que suas mães conseguiram libertar-se da relação violenta, as crianças já não estão em casa, ou que a violência foi confinada à sua infância mais jovem. Alguns adolescentes são expostos durante a vida inteira, enquanto outros foram expostos a incidentes somente nos últimos anos. Alguns vão ter experimentado violência por mais de um dos parceiros de suas mães (CUNNINGHAM; BAKER, 2004). Todos estes fatores têm implicações para a identificação das consequências e para as intervenções.

Goldblatt (2003) observa que os adolescentes que vivem com violência diferem de colegas mais jovens: eles são mais ativos fora de casa, têm uma ampla gama de estratégias de enfrentamento, podem ver os problemas de várias perspectivas, são maiores e mais fortes e assim podem intervir em brigas físicas, podem ser mais emocionalmente capazes de enfrentar o agressor, estão mais conscientes dos valores sociais contra a violência, e tem mais habilidades em expressar suas opiniões. Este é também um período importante de transição e adolescentes que vivem com violência não podem experimentar a estabilidade e a orientação que eles precisam.

Quadro 8 – Impactos da exposição por parceiro íntimo sobre o desenvolvimento de adolescentes

Aspectos do desenvolvimento	Impacto potencial
Social e Emocional	Predisposição a violência no namoro por desenvolverem atitudes de aceitação da violência como um meio para resolver conflitos (TEMPLE et al., 2013); Agressividade com os colegas (GHASEMI, 2009; HAJ-YAHIA; ABDO-KALOTI, 2008); Bullying e vitimização (KNOUS-WESTFALL et al., 2012).
Psicológico e Comportamental	Comportamentos antissociais e relações violentas (IRELAND; SMITH, 2009); Comportamentos internalizantes e externalizantes (EVANS; DAVIES; DiLLILO, 2008; STERNBERG et al., 2006); Sintomas de depressão e ansiedade (HAJ-YAHIA; ABDO-KALOTI, 2008; HELWEG-LARSEN; FREDERIKSEN; LARSEN, 2011; HINDIN; GULTIANO, 2006); Sintomas de transtorno por estresse pós-traumático e transtorno depressivo maior (ZINZOW et al., 2009).
Fisiológico e Saúde física	Problemas somáticos (HAJ-YAHIA; ABDO-KALOTI, 2008; GHASEMI, 2009); Saúde física precária (LEPISTO et al., 2012); Obesidade (JUN et al., 2012).
Cognitivo e Intelectual	Falhas da memória autobiográfica, poucas memórias negativas, autorrelatos de depressão (GREENHOOT; McCLOSKEY; GLISKY, 2005; JOHNSON et al., 2005); Dificuldades acadêmicas e mais absenteísmo escolar (JAYASINGHE; JAYAWARDENA; PERERA, 2009).

2.2.5 Fatores Associados aos Impactos da Exposição da Criança à VPI

As crianças expostas à VPI têm a possibilidade de desenvolver uma ampla variedade de problemas que podem ser influenciados por vários fatores de risco.

O Quadro 9 apresenta alguns fatores de risco associados aos impactos da exposição da criança à violência por parceiro íntimo, considerando o contexto familiar, o contexto da VPI e contexto individual da criança.

Quadro 9 – Fatores associados aos impactos da exposição da criança à violência por parceiro íntimo

Contexto Familiar	
Características socioeconômicas e demográficas Idade da mãe e do parceiro, Raça/cor, Situação conjugal, Escolaridade e Inserção produtiva da mãe e do parceiro, Renda da família, Propriedade da Moradia	Edleson, 1999a; Gewirtz; Edleson, 2007; Meltzer et al., 2009.
Características comportamentais / hábitos de vida Uso de fumo, álcool e droga pela mãe e parceiro, Parceiro com comportamento agressivo fora de casa	Carpenter; Stacks, 2009; Gewirtz; Edleson, 2007; Klostermann; Kelley, 2009; Perkins; Graham-Bermann, 2012.
Perfil do relacionamento do casal Tempo da relação, Comunicação entre o casal, Brigas do casal, Infidelidade da mulher ou do parceiro, Mulher agride o parceiro sem ser agredida	Edleson, 1999b; Graham-Bermann; Brescoll, 2000; Margolin, 2003; Riggs; Caulfield; Street, 2000.
Saúde mental da mãe Transtornos mentais comuns, Depressão, TEPT	Bogat et al., 2003; Brennan et al., 2000; Deave et al., 2008; Ludermir et al., 2010; Martin et al, 2006.
Contexto da VPI	
Tempo de ocorrência Durante a gravidez, Pós-parto, Atual	Martin et al., 2001; Flach et al., 2011.
Características da violência Tipos - psicológica, física ou sexual, Duração, Frequência, Severidade	Graham-Bermann; Perkins, 2010; Jouriles et al., 1998; Lemmey et al., 2001; Perkins; Graham-Bermann, 2012.
Contexto Individual da Criança	
Estágio de Início da Exposição à VPI Pré-natal, 1ª infância (0 – 2 anos), 2ª infância (3 – 5 anos), 3ª infância (6 – 11 anos).	Edleson, 1999b; Finkelhor, 2009; Goldblatt, 2003; Hornor, 2005; Renner, 2012; Yates et al., 2003.
Tipo de exposição da criança à VPI Direta ou Indireta	Chan; Yeung, 2009; Holden, 2003; Kernic et al., 2003; Kitzmann et al., 2003.
Relação do perpetrador com a criança Pai, Padrasto, Namorado da mãe	Cunningham; Baker, 2004; Sullivan et al., 2000.
Outras Características da Criança Sexo, Idade, Nº de irmãos, Escolaridade e Tipo de escola	Cummings; Pepler; Moore, 1999; Cunningham; Baker, 2005; Tailor; Letourneau, 2012.

2.2.6 Considerações Finais

A exposição da criança à VPI pode desencadear o surgimento de desfechos desfavoráveis no desenvolvimento psicossocial. Os impactos dessa exposição variam em cada estágio do desenvolvimento e podem persistir durante a vida adulta.

Fatores do ambiente familiar, como pobreza, uso de álcool e drogas ilícitas pelos parceiros e saúde mental da mãe podem contribuir para a ocorrência de VPI e, conseqüentemente, para problemas no desenvolvimento das crianças. Além desses fatores, o tipo e a frequência da violência e características da criança como a idade de início e os tipos de exposição à VPI podem também estar envolvidos.

Apesar de alguns consensos já estarem postos na literatura, ainda faltam algumas questões a serem respondidas, como por exemplo: se os múltiplos tipos de exposição à VPI e a exposição em idades mais precoces aumentam a chance de problemas no desenvolvimento da criança.

Com base no exposto, é preciso entender que essas respostas necessitam de uma ampla visão das complexas interações entre fatores individuais e familiares, bem como entre fatores comunitários e sociais. Portanto, se buscará esse entendimento nos pressupostos do Sistema Ecológico Biopsicossocial (SAMEROFF, 2010), que se apoia em várias teorias que podem explicar as relações entre os diferentes níveis do sistema (criança, família, comunidade e sociedade). No caso das crianças expostas à VPI, destaca-se a teoria da psicopatologia do desenvolvimento, teoria do apego, teoria do trauma, teoria do aprendizado social e teoria da resiliência.

3 MÉTODOS

3.1 Local do estudo

A cidade do Recife é dividida em oito regiões político-administrativas (RPA), sendo cada uma subdividida em três microrregiões (MR). No setor da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS). As RPAs agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Há 265 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando em 126 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas nas oito RPAs. As características socioeconômicas e demográficas da população cadastrada na ESF são semelhantes, o que facilitou a decisão de realizar a pesquisa num único distrito sanitário, o Distrito Sanitário II, por melhor se adequar às necessidades operacionais e logísticas da pesquisa de campo.

O DS II da cidade do Recife limita-se com o município de Olinda, ao norte e ao leste, e com o DS III a Oeste e Sul. É composto por 19 bairros, que estão distribuídos em três microrregiões: Água Fria, Alto do Pascoal, Alto Santa Terezinha, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Campina do Barreto, Campo Grande, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Peixinhos, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Rosarinho e Torreão.

Apresenta uma extensão territorial de 1.430 hectares, que corresponde a 6,5% da área do município. As densidades domiciliar e demográfica são de 3,8 hab/domicílio e 144 hab/hectare, respectivamente (RECIFE, 2006).

A ocupação do DS II é predominantemente residencial unifamiliar, voltada para o seguimento de média e baixa renda. Apresenta cinco Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), nas quais residem em média 60% de toda sua população, sendo um dos distritos que apresenta maior proporção de habitantes em ZEIS. Essas localidades apresentam características típicas de aglomerados subnormais ou “favelas” e são definidas por um conjunto de indicadores que destacam as comunidades com maiores carências em condições habitacionais e de infraestrutura de serviços públicos essenciais. Em consequência dessas condições, apresentam piores indicadores socioeconômicos e de saúde e são consideradas prioritárias e estratégicas

para o desenvolvimento de ações setoriais específicas e de políticas públicas de caráter mais amplo que permitam a inclusão social da população. São parcelas do território municipal destinadas à regularização urbanística e jurídico-fundiária e à promoção de Habitação de Interesse Social (HIS) para a população de baixa renda (RECIFE, 2004). No setor saúde estas áreas também são consideradas prioritárias para a implantação da Estratégia Saúde da Família (RECIFE, 2006).

O número de habitantes do DS II é de 236.662 (RECIFE, 2010), representando 14,5% da população recifense, sendo 53,5% mulheres e 46,5% homens. No que diz respeito à infraestrutura, apresenta 95,4% dos domicílios com abastecimento de água e 96,9% com coleta de lixo. Além disso, 51,6% dos domicílios possuem fossa rudimentar, no entanto, apenas 31,3% estão ligados à rede de esgoto (RECIFE, 2006).

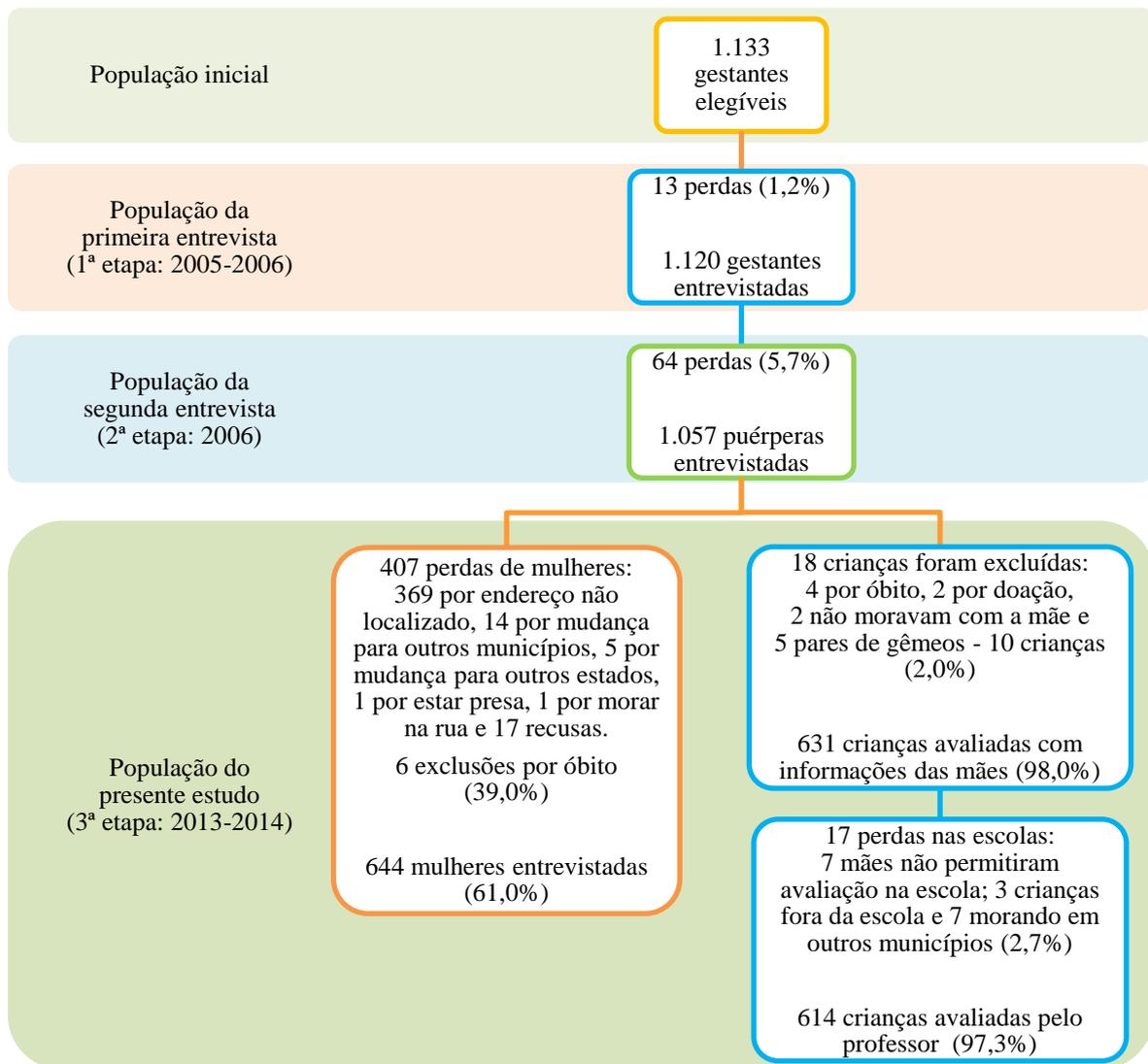
A rede de atenção à saúde é composta por 44 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 23 equipes de saúde bucal, quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e três equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídas em 20 Unidades de Saúde da Família (USF). Essa rede representa uma cobertura em torno de 78% da população do DS II.

Ainda compõem a rede de saúde municipal no DS II, uma Unidade Básica de Saúde Tradicional, duas Policlínicas, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – sendo um infantil, um de transtorno mental e outro de álcool e drogas, quatro Residências Terapêuticas, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três farmácias da família, dois serviços de apoio diagnóstico, um Serviço de Pronto Atendimento (SPA), uma unidade especializada em práticas integrativas e sete polos da academia da cidade (RECIFE, 2014).

3.2 População do estudo

A Figura 3 apresenta o fluxograma das três etapas da coorte. Foram elegíveis para participar do estudo 1.057 crianças nascidas no período de julho de 2005 a outubro de 2006 e suas respectivas mães, as quais eram/são cadastradas na ESF do DS II e participaram das entrevistas da gestação e do pós-parto.

Figura 3 – População do estudo



3.3 Desenho da investigação e coleta de dados

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo que vem sendo conduzido desde 2005, com mulheres cadastradas em todas as unidades de saúde da família do DS II da cidade do Recife, Pernambuco.

As duas primeiras etapas do estudo foram parte integrante da pesquisa “*Violência na gravidez: determinantes e consequências para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais*”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo: 403060/2004-4) e pelo Departamento de Ciência e

Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit – Processo: 473545/2004-7).

Este estudo é parte integrante da 3ª etapa da coorte, que foi intitulada “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”. Foi realizada com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – processo nº 475240/2011-1).

3.3.1 Primeira etapa da coorte (Coorte das gestantes)

Foram realizadas entrevistas com 1.120 gestantes, a partir da 31ª semana, no período de julho de 2005 a outubro de 2006. O contato com as gestantes foi feito durante a consulta do pré-natal. A entrevista foi realizada antes ou imediatamente após a consulta, em uma sala reservada na própria USF, no carro da pesquisa ou agendada para a data e o local mais conveniente, visando mais conforto e segurança para as gestantes. Os contatos com as gestantes de alto risco, que não faziam o pré-natal na USF, e com aquelas que não frequentavam o pré-natal com regularidade, foram feitos no domicílio. Essas foram identificadas a partir dos registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

3.3.2 Segunda etapa da coorte (Coorte das puérperas)

Foram realizadas entrevistas com 1.057 mulheres depois do parto, no período de maio a dezembro de 2006. Nessa etapa, as puérperas foram contactadas a partir do agendamento para as consultas de puericultura, seguindo o mesmo padrão estipulado para a realização das entrevistas da primeira etapa. Semanalmente, foi elaborada pela coordenação de campo, a partir dos registros das USF, uma listagem das puérperas entrevistadas na primeira etapa da pesquisa (quando ainda grávidas) e agendadas para consulta de puericultura. O contato com as

puérperas que não haviam agendado consulta para a puericultura foi feito no domicílio, sendo a entrevista realizada em data e local mais conveniente para elas. Em razão da cobertura ainda insuficiente dos ambulatórios de puericultura e da inconveniência de entrevistá-las em companhia do bebê, a maioria das entrevistas foi realizada na residência das mulheres.

3.3.3 Terceira etapa da coorte (Coorte das mães e crianças)

Esta etapa da coorte foi realizada entre julho de 2013 e abril de 2014, quando as crianças que nasceram em 2005 e 2006 estavam entre 7 e 9 anos de idade. Foi composta por duas fases:

- ✓ **1ª fase** – as mulheres foram entrevistadas sobre suas condições socioeconômicas, saúde mental, apoio social e situação de violência, entre outros temas e responderam ao questionário sobre características da criança, exposição da criança a situações de violência e desenvolvimento psicossocial, usando o *Strengths and Difficulties Questionnaire* – versão para os pais (GOODMAN, 1997) e o *Short Mood and Feelings Questionnaire* – adaptado transculturalmente (ANGOLD et al., 1995).
- ✓ **2ª fase** – as escolas foram visitadas para que os professores fizessem a avaliação do desenvolvimento psicossocial das crianças, usando o *Strengths and Difficulties Questionnaire* – versão para professores (GOODMAN, 1997). Também foi realizada a avaliação antropométrica das crianças, verificando o Peso e a Altura. Foram visitadas 162 escolas, sendo 95 particulares e 67 públicas (APÊNDICE F)

3.4 Operacionalização da Pesquisa (Seleção, Treinamento das Entrevistadoras e Estudo Piloto)

Entrevistadoras com experiência em pesquisa sobre saúde da mulher e da criança e/ou violência foram selecionadas para uma semana de treinamento.

O treinamento constou de exposições dialogadas sobre violência contra a mulher e contra a criança, incluindo apresentação de vídeos. As principais ideias do estudo foram discutidas e o

conteúdo do questionário apresentado, com leitura coletiva do questionário e do manual “questão a questão”. Foram enfatizadas as questões éticas do estudo e a necessidade de se coletar informações precisas. Tendo em vista que a violência é subestimada, pela dificuldade de indagá-la e de relatá-la, este tópico foi bastante trabalhado durante o treinamento. As treinandas foram submetidas a entrevistas simuladas, com discussões durante e depois de cada uma delas, com o objetivo de clarear o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. À semelhança dos treinamentos anteriores, um estudo piloto foi realizado numa USF do DS VI para testar a adequação do questionário à pesquisa, bem como selecionar as entrevistadoras. Depois deste período, as entrevistadoras e a coordenadora de campo foram contratadas e as mudanças necessárias no questionário foram realizadas.

3.5 Instrumentos de coleta

3.5.1 Questionário da grávida (1ª etapa)

O questionário da grávida é composto por 11 seções, relacionadas a seguir. Entretanto, para o presente estudo foi utilizada apenas a seção 7, que se refere à violência na gravidez.

- SEÇÃO 1 – Características socioeconômicas e demográficas da mulher
- SEÇÃO 2 – História reprodutiva e contraceptiva
- SEÇÃO 3 – Gravidez atual
- SEÇÃO 4 – Saúde mental
- SEÇÃO 5 – Parceiro atual ou mais recente
- SEÇÃO 6 – Atitudes com relação aos papéis de gênero
- SEÇÃO 7 – A entrevistada e seu parceiro atual (ou mais recente)
- SEÇÃO 8 – Outras experiências
- SEÇÃO 9 – Impacto e enfrentamento
- SEÇÃO 10 – Autonomia financeira
- SEÇÃO 11 – Complemento

3.5.2 Questionário da puérpera (2ª etapa)

O questionário da puérpera é composto pelas 14 seções relacionadas a seguir, das quais foi utilizada, para este estudo, apenas a seção 13, que se refere à violência no pós-parto.

- SEÇÃO 1 – Situação atual
- SEÇÃO 2 – Pré-natal
- SEÇÃO 3 – Parto e pós-parto
- SEÇÃO 4 – Depressão pós-parto
- SEÇÃO 5 – Sobre o recém-nascido
- SEÇÃO 6 – Apoio social
- SEÇÃO 7 – História contraceptiva atual
- SEÇÃO 8 – História da gravidez anterior à última
- SEÇÃO 9 – O último aborto induzido
- SEÇÃO 10 – Informações complementares sobre o último aborto
- SEÇÃO 11 – Violência sexual
- SEÇÃO 12 – Sexualidade
- SEÇÃO 13 – A entrevistada e seu companheiro atual (ou mais recente)
- SEÇÃO 14 – Sentimentos da mãe após o parto

3.5.3 Questionário da mulher (3ª etapa)

O questionário da mulher (APÊNDICE C) é composto pelas 8 seções abaixo-relacionadas, entretanto, para o presente estudo foram utilizadas as seções 1, 2 e 7.

- SEÇÃO 1 – Características socioeconômicas e demográficas da mulher
- SEÇÃO 2 – Parceiro atual ou mais recente
- SEÇÃO 3 – Apoio social (avaliado pelo *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey (MOS-SSS)*)
- SEÇÃO 4 – Sentimentos da mãe
- SEÇÃO 5 – Saúde mental da entrevistada (avaliada pelo *SRQ-20 e pela EPDS*)
- SEÇÃO 6 – Transtorno por estresse pós-traumático (TEPT)
- SEÇÃO 7 – Questões sobre violência pelo parceiro íntimo e outros agressores
- SEÇÃO 8 – Impacto da violência e enfrentamento

3.5.4 Questionário sobre a criança (3ª etapa)

O questionário da criança (APÊNDICE D) é composto pelas 9 seções abaixo-relacionadas, entretanto, para o presente estudo foram utilizadas as seções 9, 12, 13 e 15.

SEÇÃO 9 – Identificação da criança

SEÇÃO 10 – Sobre as experiências da criança

SEÇÃO 11 – Sintomas gastrointestinais

SEÇÃO 12 – *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* – versão pais e professor

SEÇÃO 13 – *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)* – versão pais

SEÇÃO 14 – Temperamento

SEÇÃO 15 – Sobre as experiências da criança com a exposição à violência

SEÇÃO 16 – Escala tática de conflitos (CTSPC) – versão mãe-criança

SEÇÃO 17 – Impacto da exposição da criança à violência e enfrentamento

3.6 Definição de termos e elenco de variáveis

- a) **Parceiro íntimo** – companheiro ou ex-companheiro com os quais as mulheres vivem ou viveram, independente de união formal, incluindo os namorados atuais desde que elas mantenham relações sexuais com eles (Schraiber et al., 2007a).
- b) **Violência pelo parceiro íntimo** – qualquer comportamento dentro de uma relação íntima, que tem a possibilidade de causar dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).
- c) **Exposição da criança à violência por parceiro íntimo** – a criança é exposta a violência perpetrada contra sua mãe por parceiro íntimo, quer seja seu pai biológico ou outro parceiro. Os tipos de exposição estão descritos no Quadro 3.

As variáveis foram classificadas em: independentes, covariáveis e dependentes.

3.6.1 Variáveis independentes

3.6.1.1 Tipo de exposição da criança à VPI

A exposição da criança à VPI foi avaliada seguindo a proposta de classificação de Holden (2003), descrita no Quadro 3. O tipo de exposição foi categorizado em: “Sem exposição”, “1-3 tipos de exposição”, “4-6 tipos de exposição” e “7-10 tipos de exposição”.

3.6.1.2 Idade de início de exposição da criança à VPI

Esta variável analisou a idade de início da exposição da criança à VPI. Foi categorizada em: “Sem exposição”; “Exposição no período pré-natal”; “Exposição de 0 – 11 meses”; “Exposição de 1 – 2 anos” e “Exposição de crianças \geq 3 anos”.

3.6.2 Covariáveis

3.6.2.1 Variáveis do contexto familiar

As **características socioeconômicas e demográficas da mulher e do parceiro** foram avaliadas pelas seguintes variáveis:

- a) **Idade da mulher e do parceiro** – Utilizada como duas categorias, definindo a faixa etária “< 30 anos” e “ \geq 30 anos”.
- b) **Raça/cor da mulher** – Avaliada, segundo autoclassificação, em: “branca” e “não-branca”.
- c) **Raça/cor do parceiro** – Avaliada segundo referência dada pela mulher em: “branca” e “não-branca”.

- d) **Situação conjugal** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”, para a pergunta: “Você tem um marido/companheiro ou namorado?”.
- e) **Companheiro atual ou mais recente** – Avaliado como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”, para a pergunta “Seu companheiro atual ou mais recente é o pai da criança?”.
- f) **Escolaridade da mulher e do parceiro** – Foi explorada em anos completos de estudo e agrupada em duas categorias: “ ≤ 9 anos de estudo” e “ > 9 anos de estudo”.
- g) **Inserção produtiva da mulher e do parceiro** – Foi caracterizada em “ativo(a)” ou “inativo(a)” por estar, no momento da entrevista, inserido(a) ou não no mercado formal de trabalho.
- h) **Renda da mulher e do parceiro** – Avaliada como variável dicotômica: “Sem renda/Menos de 01 salário mínimo” e “ ≥ 1 salário mínimo”.
- i) **Moradia** - Avaliada em “Própria” e “Não própria”, para categorizar o tipo de relação com a propriedade da moradia.
- j) **Chefe de domicílio** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”, para identificar se a entrevistada é a chefe do domicílio.

As **características comportamentais** incluíram variáveis:

Para a mulher:

- a) **Uso de fumo** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- b) **Uso de álcool** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- c) **Uso de droga** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.

Para o parceiro:

- a) **Uso de fumo** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- b) **Uso de álcool** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- c) **Relato de embriaguez** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- d) **Uso de drogas** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- e) **Relato de brigas (agressão física) com outros homens** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.

O perfil do relacionamento foi composto por:

- a) **Tempo da relação** – Analisada em duas categorias: “≤ 6 anos” e “> 6 anos”.
- b) **Comunicação entre o casal** – Analisada em duas categorias: “boa comunicação” ou “comunicação obstaculizada”. Essa variável foi construída a partir da pergunta: “*Geralmente, você e o seu parceiro atual ou mais recente conversam sobre os seguintes assuntos?*”. A resposta era “sim” ou “não” para os seguintes itens: a) Coisas que acontecem com ele durante o dia; b) Coisas que acontecem com você durante o dia; c) Suas preocupações ou sentimentos e d) As preocupações ou sentimentos dele. Se pelo menos um item teve a resposta “Sim”, foi considerada “boa comunicação”.
- c) **Brigas do casal (vezes por mês)** – Avaliada como variável dicotômica: “< 1 vez/mês” e “≥ 1 vez/mês”.
- d) **Infidelidade da mulher** (segundo referência dada pela mulher) – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- e) **Infidelidade do parceiro** (segundo referência dada pela mulher) – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- f) **Mulher agride fisicamente o parceiro sem ser agredida** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- g) **Frequência da agressão física ao parceiro sem ser agredida** – Avaliada com três categorias: “Nunca”, “1 ou 2 vezes” e “Frequente”.

3.6.2.2 Variáveis do contexto da violência pelo parceiro íntimo

A violência contra a mulher foi investigada pelas mesmas questões (Quadro 9) nas três etapas do estudo (durante a gravidez, o puerpério e nos últimos 7 anos). Para aquelas mulheres agredidas anteriormente, as modificações do padrão de violência (começou, cessou, diminuiu, aumentou ou permaneceu inalterada e o tipo de violência sofrida) foram avaliadas.

Os tipos de violência, descritos no Quadro 9, buscam abordar atos concretos infligidos à mulher. A violência (psicológica, física ou sexual) foi considerada presente quando a mulher respondeu “SIM” a pelo menos um dos itens do respectivo bloco de perguntas. A duração da

violência se refere à ocorrência em um ou mais períodos. A **Frequência** é avaliada em: uma vez, poucas vezes, muitas vezes. A **Gravidade** é avaliada pela violência física e serão considerados casos moderados se a mulher responder “sim” a pelo menos um dos itens 1 a 2 e casos graves, a um dos itens 3 a 6.

Quadro 10 – Perguntas acerca da violência cometida pelo parceiro íntimo

Violência Psicológica
1- Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?
2- Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?
3- Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?
4- Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?
Violência Física
1- Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?
2- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?
3- Machucou-a com um soco ou com algum objeto?
4- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?
5- Estrangulou ou queimou você de propósito?
6- Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?
Violência Sexual
1- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?
2- Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?
3- Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

3.6.2.3 Variáveis do contexto da criança

Neste contexto foram avaliadas **características sociodemográficas** da criança:

- a) **Idade da criança** – Utilizada como duas categorias, definindo a faixa etária “6-7 anos” e “8-9 anos”.
- b) **Sexo** – “Masculino” e “Feminino”
- c) **Presença de irmãos** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- d) **Número de irmãos** – Avaliada em três categorias: “Nenhum”, “1-2 irmãos” e “3 ou mais irmãos”.
- e) **Posição na prole** – Avaliada em duas categorias: “1^a-2^a posição” e “≥ 3^a posição”.
- f) **Série** – Avaliada em duas categorias: “Alfabetização/1^a série” e “≥ 2^a série”.
- g) **Tipo de escola** – Avaliada em duas categorias: “Pública” e “Privada”.

3.6.3 Variáveis dependentes

3.6.3.1 Problemas de comportamento da criança

Para avaliar os problemas de comportamento foi utilizado o *Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)*, um questionário breve, que foi desenvolvido por Goodman (1997) e é largamente usado para rastrear dificuldades comportamentais e emocionais (ALVIM et al., 2008; GOODMAN et al., 2000; STONE et al., 2010; VITOLO et al., 2005; WOERNER et al., 2004). Encontra-se gratuitamente disponível em 85 idiomas, inclusive o português (<http://www.sdqinfo.com>).

Em um estudo de revisão sobre suas propriedades psicométricas foram demonstrados índices positivos de validade e fidedignidade em 21 países, incluindo o Brasil, o que assegura o seu alcance transcultural e sua aplicabilidade na área da saúde mental das crianças (SAUR; LOUREIRO, 2012). Foi comparado com outros questionários, mostrando-se equivalente e com algumas vantagens, como ser de rápida aplicação, ter acesso livre e a aceitabilidade entre os entrevistados (FLEITLICH; GOODMAN, 2000; GOODMAN et al., 1997; GOODMAN; SCOTT, 1999).

É necessário em torno de 20 minutos para sua administração. Pode ser administrado para pais e professores de crianças e adolescentes entre 4 e 16 anos e auto-administrado para adolescentes entre 11 e 16 anos (GOODMAN, 1999). É constituído por 25 atributos, alguns positivos e outros negativos, divididos em cinco escalas, contendo cinco itens cada, que geram escores para **comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas**.

A escala sobre comportamento pró-social é analisada separadamente e escores mais altos significam maior frequência de comportamentos pró-sociais. Nas outras escalas (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, maior é a chance de a criança ser um “caso”.

As respostas podem ser: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro e são baseadas no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

A pontuação para cada escala é a soma das pontuações dos cinco itens, variando de 0 a 10. As pontuações nas quatro escalas de dificuldades são somadas para gerarem uma pontuação total, que varia entre 0 e 40. A pontuação foi elaborada para que pelo menos 80% das crianças na comunidade sejam normais, 10% limítrofes e 10% anormais. Em um estudo em que a amostra seja de alto risco, onde os falsos positivos não são a maior preocupação, os “casos” podem ser identificados pela pontuação alta ou limítrofe em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudo em que a amostra seja de baixo risco, onde o mais importante é reduzir a taxa de falsos positivos, os “casos” podem ser identificados através de pontuação alta em uma das quatro escalas de dificuldades.

Os escores de pontuação são diferentes quando respondido pelos pais e professores (Tabela 4). As respostas das crianças não foram avaliadas porque nesta amostra a idade variou de 6 a 9 anos.

Para este estudo foi considerado caso positivo de problemas de comportamento os escores Limítrofes e Anormais agregados.

Tabela 4 – Escores do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão mãe e professor

Escalas	Normal		Limítrofe		Anormal	
	Mãe	Professor	Mãe	Professor	Mãe	Professor
Total das Dificuldades	0 - 13	0 - 11	14 - 16	12 - 15	17 - 40	16 - 40
Problemas Emocionais	0 - 3	0 - 4	4	5	5 - 10	6 - 10
Problemas de Conduta	0 - 2	0 - 2	3	3	4 - 10	4 - 10
Hiperatividade	0 - 5	0 - 5	6	6	7 - 10	7 - 10
Problemas com Colegas	0 - 2	0 - 3	3	4	4 - 10	5 - 10
Problemas no Comportamento Pró-social	6 - 10	6 - 10	5	5	0 - 4	0 - 4

Fonte: <http://www.sdqinfo.com>

3.6.3.2 Depressão da criança

Avaliada pelo *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)* que é uma versão abreviada do *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)* e foi desenvolvida por Angold et al. (1995), com 13 itens.

Esse instrumento breve se propõe avaliar o núcleo da sintomatologia depressiva em estudos epidemiológicos de crianças de 8 a 18 anos, questionando como a criança/adolescente vem se sentindo ou agindo nas duas últimas semanas. As respostas podem ser: verdadeiro (2), algumas vezes (1) e não é verdadeiro (0).

A pontuação máxima é 26, mas um valor ≥ 8 é considerado risco de depressão. Este ponto de corte foi utilizado neste estudo.

O SMFQ leva cinco minutos ou menos para ser completado. Estão disponíveis versões paralelas para pais (SMFQ-P) e crianças (SMFQ-C).

Ainda não foi validado no Brasil, mas Angold et al. (1995), usando apenas o SMFQ-C, encontraram com um ponto de corte ≥ 8 , uma sensibilidade de 60%, especificidade de 85%, valor preditivo positivo de 80% e valor preditivo negativo de 68%. Quando a versão combinada (SMFQ-P + C) foi usada, encontraram sensibilidade de 70% e especificidade de 85%. Rhew et al. (2010) também encontraram uma maior acurácia quando aplicaram a versão combinada. Sharp et al. (2006) concluíram que o SMFQ é um instrumento adequado para identificar sintomas depressivos numa amostra comunitária de crianças de 7 a 11 anos e Messer et al. (1995) também indicam o SMFQ como uma medida breve e confiável de um núcleo do construto de depressão em crianças e adolescentes.

Foi realizada **adaptação transcultural** deste instrumento para o português, seguindo as etapas (Figura 4) sugeridas por Beaton et al. (2000) e Reichenheim e Moraes (2007).

Figura 4 – Etapas da adaptação transcultural do *Short Mood and Feelings Questionnaire*



Fonte: adaptado de Beaton et al. (2000) e Reichenheim; Moraes (2007)

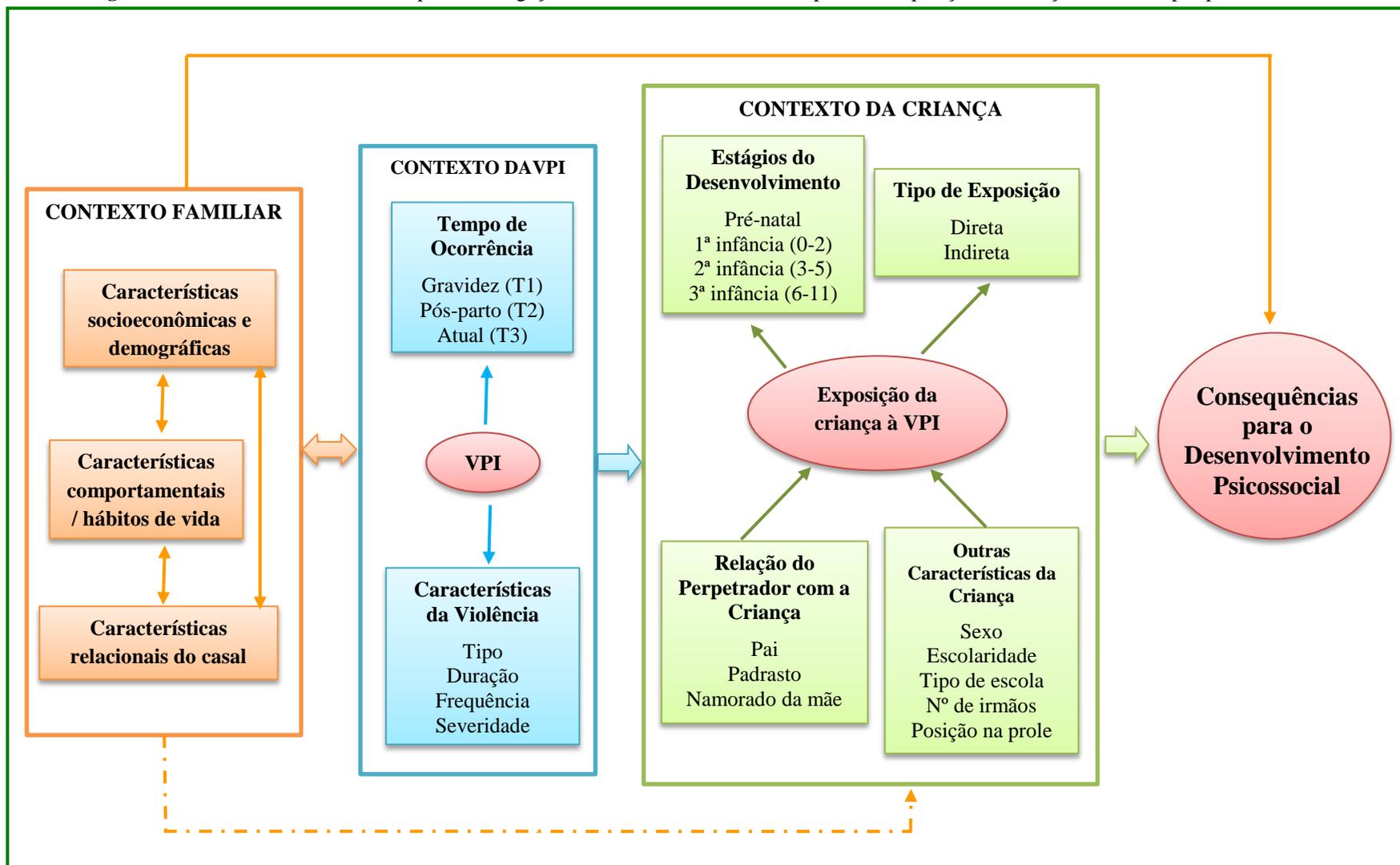
3.7 Plano de Análise dos Dados

Os dados foram digitados no programa Epi-Info versão 3.5.3, com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo Validate foi utilizado para checar os erros de digitação e foram realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados.

A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 10.1 para Windows.

Com base na literatura (Quadro 9), foi construído um modelo teórico-conceitual (Figura 5), composto por alguns contextos que atualmente vêm sendo mais pesquisados nas linhas de investigação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento psicossocial de crianças expostas à VPI. As variáveis exploradas no presente estudo foram escolhidas a partir de uma reflexão acerca dos conceitos originais de cada contexto que compõe o modelo.

Figura 5 – Modelo teórico-conceitual para investigação dos fatores associados ao impacto da exposição da criança à violência por parceiro íntimo



Fonte: a autora

O modelo elaborado é simplificado e não tem a intenção de esgotar todos os fatores associados ao impacto da exposição das crianças à VPI nem as diversas possibilidades de relação entre as variáveis que o compõem. O objetivo deste modelo foi facilitar o mapeamento das possíveis variáveis de confusão, a serem abordadas na investigação, e direcionar o plano de análise na perspectiva de descrever as relações entre as variáveis do contexto familiar, da violência e da criança com o desenvolvimento psicossocial da criança.

A análise foi realizada na seguinte sequência:

- a) Descrição da amostra pelas variáveis estudadas;
- b) Foram estimadas as frequências dos tipos de VPI, sofrida pela mãe, na gravidez, no pós-parto e nos últimos 7 anos;
- c) Foi estimada a frequência dos tipos de exposição da criança à VPI;
- d) Foi descrita a idade de início de exposição da criança à VPI;
- e) Foram estimadas as frequências dos problemas de comportamento pelo SDQ respondido pela mãe, pelo professor e por multi-informantes. Foi considerada com problema de comportamento a criança com SDQ anormal e limítrofe. O SDQ multi-informantes agregou as respostas do SDQ mãe e/ou professor;
- f) Descrição da frequência de depressão pelo SMFQ;
- g) Análise bivariada para estimar os ORs brutos entre as variáveis do contexto familiar, da violência e da criança com o desfecho (problemas de comportamento, avaliados pelo SDQ);
- h) Análise bivariada para estimar os ORs brutos entre as variáveis do contexto familiar, da violência e da criança com o desfecho (depressão da criança, avaliada pelo SMFQ);
- i) Análise bivariada entre as variáveis do contexto familiar, da violência e da criança com as exposições (tipos de exposição e idade de início da exposição da criança à VPI);
- j) Identificação das variáveis associadas à exposição e ao desfecho, pelo teste do qui-quadrado de Pearson, considerando um $p < 0,20$, para inclusão na análise multivariada, a fim de controlar os efeitos das possíveis variáveis de confusão.

O processo de modelagem da análise multivariada utilizou um modelo hierarquizado de entrada das variáveis. Para cada desfecho (problemas de comportamento e depressão), foram propostos quatro blocos, incluídos da seguinte forma:

- 1) Inclusão do 1º bloco – variáveis socioeconômicas e demográficas das mulheres;
- 2) Inclusão do 2º bloco – variáveis comportamentais das mulheres e dos parceiros;
- 3) Inclusão do 3º bloco – variáveis do perfil do relacionamento; e
- 4) Inclusão do 4º bloco – variáveis sociodemográficas da criança.

Ao ser ajustado o 1º bloco, as variáveis que apresentaram um $p > 0,05$ foram excluídas do modelo, e assim a cada bloco incluído, permaneceram até o ajuste final, apenas as variáveis estatisticamente significantes com valor de $p \leq 0,05$. Foram calculados os respectivos intervalos de confiança a 95%.

As variáveis de exposição (tipos e idade de exposição da criança à VPI) apresentaram colinearidade ($r=0,535$), por isso foram apresentados modelos separados de análise.

3.8 Aspectos Éticos

Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram garantidas durante e após a entrevista e as avaliações, tentando assegurar proteção às mulheres e as suas crianças de uma violência adicional seja por seus parceiros, familiares, vizinhos ou na escola.

O questionário da pesquisa foi identificado por um número e guardado imediatamente após as entrevistas. Esse questionário consta de dois **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, um para a mulher e outro para a criança, através do qual a mãe concordava em responder questões sobre a criança e autorizava a ida das entrevistadoras na escola para entrevistar os professores e pesar e medir as crianças. O **TCLE** foi lido no início da entrevista, momento em que as mulheres foram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

No que se refere aos benefícios, foram elaborados miniguias de serviços, em formato de bolso, contendo informações sobre os serviços sociais, de saúde e jurídico-policiais especializados no atendimento a mulheres e crianças em situação de violência, disponíveis na cidade do Recife. Todas as mulheres, independentemente de vivenciarem situações de violência, receberam os miniguias após o encerramento da entrevista. Em situações de

violência grave atual, as mulheres foram orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres e crianças em situação de violência. As crianças identificadas com problemas no desenvolvimento serão encaminhadas para serviços especializados.

As etapas anteriores da pesquisa foram aprovadas pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (protocolo de Pesquisa número 303/2004-CEP/CCS). Esta terceira etapa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 194.672, emitido em 06/02/2013).

3.9 Problemas Metodológicos

Foram planejadas medidas para minimizar as perdas no seguimento da coorte. Antes de iniciar o trabalho de campo, a equipe de coordenação da pesquisa organizou uma lista das mulheres que foram entrevistadas durante a gravidez / pós-parto por USF. Todas as USF do DS II foram visitadas pela coordenadora do trabalho de campo para checar se as mulheres ainda estavam cadastradas nas mesmas unidades e solicitar a colaboração dos profissionais de saúde para a sua localização. Permaneciam cadastradas nas mesmas USF, aproximadamente 70% da amostra original. Para algumas mulheres que não estão mais cadastradas na USF, obtivemos informação com a equipe de saúde da família sobre onde elas estavam morando, e para as outras, tentamos localizá-las através de informações de vizinhos ou familiares. Todas as 1.057 mulheres que participaram da avaliação no pós-parto seriam convidadas e estimuladas a participar da nova entrevista através de cartas personalizadas entregues em seus domicílios pelas ACS ou pelas entrevistadoras. Posteriormente, as mulheres foram visitadas em seus domicílios pelas entrevistadoras, quando foram agendadas data e local para a terceira entrevista.

Dentre as limitações do presente estudo, estiveram as dificuldades de localização das mulheres. Nas etapas iniciais como as mulheres estavam grávidas e, conseqüentemente, precisavam fazer o pré-natal, e depois do parto precisavam levar os filhos para as consultas de puericultura, era frequente as idas para a unidade de saúde, o que facilitava o contato com as entrevistadoras. Depois de decorridos 7 a 8 anos, muitas mulheres tinham mudado de

endereço e, muitas outras, estavam trabalhando, sendo necessário fazer entrevistas aos sábados e domingos.

Da primeira para a segunda etapa houve uma perda de apenas 5,7%, da 2ª para 3ª etapa houve uma perda de 39% das 1.057 mulheres que fizeram parte da 2ª etapa da coorte. Foi realizada a comparação de algumas características das mulheres que saíram do estudo com as que ficaram para avaliar a magnitude do viés de seleção. No entanto, não houve diferença estatística entre a idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade e relatos de VPI entre as mulheres que fizeram parte desta etapa do estudo e aquelas que não fizeram.

Os recortes de idade das crianças e a localização do estudo em áreas de pobreza do Recife limitam a possibilidade de generalização dos resultados para as crianças excluídas, ou seja, aquelas que estão em outros estágios do desenvolvimento e aquelas com maior poder aquisitivo.

Dada a possibilidade de que as mulheres que vivenciam situações de violência, ou graus mais severos desta, não procurem a assistência da USF por constrangimento de expor a sua situação ou por impedimento do parceiro, foi adotada a estratégia de identificá-las também a partir de outros registros do PSF e dos ACS.

Um ponto importante na discussão sobre validade nos estudos epidemiológicos diz respeito à acuidade das informações obtidas. Nesse sentido, um aspecto fundamental nesta investigação refere-se à exposição principal - a violência infligida às mulheres. Trata-se de um tema sensível, sobre o qual a mulher pode sentir-se constrangida em relatar ou receosa das consequências ao fazê-lo. Por esse motivo, alguns cuidados foram adotados, tais como: a garantia da confidencialidade, o direito de opção quanto ao local da entrevista e a seleção de entrevistadoras do sexo feminino e com experiência de pesquisa sobre saúde da mulher, da criança ou enfocando a temática da violência. Esses aspectos foram trabalhados durante os treinamentos das entrevistadoras.

A fim de garantir a confiabilidade da informação coletada foram também adotados os seguintes procedimentos:

- a) Observação de entrevistas pela coordenadora de campo, a fim de avaliar e aprimorar o desempenho das entrevistadoras;

- b) Realização de re-entrevistas pela supervisora de campo, se necessário;
- c) Acompanhamento do desempenho das entrevistadoras por meio da correção dos questionários, com avaliação das informações obtidas e checagem da consistência interna dos dados;
- d) Discussão dos casos e *feedback* sobre os achados do controle de qualidade através de reuniões semanais entre coordenadora de campo, equipe central e entrevistadoras, a fim de aprimorar o trabalho de campo e a condução das entrevistas.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização das mulheres e parceiros

Foram entrevistadas 644 mulheres, mas foram excluídas cinco mães de gêmeos, quatro mães de crianças que foram a óbito, duas que doaram seus filhos e duas, cujos filhos moravam com outra pessoa. Também foram excluídas 17 mães, devido a perdas na etapa das escolas e que serão descritas na caracterização das crianças. Participaram desta análise 614 mulheres.

As variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher (Tabela 5) indicaram um predomínio da faixa etária ≥ 30 anos (74,3%). A maioria se definiu com raça/cor da pele não branca (81,6%).

Tabela 5 – Distribuição das mulheres, segundo características demográficas e socioeconômicas. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614	%
Idade (anos)		
<30	158	25,7
≥ 30	456	74,3
Raça		
Branca	113	18,4
Não-branca	501	81,6
Escolaridade (anos de estudo)		
> 9	304	49,5
≤ 9	310	50,5
Situação conjugal		
Com companheiro	498	81,1
Sem companheiro	116	18,9
Companheiro é o pai da criança		
Sim	392	63,8
Não	222	36,2
Inserção produtiva		
Ativa	320	52,1
Inativa	294	47,9
Renda (em salário mínimo)		
Sem renda / Menos de 1 salário	409	66,6
≥ 1 salário	205	33,4
Moradia própria		
Sim	424	69,1
Não	190	30,9
Chefe do domicílio (Entrevistada)		
Sim	178	29,0
Não	436	71,0

Aproximadamente metade das mulheres tinha escolaridade ≤ 9 anos de estudo (50,5%). Ter um parceiro íntimo foi referido por 81,1% das mulheres e 63,8% declararam que o parceiro atual é o pai da criança. Com relação às variáveis socioeconômicas, um pouco mais da metade da amostra (52%) era economicamente ativa, no entanto, 66,6% recebiam menos de um salário mínimo ou não tinham renda. Cerca de 31% das mulheres não tinham casa própria e 29% eram a chefe do domicílio.

A Tabela 6 também mostra que entre os parceiros predominava a faixa etária de ≥ 30 anos (80,8%), a raça/cor da pele não branca (68,1%) e a escolaridade > 9 anos (44,5%). Estavam inseridos no mercado de trabalho 73% dos parceiros e 24,6% recebiam menos de um salário mínimo ou não tinham renda. Importante destacar que houve muitos valores perdidos porque as mulheres não souberam dar informações sobre a escolaridade, renda e idade do parceiro.

Tabela 6 – Distribuição dos parceiros, segundo características demográficas e socioeconômicas. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
< 30	102	16,6
≥ 30	496	80,8
Não sabe	16	2,6
Raça		
Branca	196	31,9
Não-branca	418	68,1
Escolaridade (anos de estudo)		
≤ 9	251	40,9
> 9	273	44,5
Não sabe	90	14,6
Inserção produtiva		
Ativo	449	73,0
Não ativo	165	27,0
Renda (em salário mínimo)		
Sem renda / Menos de 1 salário	151	24,6
≥ 1 salário	390	63,5
Não sabe	73	11,9

Na Tabela 7, entre as variáveis comportamentais, destaca-se o uso de álcool por 56% das mulheres e 76% dos parceiros, com 58,5% destes apresentando embriaguez frequente. Tabagismo foi referido por 23% das mulheres e aproximadamente 31% dos parceiros. O uso de drogas ilícitas por mulheres e homens foi 5% e 10%, respectivamente. O comportamento agressivo fora de casa foi encontrado em 9,6% dos homens.

Tabela 7 – Distribuição das mulheres e parceiros, segundo características comportamentais. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614	%
Da mulher		
Hábito de fumar		
Não	471	76,7
Sim	143	23,3
Uso de álcool		
Não	271	44,1
Sim	343	55,9
Uso de drogas		
Não	584	95,1
Sim	30	4,9
Do parceiro		
Hábito de fumar		
Não	426	69,4
Sim	188	30,6
Uso de álcool		
Não	145	23,6
Sim	469	76,4
Uso abusivo de álcool (embriaguez)		
Não	255	41,5
Sim	359	58,5
Uso de drogas		
Não	550	89,6
Sim	64	10,4
Envolvimento em brigas (agressão física) com outro homem		
Não	555	90,4
Sim	59	9,6

O perfil do relacionamento do casal, observado na Tabela 8, revelou que 33,9% dos casais tinham uma duração da relação <6 anos e 19,7% apresentavam uma comunicação obstaculizada, com brigas frequentes (32%). Foram considerados infiéis 35,4% dos homens e 4,6% das mulheres declararam ter sido infiéis. Também foi encontrado que 13,4% das mulheres já agrediram fisicamente o parceiro, sem ser para se defender.

Tabela 8 – Distribuição do perfil do relacionamento do casal. Recife - Pernambuco, 2013 -2014

Variáveis	n	%
Duração da relação do casal		
< 6 anos	208	33,9
≥ 6 anos	406	66,1
Comunicação		
Boa	493	80,3
Obstaculizada	121	19,7
Brigas (vezes por mês)		
< 1	417	67,9
≥ 1	197	32,1
Infidelidade da mulher		
Não	586	95,4
Sim	28	4,6
Agressão física ao parceiro sem ser agredida		
Não	532	86,6
Sim	82	13,4
Frequência da agressão física ao parceiro sem ser agredida		
Nunca	532	86,6
1 ou 2 vezes	51	8,3
Frequente	31	4,1
Infidelidade do parceiro*		
Não	385	64,6
Sim	211	35,4

*18 valores perdidos

4.2 Violência por parceiro íntimo

Na Figura 6 podem ser observadas as frequências de VPI encontradas no estudo. Mais da metade das mulheres avaliadas (52,0%; IC95%: 48,0%-55,9%) referiu algum tipo de violência (psicológica, física ou sexual) em algum período (durante a gravidez, no pós-parto ou nos últimos 7 anos). Considerando a amostra total (N=614), a violência durante a gravidez foi referida por 28,0% das mulheres (IC95%: 24,4%-31,5%); durante o pós-parto, por 22,0% (IC95%: 18,8%-25,4%); e nos últimos 7 anos, por 32,5% (IC95%: 28,9%;36,4%). Se for considerado o número de mulheres que referiram violência (n=319), esses percentuais são 54% (IC95%: 48%-59%), 42% (IC95%: 37%-48%) e 63% (IC95%: 57%-68%), respectivamente.

A Figura 7 mostra o padrão da violência durante todo o período da coorte. Das mulheres que referiram violência durante a gravidez (n=171), 52% (IC95%: 41%-56%) continuaram a sofrer violência no pós-parto. Este percentual diminuiu para 11% (IC95%: 8%-14%) entre as que não referiram na gravidez ($p<0,001$). Com relação as que relataram na gravidez e no pós-parto, 55% (IC95%: 44%-65%) apresentaram também nos últimos 7 anos. Esta proporção diminuiu para 26% (IC95%: 21%-30%) entre as que não referiram nos períodos anteriores ($p<0,001$).

As porcentagens apresentadas na Figura 7 foram calculadas tendo como referência o número de mulheres “com” e “sem” violência no período imediatamente anterior, e mostram que ter sofrido VPI num período aumentou a chance de violência no período subsequente. As mulheres que relataram violência durante a gravidez tiveram chance 8,9 vezes maior (IC95%: 5,7-14,0) de violência no pós-parto. A chance de violência nos últimos 7 anos foi 2,5 vezes maior (IC95%: 1,7-3,7) para aquelas mulheres que relataram violência durante a gravidez e 2,4 vezes maior (IC95%: 1,7-3,5), para aquelas com relato durante a gestação e no pós-parto.

A Figura 8 mostra os tipos de violência, isoladas e sobrepostas. Houve uma predominância da violência psicológica (93%; IC95%: 90%-96%), com relação à física (55%; IC95%: 49%-60%) e à sexual (20%; IC95%: 16%-25%). A sobreposição dos 3 tipos de violência ocorreu para 14% (IC95%: 16%-25%) das mulheres.

Figura 6 – Frequência da violência cometida contra a mulher pelo parceiro íntimo durante a gestação, o pós-parto e os últimos 7 anos. Recife - Pernambuco, 2013-2014

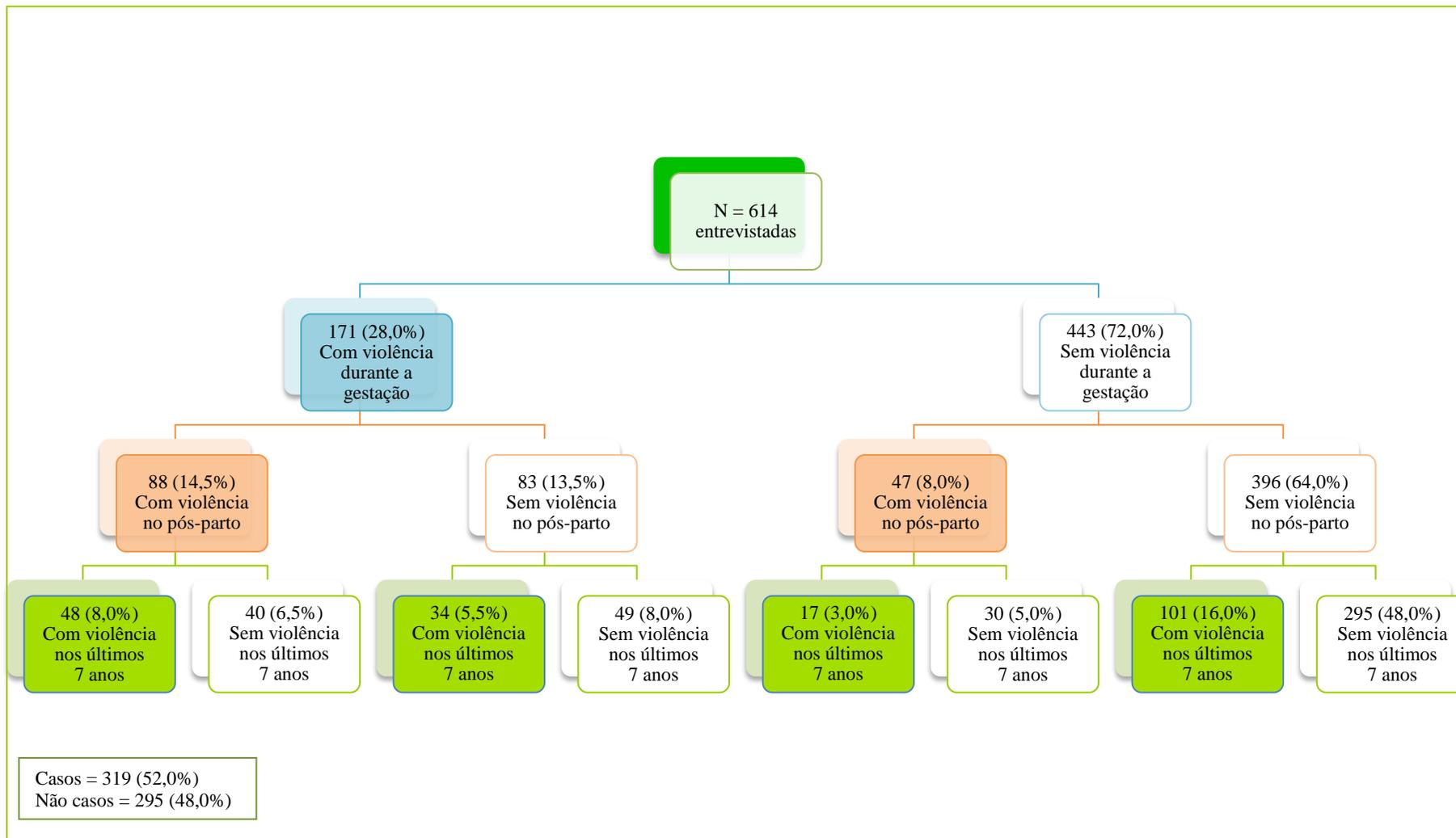


Figura 7 – Padrão da violência cometida contra a mulher pelo parceiro íntimo durante a gestação, o pós-parto e os últimos 7 anos. Recife - Pernambuco, 2013-2014

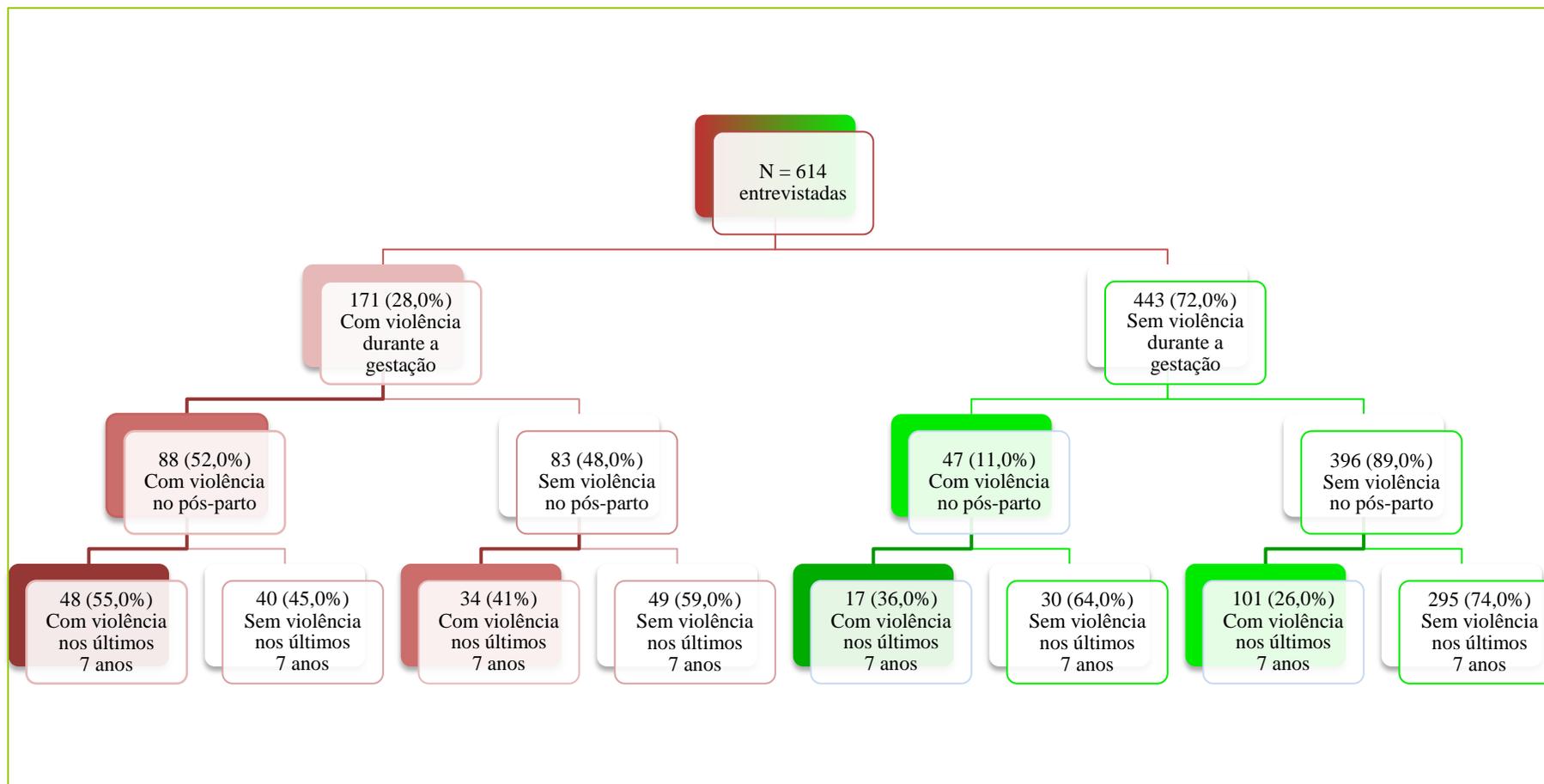
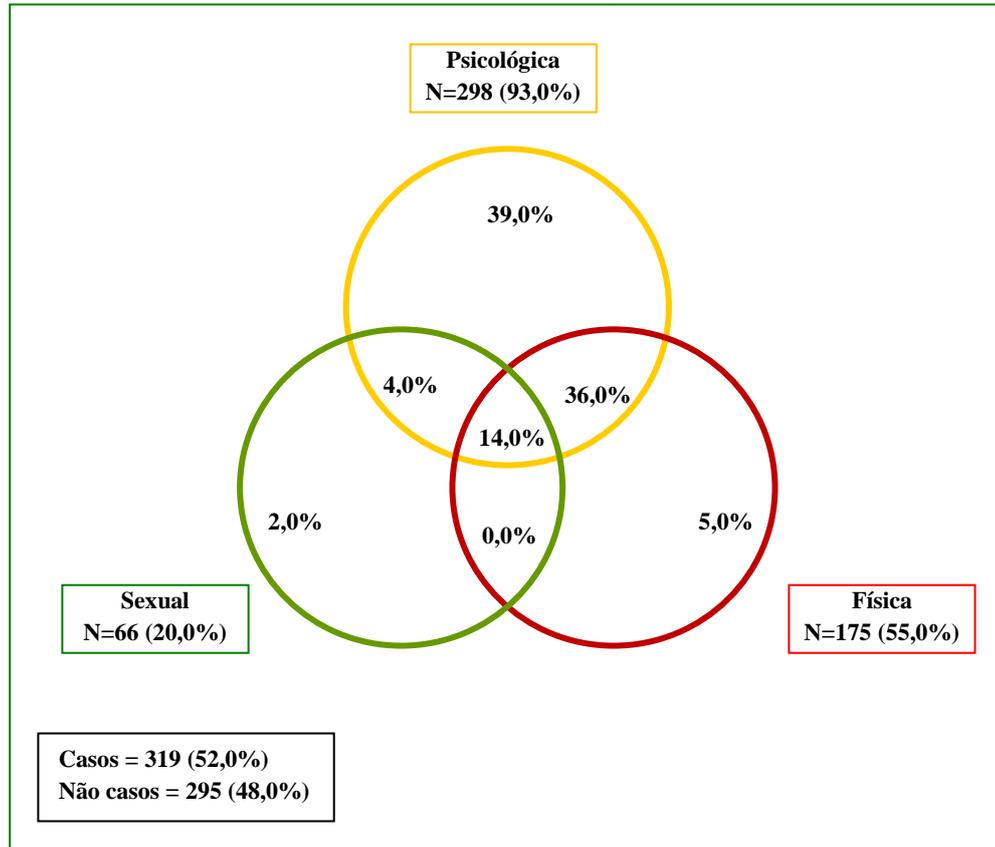


Figura 8 – Frequência e sobreposição dos tipos de violência cometidos contra a mulher pelo parceiro íntimo durante a gestação, no pós-parto e nos últimos 7 anos. Recife - Pernambuco, 2013-2014



4.3 Caracterização das crianças

Com informações das mães a amostra foi composta por 649 crianças. Foram excluídas 18 crianças: 4 por óbito, 2 por doação, 2 por não morarem com a mãe e 10 por serem gêmeas. Nas escolas houve 17 perdas: 7 mães não permitiram a avaliação do SDQ pelo professor; 3 crianças estavam fora da escola e 7 estavam morando em outros municípios de Pernambuco ou de outros estados. Foram, então, avaliadas pelo professor 614 crianças, as quais fizeram parte desta análise e representam 97,3% da amostra.

Nas características demográficas das crianças (Tabela 9) houve um discreto predomínio da faixa etária entre 8-9 anos (51%) e do sexo feminino (50,8%). A frequência em escola pública foi de 52,9% e a maioria das crianças estava cursando ente a 2ª e 4ª séries (79,5%). Quanto ao número de irmãos, 36,8% tinham três ou mais irmãos e 12,5% ocupavam a terceira ou maior posição na prole.

Tabela 9 – Distribuição das crianças, segundo características sociodemográficas. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614	%
Idade (anos)		
6 – 7 anos	300	48,9
8 – 9 anos	314	51,1
Sexo		
Feminino	312	50,8
Masculino	302	49,2
Irmãos		
Sim	487	79,3
Não	127	20,7
Número de irmãos		
Nenhum	127	20,7
01-02 irmãos	261	42,5
03 ou mais irmãos	226	36,8
Posição na prole		
1ª – 2ª posição	537	87,5
≥ 3ª posição	77	12,5
Série		
Alfabetização – 1ª série	126	20,5
≥ 2ª série	488	79,5
Tipo de escola		
Pública	325	52,9
Privada	289	47,1

4.4 Exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo

Na Tabela 10 estão descritas as categorias de exposição à violência pelo parceiro íntimo (VPI), destacando-se que 27,9% das crianças foram expostas no período pré-natal. Nos

últimos 7 anos, 32,7% das crianças **ouviram**, 27,9% **viram**, 33% **vivenciaram consequências** e 10,4% **foram as próprias vítimas**.

Tabela 10 – Distribuição dos tipos de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo, segundo classificação de Holden. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Tipo de exposição (N=614)	Sim		Não	
	n	%	n	%
Pré-natal	171	27,9	443	72,1
D Ouvir	201	32,7	413	67,3
I Ver	171	27,9	443	72,1
R Intervir	74	12,0	540	88,0
E Participar	9	1,5	605	98,5
T Ser vítima	64	10,4	550	89,6
A Observar os efeitos iniciais	120	19,5	494	80,5
I Vivenciar as consequências	203	33,1	411	66,9
N Escutar comentários dos adultos	63	10,3	551	89,7
D Desconhecer aparentemente	96	15,6	518	84,4
I				
R				
E				
T				
A				

As mães relataram que 60,6% das crianças foram envolvidas em algum tipo de exposição à VPI (Tabela 11). Segundo o número de exposições, 39,4% das crianças foram expostas a 1-3 tipos e 6,5% vivenciaram 7-10 tipos diferentes de exposição. Quanto à faixa etária, as maiores frequências foram no período pré-natal e na faixa etária de 3-5 anos. Avaliando o perpetrador da exposição da criança à VPI, o pai foi o responsável em 45,3% dos casos e em cerca de 10%, ambos, pai e parceiro.

Tabela 11 – Distribuição da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo, segundo número de tipos, idade de início e perpetrador da exposição. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Variável	N=614	%
Número de tipos de exposição		
Sem exposição	242	39,4
1 – 3 tipos de exposição	240	39,1
4 – 6 tipos de exposição	92	15,0
7 – 10 tipos de exposição	40	6,5
Idade de início da exposição		
Sem exposição	242	39,4
Pré-natal	171	27,9
0 – 11 meses	44	7,2
1 – 2 anos	48	7,8
≥ 3 anos	109	17,7
Perpetrador da exposição		
Sem exposição	242	39,4
Só pai	286	46,6
Só parceiro	27	4,4
Ambos	59	9,6

4.5 Problemas de comportamento das crianças

A avaliação das capacidades e dificuldades da criança foi realizada pela mãe e pelo professor (Tabela 12). Tanto avaliando o total das dificuldades como as escalas individuais do SDQ, as maiores frequências foram encontradas pelo SDQ respondido pela mãe. O total de dificuldades identificado pela mãe foi 46,7% e pelo professor, 30,6%. Os problemas de conduta (54%) e os problemas emocionais (44%) foram os mais frequentes, pelo SDQ-mãe. Os professores identificaram com maior frequência os problemas de conduta (27,5%) e hiperatividade (21,3%).

Tabela 12 – Incidência das capacidades e dificuldades das crianças, segundo SDQ mãe, SDQ professor e SDQ multi-informantes. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Escalas (N=614)	SDQ mãe		SDQ professor		SDQ multi-informantes combinado	
	n	%	n	%	n	%
Total de dificuldades	287	46,7	188	30,6	381	62,1
Hiperatividade	255	41,5	131	21,3	314	51,1
Problemas Emocionais	271	44,0	90	14,7	316	51,5
Problemas de Conduta	331	54,0	169	27,5	389	63,4
Problemas de Relacionamento com os Colegas	213	34,7	122	19,9	291	47,4
Comportamento Pró-social	44	92,8	112	81,8	144	76,5

Tabela 13 – Incidência das capacidades e dificuldades das crianças por escalas do SDQ mãe, segundo o sexo. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Sexo	N=614	Pró-social	Hiperatividade	Problemas de conduta	Problemas emocionais	Problemas de relação com colegas	Total de problemas
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Feminino	312 (50,8)	297 (48,4)	114 (18,5)	154 (25,0)	151 (24,5)	100 (16,3)	137 (22,3)
Masculino	302 (49,2)	273 (44,4)	141 (23,0)	177 (29,0)	120 (19,5)	113 (18,4)	150 (24,4)

Ainda na Tabela 12, com relação ao comportamento pró-social, o SDQ-professor identificou menos capacidade pró-ativa que o SDQ-mãe, com percentuais de 81,8% e 92,8%, respectivamente. Quando se considera o SDQ multi-informantes combinado, esse percentual diminuiu para 76,5%.

A Tabela 13 apresenta a análise das capacidades e dificuldades, segundo o sexo das crianças. O SDQ-mãe mostrou que os sintomas externalizantes (hiperatividade e problemas de conduta) foram mais frequentes nos meninos (23,0% e 29,0%, respectivamente), assim como, o relacionamento com os colegas (18,4%), que representa um sintoma internalizante. No sexo feminino, apenas os sintomas internalizantes (problemas emocionais) foram mais frequentes (24,6%). No caso do comportamento pró-social, as meninas apresentaram mais pró-atividade do que os meninos (48,4% e 44,4%, respectivamente).

4.5.1 Análise bivariada

A análise bivariada da associação entre problemas de comportamento da criança em idade escolar e as características sociodemográficas e econômicas da mulher mostrou que escolaridade, inserção produtiva, renda, moradia própria e ser chefe do domicílio apresentaram associação estatisticamente significativa (Tabela 14). A escolaridade e a inserção produtiva do parceiro também mostraram associação estatisticamente significativa, porém houve um grande número de valores perdidos, devido à mulher não saber informar e, portanto, não puderam ser incluídas na análise multivariada.

Tabela 14 – Análise bivariada da associação entre características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro e problemas de comportamento da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Problemas de comportamento da criança			
		Normal	Limítrofe / Anormal		
		n (%)	n (%)	OR (IC 95%)	p
Da mulher					
Idade (anos)					
≥ 30	456 (74,3)	250 (54,8)	206 (45,2)	1,0	
< 30	158 (25,7)	77 (48,7)	81 (51,3)	1,3 (0,9-1,8)	0,187
Raça					
Branca	113 (18,4)	68 (60,2)	45 (39,2)		
Não-branca	501 (81,6)	259 (51,7)	242 (48,3)	1,4 (0,9-2,1)	0,104
Escolaridade (anos de estudo)					
> 9	304 (49,5)	191 (62,8)	113 (37,2)	1,0	
≤ 9	310 (50,5)	136 (43,9)	174 (56,1)	2,2 (1,6-2,9)	<0,001
Situação conjugal					
Com companheiro	498 (81,1)	55 (47,4)	61 (52,6)	1,0	
Sem companheiro	116 (18,9)	272 (54,6)	226 (45,4)	0,8 (0,5-1,1)	0,162
Companheiro (pai da criança)					
Sim	392 (63,8)	219 (55,9)	173 (44,1)	1,0	
Não	222 (36,2)	108 (48,6)	114 (51,4)	1,3 (0,96-1,9)	0,085
Inserção produtiva					
Ativa	320 (52,1)	185 (57,8)	135 (42,2)	1,0	
Inativa	294 (47,9)	142 (48,3)	152 (51,7)	1,5 (1,1-2,0)	0,018
Renda (em salário mínimo)					
≥ 1 salário	205 (33,4)	123 (60,0)	82 (40,0)	1,0	
Sem renda / Menos de 1 salário	409 (66,6)	204 (49,9)	205 (50,1)	1,5 (1,1-2,1)	0,018
Moradia própria					
Sim	424 (69,1)	235 (55,4)	189 (44,6)	1,0	
Não	190 (30,9)	92 (48,4)	98 (51,6)	1,3 (0,9-1,9)	0,108
Chefe do domicílio (Entrevistada)					
Não	436 (71,0)	244 (56,0)	192 (44,0)	1,0	
Sim	178 (29,0)	83 (46,6)	95 (53,4)	1,5 (1,0-2,1)	0,035
Do parceiro					
Idade (anos)*					
≥ 30	496 (82,9)	263 (53,0)	233 (47,0)	1,0	
< 30	102 (17,1)	51 (50,0)	51 (50,0)	1,1 (0,7-1,7)	0,578
Raça					
Branca	196 (31,9)	109 (55,6)	87 (44,4)	1,0	
Não-branca	418 (68,1)	218 (52,2)	200 (47,8)	1,1 (0,8-1,6)	0,423
Escolaridade (anos de estudo)**					
> 9	273 (52,1)	163 (59,7)	110 (40,3)	1,0	
≤ 9	251 (47,9)	128 (51,0)	123 (49,0)	1,4 (1,0-2,0)	0,045
Inserção produtiva					
Ativo	449 (73,1)	250 (55,7)	199 (44,3)	1,0	
Não ativo	165 (26,9)	77 (46,7)	88 (53,3)	1,4 (1,0-2,1)	0,048
Renda (em salário mínimo)***					
≥ 1 salário	390 (63,5)	218 (55,9)	172 (44,1)	1,0	
Sem renda / Menos de 1 salário	151 (24,6)	74 (49,0)	77 (51,0)	1,3 (0,9-1,9)	0,149

*16 valores perdidos; **90 valores perdidos; ***73 valores perdidos

Quanto às características comportamentais da mulher e do parceiro, apenas uso de drogas pelo parceiro e comportamento agressivo fora de casa apresentaram associação estatisticamente significativa entre exposição da criança à VPI e problemas de comportamento. A embriaguez do parceiro apresentou uma associação limítrofe (tabela 15).

Tabela 15 – Análise bivariada da associação entre características comportamentais da mulher e do parceiro e problemas de comportamento da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Problemas de comportamento da criança			
		Normal	Limítrofe / Anormal		
		n (%)	n (%)	OR (IC 95%)	p
Da mulher					
Hábito de fumar					
Não	471 (76,7)	255 (54,1)	216 (45,9)	1,0	
Sim	143 (23,3)	72 (50,3)	71 (49,7)	1,2 (0,8-1,7)	0,426
Uso de álcool					
Não	271 (44,1)	146 (53,9)	125 (46,1)	1,0	
Sim	343 (55,9)	181 (52,8)	162 (47,2)	1,0 (0,8-1,4)	0,785
Uso de drogas					
Não	584 (95,1)	307 (52,6)	277 (47,4)	1,0	
Sim	30 (4,9)	20 (66,7)	10 (33,3)	0,6 (0,3-1,2)	0,136
Do parceiro					
Hábito de fumar					
Não	426 (69,4)	236 (55,4)	190 (44,6)	1,0	
Sim	188 (30,6)	91 (48,4)	97 (51,6)	1,3 (0,9-1,9)	0,110
Uso de álcool					
Não	145 (23,6)	77 (53,1)	68 (46,9)	1,0	
Sim	469 (76,4)	250 (53,3)	219 (46,7)	1,0 (0,7-1,4)	0,966
Uso abusivo de álcool (embriaguez)					
Não	255 (41,5)	147 (57,7)	108 (42,3)	1,0	
Sim	359 (58,5)	180 (50,1)	179 (49,9)	1,4 (0,9-1,9)	0,066
Uso de drogas					
Não	550 (89,6)	301 (54,7)	249 (45,3)	1,0	
Sim	64 (10,4)	26 (40,6)	38 (59,4)	1,8 (1,0-3,0)	0,034
Envolvimento em brigas (agressão física) com outro homem					
Não	555 (90,4)	306 (55,1)	249 (44,9)	1,0	
Sim	59 (9,6)	21 (35,6)	38 (64,4)	2,2 (1,3-3,9)	0,004

Das características do perfil do relacionamento, apenas brigas entre o casal mostraram associação estatisticamente significante (Tabela 16).

Tabela 16 – Análise bivariada da associação entre o perfil do relacionamento do casal e problemas de comportamento da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Problemas de comportamento da criança			
		Normal	Limítrofe / Anormal		
		n (%)	n (%)	OR (IC 95%)	p
Duração da relação do casal					
< 6 anos	208 (33,9)	106 (51,0)	102 (49,0)	1,0	0,415
≥ 6 anos	406 (66,1)	149 (36,6)	140 (34,4)	1,1 (0,8-1,6)	
Comunicação					
Boa	493 (80,3)	269 (54,6)	224 (45,4)	1,0	0,191
Obstaculizada	121 (19,7)	58 (47,9)	63 (52,1)	1,3 (0,9-1,9)	
Brigas (vezes por mês)					
< 1	417 (67,9)	245 (58,8)	172 (41,2)	1,0	<0,001
≥ 1	197 (32,1)	82 (41,6)	115 (58,4)	2,0 (1,4-2,8)	
Infidelidade da mulher					
Não	586 (95,4)	314 (53,6)	272 (46,4)	1,0	0,460
Sim	28 (4,6)	13 (46,4)	15 (53,6)	1,3 (0,6-2,8)	
Agressão física ao parceiro sem ser agredida					
Não	532 (86,6)	289 (54,3)	243 (45,7)	1,0	0,179
Sim	82 (13,4)	38 (46,3)	44 (53,7)	1,4 (0,9-2,2)	
Frequência da agressão física ao parceiro sem ser agredida					
Nunca	532 (86,6)	288 (54,1)	244 (45,9)	1,0	0,248
1 ou 2 vezes	51 (8,3)	25 (49,0)	26 (51,0)	1,2 (0,7-2,2)	
Frequente	31 (5,1)	14 (45,2)	17 (54,8)	1,4 (0,7-2,9)	
Infidelidade do parceiro*					
Não	385 (64,6)	212 (55,1)	173 (44,9)	1,0	0,215
Sim	211 (35,4)	105 (49,8)	106 (50,2)	1,3 (0,7-2,8)	

*18 valores perdidos

As características sociodemográficas da criança que apresentaram associação estatisticamente significante foram: ter irmãos, o número de irmãos, a posição na prole e o tipo de escola (Tabela 17).

Tabela 17 – Análise bivariada da associação entre características sociodemográficas das crianças e problemas de comportamento. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Problemas de comportamento da criança				p
		Normal		Limítrofe / Anormal		
		n (%)	n (%)	OR (IC 95%)		
Idade (anos)						
6 – 7	300 (48,9)	158 (52,7)	142 (47,3)	1,0		
8 – 9	314 (51,1)	169 (53,8)	145 (46,2)	1,0 (0,7-1,4)		0,774
Sexo						
Feminino	312 (50,8)	175 (56,1)	137 (43,9)	1,0		
Masculino	302 (49,2)	152 (50,3)	150 (49,7)	1,3 (0,9-1,7)		0,153
Irmãos						
Não	127 (20,7)	79 (62,2)	48 (37,8)	1,0		
Sim	487 (79,3)	248 (50,9)	239 (49,1)	1,6 (1,1-2,4)		0,024
Número de irmãos						
Nenhum	127 (20,7)	79 (62,2)	48 (37,8)	1,0		
01-02 irmãos	261 (42,5)	134 (51,3)	127 (48,7)	1,5 (1,0-2,4)		0,053
03 ou mais irmãos	226 (36,8)	114 (50,4)	112 (49,6)	1,6 (1,0-2,5)		
Posição na prole						
1ª – 2ª posição	537 (87,5)	296 (55,1)	241 (44,9)	1,0		
≥ 3ª posição	77 (12,5)	31 (40,3)	46 (59,7)	1,8 (1,1-2,9)		0,016
Série						
≥ 2ª série	488 (79,5)	264 (54,1)	224 (45,9)	1,0		
Alfabetização – 1ª série	126 (20,5)	63 (50,0)	63 (50,0)	1,2 (0,8-1,7)		0,411
Tipo de escola						
Privada	289 (47,1)	176 (60,9)	113 (39,1)	1,0		
Pública	325 (52,9)	151 (46,5)	174 (53,5)	1,8 (1,3-2,5)		<0,001

Foi encontrado um gradiente crescente da chance de problemas de comportamento, em relação ao número de tipos de exposição à VPI, com uma chance quase 5 vezes maior para as crianças com 7 – 10 tipos de exposição, comparadas com crianças não expostas (Tabela 18).

Tabela 18 – Análise bivariada da associação entre número de tipos de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo e problemas de comportamento. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Tipo de exposição da criança à VPI	N=614		Problemas de comportamento da criança				p	
	n	%	Normal		Limítrofe / Anormal			
			n	%	n	%		OR (IC 95%)
Sem exposição	242	39,4	156	64,5	86	35,5	1,0	
1 – 3 tipos de exposição	240	39,1	120	50,0	120	50,0	1,8 (1,3-2,6)	<0,001
4 – 6 tipos de exposição	92	15,0	40	43,5	52	56,5	2,4 (1,4-3,8)	
7 – 10 tipos de exposição	40	6,5	11	27,5	29	72,5	4,8 (2,3-10,0)	

Considerando a idade de início de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo, o período de 1 – 2 anos apresentou a maior chance de problemas de comportamento (3,6 vezes mais) para crianças expostas, comparadas a crianças não expostas (Tabela 19).

Tabela 19 – Análise bivariada da associação entre idade de início da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo e problemas de comportamento. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Idade de início da exposição da criança à VPI	Problemas de comportamento da criança							
	N=614		Normal		Limítrofe / Anormal		OR (IC 95%)	p
	n	(%)	n	(%)	n	%		
Sem exposição	242	39,4	156	64,5	86	35,5	1,0	
Pré-natal	171	27,9	82	48,0	89	52,0	2,0 (1,3-2,9)	
0 – 11 meses	44	7,2	19	43,2	25	56,8	2,4 (1,2-4,6)	<0,001
1 – 2 anos	48	7,8	16	33,3	32	66,7	3,6 (1,9-7,0)	
≥ 3 anos	109	17,7	54	49,5	55	50,5	1,8 (1,2-2,9)	

4.5.2 Análise multivariada

Para a análise dos possíveis fatores de confundimento foi avaliada a associação entre as covariáveis e as variáveis de exposição (número de tipos e idade de exposição) e entre as covariáveis e os desfechos (problemas de comportamento e depressão). As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ foram incluídas na análise multivariada.

As tabelas de 20 a 23 apresentam a associação entre as covariáveis e o número dos tipos de exposição da criança à VPI e as Tabelas de 24 a 27, com a idade de início da exposição. Foram, então, selecionadas para a análise multivariada da associação da exposição à VPI e os problemas de comportamento, as seguintes variáveis:

- a) Socioeconômicas e demográficas: escolaridade da mãe; relação com o pai biológico da criança; situação conjugal; chefia do domicílio;
- b) Comportamentais: uso de drogas pela mãe e parceiro; tabagismo, embriaguez e brigas fora de casa do parceiro;

- c) Do perfil do relacionamento do casal: brigas frequentes; comunicação e agressão da mulher contra o parceiro;
- d) Da criança: ter irmãos; número de irmãos; posição na prole e tipo de escola.

Para a análise multivariada da associação da exposição à VPI e depressão da criança, foram incluídas as seguintes variáveis:

- a) Socioeconômicas e demográficas: escolaridade e idade da mãe; situação conjugal; chefia do domicílio;
- b) Comportamentais: uso de fumo pela mãe; uso de drogas e embriaguez do parceiro;
- c) Do perfil do relacionamento do casal: comunicação e frequência de agressão da mulher contra o parceiro;
- d) Da criança: idade da criança, ter irmãos; número de irmãos, prole e tipo de escola.

A análise multivariada encontrou que quanto mais variados forem os tipos de exposições, maior é a chance da criança apresentar problemas de comportamento (OR=4,2; IC 95%: 1,9-9,2), mesmo depois de ajustado por características demográficas, socioeconômicas e comportamentais da mulher e do parceiro, pelo perfil do relacionamento e por características sociodemográficas da criança (Tabela 28). Mantiveram-se associadas com significância estatística, a escolaridade da mãe (OR=2,1; IC 95%: 1,4-3,0) e brigas do casal (OR=1,7; IC 95%: 1,2-2,4). Ter três ou mais irmãos apresentou uma associação limítrofe ($p=0,06$).

A análise da associação de problemas de comportamento com a idade, na qual a criança começou a ser exposta à VPI, mostrou que a idade que apresenta um maior risco de problemas de comportamento na idade escolar foi a faixa etária de 1 a 2 anos, mesmo depois de ajustado por características demográficas, socioeconômicas e comportamentais da mulher e do parceiro, pelo perfil do relacionamento e por características sociodemográficas da criança (Tabela 29).

Tabela 20 – Associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Tipos de exposição da criança à VPI				p [‡]
		Sem exposição	1 – 3 tipos	4 – 6 tipos	7 – 10 tipos	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Da mulher						
Idade (anos)						
≥ 30	456 (74,3)	198 (81,8)	170 (70,8)	62 (67,4)	26 (65,0)	
< 30	158 (25,7)	44 (18,2)	70 (29,2)	30 (32,6)	14 (35,0)	0,005
Raça						
Branca	113 (18,4)	50 (20,7)	44 (18,3)	14 (15,2)	5 (12,5)	
Não-branca	501 (81,6)	192 (79,3)	196 (81,7)	78 (84,8)	35 (87,5)	0,499
Escolaridade (anos de estudo)						
> 9	304 (49,5)	129 (53,3)	126 (52,5)	33 (35,9)	16 (40,0)	
≤ 9	310 (50,5)	113 (46,7)	114 (47,5)	59 (64,1)	24 (60,0)	0,014
Situação conjugal						
Com companheiro	498 (81,1)	30 (12,4)	57 (23,8)	17 (18,5)	12 (30,0)	
Sem companheiro	116 (18,9)	212 (87,6)	183 (76,2)	75 (81,5)	28 (70,0)	0,004
Companheiro (pai da criança)						
Sim	392 (63,8)	206 (85,1)	115 (47,9)	52 (56,5)	19 (47,5)	
Não	222 (36,2)	36 (14,9)	125 (52,1)	40 (43,5)	21 (52,5)	<0,001
Inserção produtiva						
Ativa	320 (52,1)	121 (50,0)	133 (55,4)	46 (50,0)	20 (50,0)	
Inativa	294 (47,9)	121 (50,0)	107 (44,6)	46 (50,0)	20 (50,0)	0,633
Renda (em salário mínimo)						
≥ 1 salário	205 (33,4)	76 (31,4)	86 (35,8)	31 (33,7)	12 (30,0)	
Sem renda / < 1 salário	409 (66,6)	166 (68,6)	154 (64,2)	61 (66,3)	28 (70,0)	0,733
Moradia própria						
Sim	424 (69,1)	173 (71,5)	162 (67,5)	61 (66,3)	28 (70,0)	
Não	190 (30,9)	69 (28,5)	78 (32,5)	31 (33,7)	12 (30,0)	0,733
Chefe do domicílio (Entrevistada)						
Não	436 (71,0)	204 (84,3)	156 (65,0)	56 (60,9)	20 (50,0)	
Sim	178 (29,0)	38 (15,7)	84 (35,0)	36 (39,1)	20 (50,0)	<0,001
Do parceiro						
Idade (anos)*						
≥ 30	496 (82,9)	221 (93,3)	183 (78,9)	65 (72,2)	27 (69,2)	
< 30	102 (17,1)	16 (6,7)	49 (21,1)	25 (27,8)	12 (30,8)	<0,001
Raça						
Branca	196 (31,9)	78 (32,2)	77 (32,1)	29 (31,5)	12 (30,0)	
Não-branca	418 (68,1)	164 (67,8)	163 (67,9)	63 (68,5)	28 (70,0)	0,993
Escolaridade (anos de estudo)**						
> 9	273 (52,1)	123 (58,3)	103 (50,5)	30 (40,5)	17 (48,6)	
≤ 9	251 (47,9)	88 (41,7)	101 (49,5)	44 (59,5)	18 (51,4)	0,055
Inserção produtiva						
Ativo	449 (73,1)	176 (72,7)	180 (75,0)	65 (70,7)	28 (70,0)	
Não ativo	165 (26,9)	66 (27,3)	60 (25,0)	27 (29,3)	12 (30,0)	0,817
Renda (em salário mínimo)***						
≥ 1 salário	390 (63,5)	165 (73,7)	154 (74,4)	45 (57,0)	26 (83,9)	
Sem renda / < 1 salário	151 (24,6)	59 (26,3)	53 (25,6)	34 (43,0)	5 (16,1)	0,008

*16 valores perdidos; **90 valores perdidos; ***73 valores perdidos; ‡Qui-quadrado de Pearson

Tabela 21 – Associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características comportamentais da mulher e do parceiro. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Tipos de exposição da criança à VPI				p [‡]
		Sem exposição	1 – 3 tipos	4 – 6 tipos	7 – 10 tipos	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Da mulher						
Hábito de fumar						
Não	471 (76,7)	207 (85,5)	179 (74,6)	64 (69,6)	21 (52,5)	<0,001
Sim	143 (23,3)	35 (14,5)	61 (25,4)	28 (30,4)	19 (47,5)	
Uso de álcool						
Não	271 (44,1)	139 (57,4)	93 (38,8)	28 (30,4)	11 (27,5)	<0,001
Sim	343 (55,9)	103 (42,6)	147 (61,2)	64 (69,6)	29 (72,5)	
Uso de drogas						
Não	584 (95,1)	235 (97,1)	226 (94,2)	87 (94,6)	36 (90,0)	0,184
Sim	30 (4,9)	7 (2,9)	14 (5,8)	5 (5,4)	4 (10,0)	
Do parceiro						
Hábito de fumar						
Não	426 (69,4)	183 (75,6)	168 (70,0)	53 (57,6)	22 (55,0)	0,002
Sim	188 (30,6)	59 (24,4)	72 (30,0)	39 (42,4)	18 (45,0)	
Uso de álcool						
Não	145 (23,6)	81 (33,5)	50 (20,8)	10 (10,9)	4 (10,0)	<0,001
Sim	469 (76,4)	161 (66,5)	190 (79,2)	82 (89,1)	36 (90,0)	
Uso abusivo de álcool (embriaguez)						
Não	255 (41,5)	122 (50,4)	95 (39,6)	29 (31,5)	9 (22,5)	<0,001
Sim	359 (58,5)	120 (49,6)	145 (60,4)	63 (68,5)	31 (77,5)	
Uso de drogas						
Não	550 (89,6)	231 (95,5)	215 (89,6)	77 (83,7)	27 (67,5)	<0,001
Sim	64 (10,4)	11 (4,5)	25 (10,4)	15 (16,3)	13 (32,5)	
Envolvimento em brigas (agressão física) com outro homem						
Não	555 (90,4)	233 (96,3)	218 (90,8)	75 (81,5)	29 (72,5)	<0,001
Sim	59 (9,6)	9 (3,7)	22 (9,2)	17 (18,5)	11 (27,5)	

[‡]Qui-quadrado de Pearson

Tabela 22 – Associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e o perfil do relacionamento do casal. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Tipos de exposição da criança à VPI				p [‡]
		Sem exposição	1 – 3 tipos	4 – 6 tipos	7 – 10 tipos	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Duração da relação do casal						
≥ 6 anos	406 (66,1)	203 (83,9)	126 (52,5)	57 (62,0)	20 (50,0)	<0,001
< 6 anos	208 (33,9)	39 (16,1)	114 (47,5)	35 (38,0)	20 (50,0)	
Comunicação						
Boa	493 (80,3)	207 (85,5)	188 (78,3)	70 (76,1)	28 (70,0)	0,037
Obstaculizada	121 (19,7)	35 (14,5)	52 (21,7)	22 (23,9)	12 (30,0)	
Brigas (vezes por mês)						
< 1	417 (67,9)	195 (80,6)	160 (66,7)	44 (47,8)	18 (45,0)	<0,001
≥ 1	197 (32,1)	47 (19,4)	80 (33,3)	48 (52,2)	22 (55,0)	
Infidelidade da mulher						
Não	586 (95,4)	238 (98,4)	232 (96,7)	85 (92,4)	31 (77,5)	<0,001
Sim	28 (4,6)	4 (1,6)	8 (3,3)	7 (7,6)	9 (22,5)	
Agressão física ao parceiro sem ser agredida						
Não	532 (86,6)	234 (96,7)	201 (83,7)	65 (70,6)	32 (80,0)	<0,001
Sim	82 (13,4)	8 (3,3)	39 (16,3)	27 (29,4)	8 (20,0)	
Frequência da agressão física ao parceiro sem ser agredida						
Nunca	532 (86,6)	234 (96,3)	201 (84,1)	65 (70,7)	32 (80,0)	<0,001
1 ou 2 vezes	51 (8,3)	7 (2,9)	27 (11,3)	12 (13,0)	5 (12,5)	
Frequente	31 (5,1)	2 (0,8)	11 (4,6)	15 (16,3)	3 (7,5)	
Infidelidade do parceiro*						
Não	385 (64,6)	174 (73,1)	143 (62,7)	50 (55,0)	18 (46,2)	0,001
Sim	211 (35,4)	64 (26,9)	85 (37,3)	41 (45,0)	21 (53,8)	

*18 valores perdidos; ‡Qui-quadrado de Pearson

Tabela 23 – Associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características sociodemográficas das crianças. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Tipos de exposição da criança à VPI				p [‡]
		Sem exposição n (%)	1 – 3 tipos n (%)	4 – 6 tipos n (%)	7 – 10 tipos n (%)	
Idade (anos)						
6 – 7	300 (48,9)	110 (45,4)	111 (46,2)	51 (55,4)	28 (70,0)	
8 – 9	314 (51,1)	132 (54,6)	129 (53,8)	41 (44,6)	12 (30,0)	0,015
Sexo						
Feminino	312 (50,8)	126 (52,1)	117 (48,8)	51 (55,4)	18 (45,0)	
Masculino	302 (49,2)	116 (47,9)	123 (51,2)	41 (44,6)	22 (55,0)	0,596
Irmãos						
Não	127 (20,7)	57 (23,6)	51 (21,2)	12 (13,0)	7 (17,5)	
Sim	487 (79,3)	185 (76,4)	189 (78,8)	80 (87,0)	33 (82,5)	0,188
Número de irmãos						
Nenhum	127 (20,7)	57 (23,6)	51 (21,3)	12 (13,0)	7 (17,5)	
01-02 irmãos	261 (42,5)	111 (45,8)	97 (40,4)	37 (40,2)	16 (40,0)	0,110
03 ou mais irmãos	226 (36,8)	74 (30,6)	92 (38,3)	43 (46,8)	17 (42,5)	
Posição na prole						
1 ^a – 2 ^a posição	537 (87,5)	210 (86,8)	220 (91,7)	73 (79,4)	34 (85,0)	
≥ 3 ^a posição	77 (12,5)	32 (13,2)	20 (8,3)	19 (20,6)	6 (15,0)	0,021
Série						
≥ 2 ^a série	488 (79,5)	196 (81,0)	186 (77,5)	75 (81,5)	31 (77,5)	
Alfabetização – 1 ^a série	126 (20,5)	46 (19,0)	54 (22,5)	17 (18,5)	9 (22,5)	0,742
Tipo de escola						
Privada	289 (47,1)	135 (55,8)	105 (43,8)	36 (39,1)	13 (32,5)	
Pública	325 (52,9)	107 (44,2)	135 (56,2)	56 (60,9)	27 (67,5)	0,003

[‡]Qui-quadrado de Pearson

Tabela 24 – Associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Idade de início da exposição da criança à VPI					p [‡]
		Sem exposição	Pré-natal	0 – 11 meses	1 – 2 anos	3 – 6 anos	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Da mulher							
Idade (anos)							
≥ 30	456 (74,3)	198 (81,8)	114 (66,7)	26 (59,1)	39 (81,3)	79 (72,5)	0,001
< 30	158 (25,7)	44 (18,2)	57 (33,3)	18 (40,9)	9 (18,7)	30 (27,5)	
Raça							0,513
Branca	113 (18,4)	50 (20,7)	26 (15,2)	6 (13,6)	8 (16,7)	23 (21,1)	
Não-branca	501 (81,6)	192 (79,3)	145 (84,8)	38 (86,4)	40 (83,3)	86 (78,9)	
Escolaridade (anos de estudo)							0,309
> 9	304 (49,5)	129 (53,3)	74 (43,3)	20 (45,5)	26 (54,2)	55 (50,5)	
≤ 9	310 (50,5)	113 (46,7)	97 (56,7)	24 (54,5)	22 (45,8)	54 (49,5)	
Situação conjugal							0,001
Com companheiro	498 (81,1)	30 (12,4)	43 (25,2)	4 (9,1)	11 (22,9)	28 (25,7)	
Sem companheiro	116 (18,9)	212 (87,6)	128 (74,8)	40 (90,9)	37 (77,1)	81 (74,3)	
Companheiro (pai da criança)							<0,001
Sim	392 (63,8)	206 (85,1)	89 (52,0)	18 (40,9)	20 (41,7)	59 (54,1)	
Não	222 (36,2)	36 (14,9)	82 (48,0)	26 (59,1)	28 (58,3)	50 (45,9)	
Inserção produtiva							0,572
Ativa	320 (52,1)	121 (50,0)	89 (52,0)	28 (63,6)	24 (50,0)	58 (53,2)	
Inativa	294 (47,9)	121 (50,0)	82 (48,0)	16 (36,4)	24 (50,0)	51 (46,8)	
Renda (em salário mínimo)							0,211
≥ 1 salário	205 (33,4)	76 (31,4)	52 (30,4)	17 (38,6)	14 (29,2)	46 (42,2)	
Sem renda / < 1 salário	409 (66,6)	166 (68,6)	119 (69,6)	27 (61,4)	34 (70,8)	63 (57,8)	
Moradia própria							0,634
Sim	424 (69,1)	173 (71,5)	119 (69,6)	28 (63,6)	34 (70,8)	70 (64,2)	
Não	190 (30,9)	69 (28,5)	52 (30,4)	16 (36,4)	14 (29,2)	39 (35,8)	
Chefe do domicílio (Entrevistada)							<0,001
Não	436 (71,0)	204 (84,3)	101 (59,1)	31 (70,5)	29 (60,4)	71 (65,1)	
Sim	178 (29,0)	38 (15,7)	70 (40,9)	13 (29,5)	19 (39,6)	38 (34,9)	
Do parceiro							
Idade (anos)*							<0,001
≥ 30	496 (82,9)	221 (93,3)	122 (73,0)	32 (72,7)	36 (76,6)	85 (82,5)	
< 30	102 (17,1)	16 (6,7)	45 (27,0)	12 (27,3)	11 (23,4)	18 (17,5)	
Raça							0,038
Branca	196 (31,9)	78 (32,2)	62 (36,3)	5 (11,4)	15 (31,2)	36 (33,0)	
Não-branca	418 (68,1)	164 (67,8)	109 (63,7)	39 (88,6)	33 (68,8)	73 (67,0)	
Escolaridade (anos de estudo)**							0,167
> 9	273 (52,1)	123 (58,3)	73 (47,7)	18 (46,1)	20 (55,6)	39 (45,9)	
≤ 9	251 (47,9)	88 (41,7)	80 (52,3)	21 (53,9)	16 (44,4)	46 (54,1)	
Inserção produtiva							0,926
Ativo	449 (73,1)	176 (72,7)	122 (71,4)	32 (72,7)	36 (75,0)	83 (76,1)	
Não ativo	165 (26,9)	66 (27,3)	49 (28,6)	12 (27,3)	12 (25,0)	26 (23,9)	
Renda (em salário mínimo)***							0,798
≥ 1 salário	390 (63,5)	165 (73,7)	105 (71,9)	30 (75,0)	27 (73,0)	63 (67,0)	
Sem renda / < 1 salário	151 (24,6)	59 (26,3)	41 (28,1)	10 (25,0)	10 (27,0)	31 (33,0)	

*16 valores perdidos; **90 valores perdidos; ***73 valores perdidos; ‡Qui-quadrado de Pearson

Tabela 25 – Associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características comportamentais da mulher e do parceiro. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Idade de início da exposição da criança à VPI					P [‡]
		Sem exposição n (%)	Pré-natal n (%)	0 – 11 meses n (%)	1 – 2 anos n (%)	3 – 6 anos n (%)	
Mulher							
Hábito de fumar							
Não	471 (76,7)	207 (85,5)	112 (65,5)	29 (65,9)	39 (81,2)	84 (77,1)	<0,001
Sim	143 (23,3)	35 (14,5)	59 (34,5)	15 (34,1)	9 (18,8)	25 (22,9)	
Uso de álcool							
Não	271 (44,1)	139 (57,4)	63 (36,8)	10 (22,7)	21 (43,7)	38 (34,9)	<0,001
Sim	343 (55,9)	103 (42,6)	108 (63,2)	34 (77,3)	27 (56,3)	71 (65,1)	
Uso de drogas							
Não	584 (95,1)	235 (97,1)	156 (91,2)	42 (95,4)	46 (95,8)	105 (96,3)	<0,001
Sim	30 (4,9)	7 (2,9)	15 (8,8)	2 (4,6)	2 (4,2)	4 (3,7)	
Parceiro							
Hábito de fumar							
Não	426 (69,4)	183 (75,6)	107 (62,6)	29 (65,9)	34 (70,8)	73 (67,0)	0,067
Sim	188 (30,6)	59 (24,4)	64 (37,4)	15 (34,1)	14 (29,2)	36 (33,0)	
Uso de álcool							
Não	145 (23,6)	81 (33,5)	29 (17,0)	6 (13,6)	10 (20,8)	19 (17,4)	<0,001
Sim	469 (76,4)	161 (66,5)	142 (83,0)	38 (86,4)	38 (79,2)	90 (82,6)	
Uso abusivo de álcool (embriaguez)							
Não	255 (41,5)	122 (50,4)	57 (33,3)	16 (36,4)	20 (41,7)	40 (36,7)	0,007
Sim	359 (58,5)	120 (49,6)	114 (66,7)	28 (63,6)	28 (58,3)	69 (63,3)	
Uso de drogas							
Não	550 (89,6)	231 (95,5)	139 (81,3)	37 (84,1)	44 (91,7)	99 (90,8)	<0,001
Sim	64 (10,4)	11 (4,5)	32 (18,7)	7 (15,9)	4 (8,3)	10 (9,2)	
Envolvimento em brigas (agressão física) com outro homem							
Não	555 (90,4)	233 (96,3)	142 (83,0)	41 (93,2)	43 (89,6)	96 (88,1)	<0,001
Sim	59 (9,6)	9 (3,7)	29 (17,0)	3 (6,8)	5 (10,4)	13 (11,9)	

[‡]Qui-quadrado de Pearson

Tabela 26 – Associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e o perfil do relacionamento do casal. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Idade de início da exposição da criança à VPI					P [‡]
		Sem exposição n (%)	Pré-natal n (%)	0 – 11 meses n (%)	1 – 2 anos n (%)	3 – 6 anos n (%)	
Duração da relação							
≥ 6 anos	406 (66,1)	203 (83,9)	97 (56,7)	21 (47,7)	22 (45,8)	63 (57,8)	
< 6 anos	208 (33,9)	39 (16,1)	74 (43,3)	23 (52,3)	26 (54,2)	46 (42,2)	<0,001
Comunicação							
Boa	493 (80,3)	207 (85,5)	124 (72,5)	35 (79,5)	40 (83,3)	87 (79,8)	
Obstaculizada	121 (19,7)	35 (14,5)	47 (27,5)	9 (20,5)	8 (16,7)	22 (20,2)	0,026
Brigas (vezes por mês)							
< 1	417 (67,9)	195 (80,6)	98 (57,3)	25 (56,8)	31 (64,6)	68 (62,4)	
≥ 1	197 (32,1)	47 (19,4)	73 (42,7)	19 (43,2)	17 (35,4)	41 (37,6)	<0,001
Infidelidade da mulher							
Não	586 (95,4)	238 (98,4)	155 (90,6)	39 (88,6)	48 (100,0)	106 (97,3)	
Sim	28 (4,6)	4 (1,6)	16 (9,4)	5 (11,4)	0 (00,0)	3 (2,7)	<0,001
Agressão física ao parceiro sem ser agredida							
Não	532 (86,6)	234 (96,7)	133 (77,8)	39 (88,6)	37 (77,1)	89 (81,6)	
Sim	82 (13,4)	8 (3,3)	38 (22,2)	5 (11,4)	11 (22,9)	20 (18,4)	<0,001
Frequência da agressão física ao parceiro sem ser agredida							
Nunca	532 (86,6)	234 (96,3)	133 (77,8)	39 (88,6)	38 (79,2)	89 (81,7)	
1 ou 2 vezes	51 (8,3)	7 (2,9)	24 (14,0)	1 (2,3)	5 (10,4)	14 (12,8)	<0,001
Frequente	31 (5,1)	2 (0,8)	14 (8,2)	4 (9,1)	5 (10,4)	6 (5,5)	
Infidelidade do parceiro*							
Não	385 (64,6)	174 (73,1)	98 (57,6)	25 (62,5)	25 (56,8)	63 (60,6)	
Sim	211 (35,4)	64 (26,9)	72 (42,4)	15 (37,5)	19 (43,2)	41 (39,4)	0,011

*18 valores perdidos; ‡Qui-quadrado de Pearson

Tabela 27 – Associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e características sociodemográficas das crianças. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Idade de início da exposição da criança à VPI					P [‡]
		Sem exposição n (%)	Pré-natal n (%)	0 – 11 meses n (%)	1 – 2 anos n (%)	3 – 6 anos n (%)	
Idade (anos)							
6 – 7	300 (48,9)	110 (45,4)	81 (47,4)	22 (50,0)	29 (60,4)	58 (53,2)	
8 – 9	314 (51,1)	132 (54,6)	90 (52,6)	22 (50,0)	19 (39,6)	51 (46,8)	0,321
Sexo							
Feminino	312 (50,8)	126 (52,1)	90 (52,6)	14 (31,8)	26 (54,2)	56 (51,4)	
Masculino	302 (49,2)	116 (47,9)	81 (47,4)	30 (68,2)	22 (45,8)	53 (48,6)	0,138
Irmãos							
Não	127 (20,7)	57 (23,6)	24 (14,0)	11 (25,0)	11 (22,9)	24 (22,0)	
Sim	487 (79,3)	185 (76,4)	147 (86,0)	33 (75,0)	37 (77,1)	85 (78,0)	0,159
Número de irmãos							
Nenhum	127 (20,7)	57 (23,6)	24 (14,0)	11 (25,0)	11 (22,9)	24 (22,0)	
01-02 irmãos	261 (42,5)	111 (45,8)	75 (43,9)	17 (38,6)	18 (37,5)	40 (36,7)	0,161
03 ou mais irmãos	226 (36,8)	74 (30,6)	72 (42,1)	16 (36,4)	19 (39,6)	45 (41,3)	
Posição na prole							
1ª – 2ª posição	537 (87,5)	210 (86,8)	150 (87,7)	38 (86,4)	42 (87,5)	97 (89,0)	
≥ 3ª posição	77 (12,5)	32 (13,2)	21 (12,3)	6 (13,6)	6 (12,5)	12 (11,0)	0,983
Série							
≥ 2ª série	488 (79,5)	196 (81,0)	135 (79,0)	31 (70,4)	38 (79,2)	88 (80,7)	
Alfabetização – 1ª série	126 (20,5)	46 (19,0)	36 (21,0)	13 (29,6)	10 (20,8)	21 (19,3)	0,614
Tipo de escola							
Privada	289 (47,1)	135 (55,8)	72 (42,1)	16 (36,4)	20 (41,7)	46 (42,2)	
Pública	325 (52,9)	107 (44,2)	99 (57,9)	28 (63,6)	28 (58,3)	63 (57,8)	0,013

‡Qui-quadrado de Pearson

Tabela 28 – Análise multivariada da associação entre tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e problemas de comportamento. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variável	Problemas de comportamento da criança (SDQ-mãe)						
	Normal n (%)	Limítrofe / Anormal n (%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado ^a (IC 95%)	OR ajustado ^b (IC 95%)	OR ajustado ^c (IC 95%)	OR ajustado ^d (IC 95%)
Tipos de exposição da criança à VPI							
Sem exposição	156 (47,7)	86 (30,0)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1 – 3 tipos	120 (36,7)	120 (41,8)	1,8 (1,3-2,6)	1,8 (1,2- 2,6)	1,8 (1,2-2,6)	1,8 (1,2-2,6)	1,8 (1,2-2,7)
4 – 6 tipos	40 (12,2)	52 (18,1)	2,4 (1,4-3,8)	2,1 (1,2-3,4)	1,9 (1,2-3,3)	1,8 (1,1-3,1)	1,9 (1,1-3,1)
7 – 10 exposições	11 (3,4)	29 (10,1)	4,8 (2,3-10,0)	4,3 (2,0-9,3)	4,1 (1,9-9,0)	4,1 (1,9-9,0)	4,2 (1,9-9,2)
p			<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

^a Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher – escolaridade, chefia do domicílio, relação com o pai biológico da criança, situação conjugal

^b Ajustado por escolaridade + características comportamentais do parceiro – uso de drogas pela mulher, uso de drogas pelo parceiro, uso de fumo pelo parceiro, uso abusivo de álcool pelo parceiro, comportamento agressivo do parceiro fora de casa

^c Ajustado por escolaridade + uso de drogas pela mulher + características do relacionamento – brigas entre o casal, agressão física da mulher contra o parceiro, comunicação entre o casal,

^d Ajustado por escolaridade + uso de drogas pela mulher + brigas entre o casal + características da criança – Ter irmãos, número de irmãos, posição na prole e tipo de escola

Tabela 29 – Análise multivariada da associação entre a idade de início da exposição da criança à violência por parceiro íntimo e problemas de comportamento. Recife - Pernambuco, 2013- 2014

Variável	Problemas de comportamento da criança (SDQ-mãe)						
	Normal n (%)	Limítrofe / Anormal n (%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado ^a (IC 95%)	OR ajustado ^b (IC 95%)	OR ajustado ^c (IC 95%)	OR ajustado ^d (IC 95%)
Idade de início da exposição da criança à VPI							
Sem exposição	156 (47,7)	86 (29,9)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Pré-natal	82 (25,0)	89 (31,0)	2,0 (1,3-2,9)	1,9 (1,2- 2,8)	1,7 (1,1-2,6)	1,7 (1,1-2,6)	1,6 (1,1-2,5)
0 – 11 meses	19 (5,8)	25 (8,7)	2,4 (1,2-4,6)	2,3 (1,2-4,5)	2,2 (1,1-4,3)	2,1 (1,1-4,1)	1,9 (1,0-3,7)
1 – 2 anos	16 (4,9)	32 (11,2)	3,6 (1,9-7,0)	3,6 (1,8-7,0)	3,5 (1,8-6,8)	3,3 (1,7-6,5)	3,3 (1,7-6,5)
≥ 3 anos	54 (16,5)	55 (19,2)	1,8 (1,2-2,9)	1,8 (1,1-2,9)	1,7 (1,1-2,7)	1,6 (1,0-2,6)	1,6 (1,0-2,5)
p			<0,0001	0,0008	<0,0001	<0,0001	<0,0001

^a Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher – idade da mulher, chefia do domicílio, relação com o pai biológico da criança, situação conjugal

^b Ajustado por características comportamentais do parceiro – uso de drogas pela mulher, uso de drogas pelo parceiro, uso de fumo pelo parceiro, uso abusivo de álcool, comportamento agressivo do parceiro fora de casa

^c Ajustado por uso de drogas pela mulher + comportamento agressivo do parceiro fora de casa + características do relacionamento – comunicação entre o casal, brigas entre o casal, agressão física da mulher contra o parceiro

^d Ajustado por uso de drogas pela mulher + comportamento agressivo do parceiro fora de casa + brigas entre o casal + características da criança – sexo, ter irmãos, número de irmãos e tipo de escola

4.6 Depressão das crianças

4.6.1 Análise bivariada

A frequência de casos suspeitos de depressão foi de 15,3% das crianças, usando o SMFQ com ponto de corte ≥ 8 .

Na análise bivariada entre os casos suspeitos de depressão e as características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro (Tabela 30), apresentaram associação estatisticamente significativa: baixa escolaridade da mãe, não ter companheiro e ser chefe do domicílio. Variáveis do parceiro como idade, renda e escolaridade apresentaram um percentual elevado de valores perdidos porque a mulher não soube informar, por isso não foram incluídas na análise.

O hábito de fumar da mulher teve associação estatisticamente significativa e o uso de drogas ilícitas pelo parceiro apresentou uma significância limítrofe ($p=0,056$) (Tabela 31).

No perfil do relacionamento do casal (Tabela 32), a infidelidade do parceiro aumentou cerca de duas vezes a chance de depressão das crianças (OR=1,8; IC 95%:1,1-2,7).

As características demográficas da criança (Tabela 33) mostraram que ocupar a terceira ou maior posição na prole (OR=1,9; IC 95%:1,0-3,3), ter idade entre 8 e 9 anos (OR=1,9; IC 95% 1,2-2,9), assim como frequentar escola pública (OR=1,8; IC 95%:1,1-2,8), apresentaram associação estatisticamente significativa.

Estar exposta entre 7 e 10 tipos de exposição aumentou a chance de depressão em mais de 7 vezes (IC 95%:3,5-15,8) (Tabela 34). A exposição no período pré-natal e na faixa etária de 0-11 meses aumentou a chance das crianças serem caso suspeito de depressão 2 vezes (IC 95%:1,2-3,8) e mais de 3 vezes (IC 95%:1,6-7,5), respectivamente, em comparação a crianças não expostas (Tabela 35).

Tabela 30 – Análise bivariada da associação entre características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Depressão da criança (SMFQ)			
		Normal	Caso suspeito de Depressão		
		n (%)	n (%)	OR (IC 95%)	p
Da mulher					
Idade (anos)					
≥ 30	456 (74,3)	381 (83,6)	75 (16,4)	1,0	
< 30	158 (25,7)	139 (88,0)	19 (12,0)	0,7 (0,4-1,2)	0,185
Raça					
Branca	113 (18,4)	101 (89,4)	12 (10,6)	1,0	
Não-branca	501 (81,6)	419 (83,6)	82 (16,4)	1,6 (0,9-3,1)	0,129
Escolaridade (anos de estudo)					
> 9	304 (49,5)	267 (87,8)	37 (12,2)	1,0	
≤ 9	310 (50,5)	253 (81,6)	57 (18,4)	1,6 (1,0-2,5)	0,034
Situação conjugal					
Com companheiro	498 (81,1)	429 (86,1)	69 (13,9)	1,0	
Sem companheiro	116 (18,9)	91 (78,5)	25 (21,5)	1,7 (1,0-2,8)	0,040
Companheiro (pai da criança)					
Sim	392 (63,8)	332 (84,7)	60 (15,3)	1,0	
Não	222 (36,2)	188 (84,7)	34 (15,3)	1,0 (0,6-1,6)	0,998
Inserção produtiva					
Ativa	320 (52,1)	272 (85,0)	48 (15,0)	1,0	
Inativa	294 (47,9)	248 (84,3)	46 (15,7)	1,1 (0,7-1,6)	0,824
Renda (em salário mínimo)					
≥ 1 salário	205 (33,4)	177 (83,3)	28 (13,7)	1,0	
Sem renda / Menos de 1 salário	409 (66,6)	343 (83,9)	66 (16,1)	1,2 (0,8-2,0)	0,422
Moradia própria					
Sim	424 (69,1)	361 (85,1)	63 (14,9)	1,0	
Não	190 (30,9)	159 (83,7)	31 (16,3)	1,1 (0,7-1,8)	0,643
Chefe do domicílio (Entrevistada)					
Não	436 (71,0)	379 (87,0)	57 (13,0)	1,0	
Sim	178 (29,0)	141 (79,2)	37 (20,8)	1,7 (1,1-2,8)	0,017
Do parceiro					
Idade (anos)*					
≥ 30	496 (82,9)	419 (84,5)	77 (15,5)	1,0	
< 30	102 (17,1)	87 (85,3)	15 (14,7)	0,9 (0,5-1,7)	0,835
Raça					
Branca	196 (31,9)	167 (85,2)	29 (14,8)	1,0	
Não-branca	418 (68,1)	353 (84,5)	65 (15,5)	1,1 (0,7-1,7)	0,809
Escolaridade (anos de estudo)**					
> 9	273 (52,1)	236 (86,5)	37 (13,5)	1,0	
≤ 9	251 (47,9)	205 (81,7)	46 (18,3)	1,4 (0,9-2,3)	0,136
Inserção produtiva					
Ativo	449 (73,1)	385 (85,7)	64 (14,3)	1,0	
Não ativo	165 (26,9)	135 (81,8)	30 (18,2)	1,3 (0,8-2,1)	0,232
Renda (em salário mínimo)***					
≥ 1 salário	390 (63,5)	334 (85,6)	56 (14,4)	1,0	
Sem renda / Menos de 1 salário	151 (24,6)	131 (86,7)	20 (13,3)	0,9 (0,5-1,6)	0,738

*16 valores perdidos; **90 valores perdidos; ***73 valores perdidos

Tabela 31 – Análise bivariada da associação entre características comportamentais da mulher e do parceiro e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Depressão da criança (SMFQ)			
		Normal	Caso suspeito de Depressão		
		n (%)	n (%)	OR (IC 95%)	p
Da mulher					
Hábito de fumar					
Não	471 (76,7)	410 (87,0)	61 (13,0)	1,0	
Sim	143 (23,3)	110 (77,0)	33 (23,0)	2,0 (1,3-3,2)	0,004
Uso de álcool					
Não	271 (44,1)	235 (86,7)	36 (13,3)	1,0	
Sim	343 (55,9)	285 (83,0)	58 (17,0)	1,3 (0,8-2,1)	0,216
Uso de drogas					
Não	584 (95,1)	494 (84,6)	90 (15,4)	1,0	
Sim	30 (4,9)	26 (86,7)	4 (13,3)	0,8 (0,3-2,4)	0,758
Do parceiro					
Hábito de fumar					
Não	426 (69,4)	363 (85,2)	63 (14,8)	1,0	
Sim	188 (30,6)	157 (83,5)	31 (16,5)	1,1 (0,7-1,8)	0,590
Uso de álcool					
Não	145 (23,6)	122 (84,1)	23 (15,9)	1,0	
Sim	469 (76,4)	398 (84,9)	71 (15,1)	0,9 (0,6-1,6)	0,833
Uso abusivo de álcool (embriaguez)					
Não	255 (41,5)	223 (87,5)	32 (12,5)	1,0	
Sim	359 (58,5)	297 (82,7)	62 (17,3)	1,5 (0,9-2,3)	0,111
Uso de drogas					
Não	550 (89,6)	471 (85,6)	79 (14,4)	1,0	
Sim	64 (10,4)	49 (76,6)	15 (23,4)	1,8 (0,97-3,4)	0,059
Envolvimento em brigas (agressão física) com outro homem					
Não	555 (90,4)	471 (84,9)	84 (15,1)	1,0	
Sim	59 (9,6)	49 (83,0)	10 (17,0)	1,1 (0,6-2,3)	0,713

Tabela 32 – Análise bivariada da associação entre o perfil do relacionamento do casal e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Depressão da criança (SMFQ)			
		Normal	Caso suspeito de Depressão		
		n (%)	n (%)	OR (IC 95%)	p
Duração da relação do casal					
≥ 6 anos	406 (66,1)	348 (85,7)	58 (14,3)	1,0	
< 6 anos	208 (33,9)	172 (82,7)	36 (17,3)	1,3 (0,8-1,9)	0,326
Comunicação					
Boa	493 (80,3)	423 (85,8)	70 (14,2)	1,0	
Obstaculizada	121 (19,7)	97 (80,2)	24 (19,8)	1,5 (0,9-2,5)	0,125
Brigas (vezes por mês)					
< 1	417 (67,9)	356 (85,4)	61 (14,6)	1,0	
≥ 1	197 (32,1)	164 (83,2)	33 (16,8)	1,2 (0,7-1,8)	0,496
Infidelidade da mulher					
Não	586 (95,4)	498 (85,0)	88 (15,0)	1,0	
Sim	28 (4,6)	22 (78,6)	6 (21,4)	1,5 (0,6-3,9)	0,361
Agressão física ao parceiro sem ser agredida					
Não	532 (86,6)	454 (85,3)	78 (14,7)	1,0	
Sim	82 (13,4)	66 (80,5)	16 (19,5)	1,4 (0,8-2,5)	0,258
Frequência da agressão física ao parceiro sem ser agredida					
Nunca	532 (86,6)	454 (85,3)	78 (14,7)	1,0	
1 ou 2 vezes	51 (8,3)	40 (78,4)	11 (21,6)	1,6 (0,8-3,2)	0,269
Frequente	31 (5,1)	26 (83,9)	5 (16,1)	1,1 (0,4-3,0)	
Infidelidade do parceiro*					
Não	385 (64,6)	337 (87,5)	48 (12,5)	1,0	
Sim	211 (35,4)	165 (78,2)	46 (21,8)	1,8 (1,1-2,7)	0,012

*18 valores perdidos

Tabela 33 – Análise bivariada da associação entre características sociodemográficas das crianças e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variáveis	N=614 n (%)	Depressão da criança (SMFQ)				p
		Normal		Caso suspeito de Depressão		
		n (%)	n (%)	OR (IC 95%)		
Idade (anos)						
6 – 7	314 (51,1)	278 (88,5)	36 (11,5)	1,0		
8 – 9	300 (48,9)	242 (80,7)	58 (19,3)	1,9 (1,2-2,9)		0,007
Sexo						
Feminino	312 (50,8)	262 (84,0)	50 (16,0)	1,0		
Masculino	302 (49,2)	258 (85,4)	44 (14,6)	0,9 (0,6-1,4)		0,617
Irmãos						
Não	127 (20,7)	114 (89,8)	13 (10,2)	1,0		
Sim	487 (79,3)	406 (83,4)	81 (16,6)	1,7 (0,9-3,2)		0,078
Número de irmãos						
Nenhum	127 (20,7)	114 (89,8)	13 (10,2)	1,0		
01-02 irmãos	261 (42,5)	219 (83,9)	42 (16,1)	1,7 (0,9-3,3)		0,168
03 ou mais irmãos	226 (36,8)	187 (82,7)	39 (17,3)	1,8 (0,9-3,6)		
Posição na prole						
1ª – 2ª posição	537 (87,5)	461 (85,9)	76 (14,1)	1,0		
≥ 3ª posição	77 (12,5)	59 (76,6)	18 (23,4)	1,9 (1,0-3,3)		0,038
Série						
≥ 2ª série	488 (79,5)	416 (85,2)	72 (14,8)	1,0		
Alfabetização – 1ª série	126 (20,5)	104 (82,5)	22 (17,5)	1,2 (0,7-2,1)		0,453
Tipo de escola						
Privada	289 (47,1)	256 (88,6)	33 (11,4)	1,0		
Pública	325 (52,9)	264 (81,2)	61 (18,8)	1,8 (1,1-2,8)		0,012

Tabela 34 – Análise bivariada da associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo e depressão da criança. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Tipo de exposição da criança à VPI	N=614		Depressão da criança (SMFQ)						
			Normal		Caso suspeito de Depressão				
	n	%	n	%	n	%	OR	IC 95%	p
Sem exposição	242	39,4	218	90,0	24	10,0	1,0	-	
1 – 3 tipos de exposição	240	39,1	203	84,6	37	15,4	1,7	(1,0-2,9)	
4 – 6 tipos de exposição	92	15,0	77	83,7	15	16,3	2,1	(1,0-4,0)	<0,001
7 – 10 tipos de exposição	40	6,5	22	55,0	18	45,0	7,4	(3,5-15,8)	

Tabela 35 – Análise bivariada da associação entre a idade de início da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo e depressão da criança. Recife – Pernambuco, 2013-2014

Idade de início da exposição da criança à VPI	N=614		Depressão da criança (SMFQ)						p
			Normal		Caso suspeito de Depressão				
			n	(%)	n	%	OR	(IC 95%)	
Sem exposição	242	39,4	218	(90,0)	24	(10,0)	1,0	-	
Pré-natal	171	27,9	138	(80,7)	33	(19,3)	2,2	(1,2-3,8)	
0 – 11 meses	44	7,2	34	(77,3)	10	(22,7)	3,4	(1,6-7,5)	0,01
1 – 2 anos	48	7,8	40	(83,3)	8	(16,7)	1,8	(0,8-4,3)	
≥ 3 anos	109	17,7	90	(82,6)	19	(17,4)	1,9	(1,0-3,7)	

4.6.2 Análise multivariada

A análise multivariada mostrou que quanto mais variados forem os tipos de exposições, maior é a chance da criança apresentar depressão em idade escolar (OR=6,5; IC 95%: 2,9-14,4), mesmo depois de ajustado por características demográficas, socioeconômicas e comportamentais da mulher e do parceiro, pelo perfil do relacionamento e por características sociodemográficas da criança (Tabela 36).

A análise da associação de depressão com a idade, na qual a criança começou a ser exposta à VPI mostrou que o período que apresenta maior risco foi a exposição no período pré-natal (OR=2,0; IC 95%: 1,1-3,7) e de 0 a 11 meses (OR=3,5; IC 95%: 1,5-7,8), mesmo depois de ajustado por características demográficas, socioeconômicas e comportamentais da mulher e do parceiro, pelo perfil do relacionamento e por características sociodemográficas da criança (Tabela 37).

Tabela 36 – Análise multivariada da associação entre o número de tipos de exposição da criança à violência por parceiro íntimo e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variável	Depressão da criança (SMFQ)						
	Normal n (%)	Depressão n (%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado ^a (IC 95%)	OR ajustado ^b (IC 95%)	OR ajustado ^c (IC 95%)	OR ajustado ^d (IC 95%)
Tipos de exposição da criança à VPI							
Sem exposição	218 (42,0)	24 (25,5)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1 – 3 tipos	203 (39,0)	37 (39,4)	1,7 (1,0-2,9)	1,7 (1,0- 2,9)	1,7 (0,9-2,9)	1,6 (0,9-2,8)	1,7 (1,0-3,0)
4 – 6 tipos	77 (14,8)	15 (16,0)	2,1 (1,0-4,0)	2,0 (1,0-4,0)	2,0 (1,0-4,0)	1,9 (0,9-3,9)	1,9 (0,9-3,8)
7 – 10 exposições	22 (4,2)	18 (19,1)	7,4 (3,5-15,8)	7,4 (3,4-16,0)	6,8 (3,0-15,0)	6,9 (3,0-15,0)	6,5 (2,9-14,4)
p			<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

^a Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher – idade da mulher, escolaridade da mulher, chefe do domicílio, situação conjugal

^b Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher + características comportamentais da mulher e do parceiro – uso de drogas pelo parceiro, uso de fumo pela mulher, uso abusivo de álcool

^c Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher + características comportamentais da mulher e do parceiro + características do relacionamento – brigas entre o casal, comunicação entre o casal, frequência de brigas entre o casal

^d Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher + características comportamentais da mulher e do parceiro + características do relacionamento + características da criança – sexo, ter irmãos, número de irmãos e tipo de escola

Tabela 37 – Análise multivariada da associação entre a idade de início da exposição à violência por parceiro íntimo e depressão da criança. Recife - Pernambuco, 2013-2014

Variável	Depressão da criança (SMFQ)						
	Normal n (%)	Depressão n (%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado ^a (IC 95%)	OR ajustado ^b (IC 95%)	OR ajustado ^c (IC 95%)	OR ajustado ^d (IC 95%)
Idade de início da exposição da criança à VPI							
Sem exposição	218 (42,0)	24 (25,5)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Pré-natal	138 (26,5)	33 (35,1)	2,0 (1,2-3,8)	2,1 (1,2- 3,8)	2,0 (1,1-3,6)	2,0 (1,1-3,5)	2,0 (1,1-3,7)
0 – 11 meses	34 (6,5)	10 (10,6)	3,4 (1,6-7,5)	3,8 (1,7-8,6)	3,4 (1,5-7,6)	3,4 (1,5-7,7)	3,5 (1,5-7,8)
1 – 2 anos	40 (7,7)	8 (8,5)	1,8 (0,8-4,3)	1,7 (0,7-4,0)	1,8 (0,7-4,2)	1,7 (0,7-4,1)	1,8 (0,7-4,2)
≥ 3 anos	90 (17,3)	19 (20,2)	1,9 (1,0-3,7)	1,8 (0,9-3,5)	1,9 (1,0-3,7)	1,8 (1,0-3,6)	1,9 (1,0-3,7)
p			0,01	0,0048	0,0027	0,0029	0,0017

^a Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher – idade da mulher, chefia do domicílio, situação conjugal

^b Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher + características comportamentais da mulher e do parceiro – uso de drogas pelo parceiro, uso de fumo pela mulher, uso abusivo de álcool

^c Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher + características comportamentais da mulher e do parceiro + características do relacionamento – comunicação entre o casal, frequência de brigas entre o casal

^d Ajustado por características socioeconômicas e demográficas da mulher + características comportamentais da mulher e do parceiro + características do relacionamento + características da criança – idade da criança, prole, ter irmãos, número de irmãos e tipo de escola

5 DISCUSSÃO

Este estudo longitudinal investigou a associação entre a exposição da criança à VPI, desde o período pré-natal com o desenvolvimento psicossocial de crianças em idade escolar. Consistente com o hipotetizado, mesmo depois de controlado para variáveis do contexto familiar, contexto da violência e contexto individual da criança, os problemas de comportamento e depressão das crianças, em idade escolar, se mantiveram associados com exposição à VPI sofrida pela mãe. Os resultados também mostraram que a chance da criança ter problemas no comportamento e depressão foi maior quando vivenciou múltiplos tipos de exposição à VPI. Ainda apoiando as hipóteses, a idade de início da exposição de maior comprometimento para problemas de comportamento, na idade escolar, foi a faixa etária de 1 a 2 anos e para depressão foi a exposição na fase pré-natal e de 0 a 11 meses.

O estudo dos fatores que podem determinar o impacto da exposição da criança à VPI sobre o desenvolvimento psicossocial constitui um grande desafio. A compreensão do contexto familiar, da violência e características individuais da criança é fundamental.

5.1 Contexto familiar

O entendimento de que a VPI é um evento que extrapola os limites das relações interpessoais pode ser baseado no Modelo Biopsicossocial, proposto por Sameroff (2010), que além de considerar características da família, dos pais e da criança, destaca a inter-relação de vários fatores de risco, que potencialmente podem facilitar a associação entre VPI e problemas de comportamento e depressão da criança.

O desenvolvimento psicossocial da criança é influenciado, positiva ou negativamente, por interações dinâmicas e contínuas das suas experiências com o seu ambiente familiar (SAMEROFF, 2010).

A exposição precoce da criança a um ambiente familiar violento e de pobreza, como encontrado neste e em outros estudos (EDWARDS et al., 2003; NATIONAL SCIENTIFIC

COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2012a; 2015) coloca a criança em vulnerabilidade para problemas de saúde mental e física. É importante destacar que, além da pobreza, outros aspectos individuais da criança, como os processos biológicos e psicológicos, podem também estar envolvidos.

Dentre as características socioeconômicas e demográficas da mulher, baixa escolaridade e baixa renda apresentaram associação estatisticamente significativa na análise bivariada. Outros estudos (FLACH et al., 2011; WHITAKER; ORZOL; KAHN, 2006) encontraram associação desses fatores com problemas de comportamento. Tais fatores predisõem a mulher à dependência econômica e a ter dificuldades para separar-se do parceiro agressor, mantendo-a, em muitos casos, por períodos prolongados numa relação de violência (SAGOT, 2000) e, conseqüentemente, também expondo os seus filhos.

As características socioeconômicas e demográficas do parceiro também são referidas como fatores de risco para VPI (MALCOE; DURAN; MONTGOMERY, 2004; VIVES-CASES et al., 2007) e, conseqüentemente, problemas de comportamento das crianças. No presente estudo, baixa escolaridade e não estar inserido no mercado de trabalho mostrou-se associado a problemas de comportamento na análise bivariada. No entanto, houve muitos valores perdidos nas variáveis: idade, escolaridade e renda do parceiro, porque as mulheres não souberam informar, sugerindo uma comunicação obstaculizada entre os parceiros, que é um indicativo de uma qualidade precária da relação e fator de risco para VPI (LUDERMIR et al., 2010). Essas variáveis não foram incluídas na análise multivariada.

O papel de chefe do domicílio sendo exercido pela mulher, como encontrado neste estudo, pode colocá-la como alvo de violência por ex-parceiros, em famílias monoparentais. Quando a mulher tem um parceiro atual, mas exerce a chefia do domicílio por liderança, por independência econômica ou maior escolaridade pode tornar-se vulnerável à VPI (JEWKES, 2002), destacando a influência da desigualdade de gênero e os conflitos pelo poder nas relações íntimas (ANTAI, 2011; BELL; NAUGLE, 2008).

Das características comportamentais do parceiro, como já demonstrado em outros estudos, se mostraram associados à VPI o uso de drogas (TESTA, 2004) e o perfil agressor fora de casa (HOLTZWORTH-MUNROE; MEEHAN, 2004). Conseqüentemente, as crianças se tornam mais vulneráveis a problemas de comportamento.

O contexto familiar encontrado neste estudo mostra a vulnerabilidade das crianças e pode explicar o alto percentual de problemas de comportamento e depressão. O entendimento dessa vulnerabilidade pode ser viabilizado por três caminhos.

Primeiro, a saúde mental das crianças, principalmente, as mais jovens é fortemente influenciada pelas suas relações no seu ambiente (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

Segundo, as circunstâncias estressantes relacionadas à família contribuem para dificuldades emocionais das crianças e podem produzir efeitos adversos sobre o desenvolvimento do cérebro (EVANS et al., 2007). Experiências adversas nos anos iniciais da vida podem ativar o sistema biológico de resposta ao estresse e produzir níveis anormais dos hormônios do estresse, que podem danificar a arquitetura cerebral e dificultar o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais e emocionais (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2012a).

Terceiro, a influência do ambiente das relações mostra como o bem-estar emocional das crianças está diretamente associado ao funcionamento emocional dos seus cuidadores e das suas famílias (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004). Portanto, as relações violentas e os ambientes adversos são potenciais fatores de risco para a saúde mental das crianças. Por outro lado, quando o ambiente favorece a formação de apego seguro (AINSWORTH, 1979) e segurança emocional (CUMMINGS; MERRILEES, 2010), as experiências traumáticas (BRIGGS-GOWAN et al., 2010) podem ter seu impacto reduzido e se tornarem mais toleráveis, possibilitando a formação de resiliência (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2012b; 2015).

5.2 Contexto da violência por parceiro íntimo

A elevada frequência de VPI (52,0%) e da exposição da criança à VPI (60,6%) referida pelas mulheres, neste estudo, representa mais uma evidência para a literatura nacional e internacional. Reforça ainda, a necessidade de conscientização da sociedade da gravidade do

problema da VPI para as mulheres e do risco para as crianças, que vivenciam a situação de violência com menos recursos para entendê-la e enfrentá-la (OLAYA et al., 2008).

Os resultados desse estudo podem estar subestimados, pois a privacidade e a intimidade na qual acontece a VPI, bem como a dificuldade da mulher falar da violência que vive em casa, em segredo, com medo e com sentimentos de culpa e vergonha (SPRAGUE et al., 2012) dificultam a obtenção de estimativas precisas de prevalência, características e consequências, tanto para as mulheres como para as crianças que estão expostas a tal violência (OLAYA et al., 2008).

Observa-se um padrão de continuidade da VPI ao longo do tempo da coorte, com 55% das mulheres que referiram violência durante a gravidez e o pós-parto, também referindo nos últimos sete anos. Importante também destacar a elevada incidência de VPI nos últimos sete anos (16,0%).

A continuidade da VPI pode resultar em estresse crônico, tanto para as mulheres como para as crianças. As mulheres que vivenciam VPI podem não apresentar disponibilidade emocional e disposição para dar segurança, apoio, proteção e cuidados básicos para os filhos. A ausência persistente de cuidados e respostas adequadas pode resultar em prejuízos para o desenvolvimento do cérebro, cujas consequências podem perdurar ao longo da vida, com dificuldades graves no desenvolvimento cognitivo, psicossocial e físico (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2012b). Além dessas dificuldades, a criança que vive em lares violentos pode aprender que a violência é socialmente aceitável e, conseqüentemente, repetir o comportamento violento em suas relações íntimas no futuro (BELL; NAUGLE, 2008), consolidando, então, a transmissão intergeracional da violência (EHRENSAFT et al., 2003).

Foi observado, também, consistente com outros estudos (MARCACINE et al., 2013; Van PARYS et al., 2014), maior percentual de violência psicológica em comparação à física e sexual, o que é mais um agravante para a saúde mental das mulheres. Vários estudos já evidenciaram associação entre violência psicológica e transtornos mentais das mulheres (LUDERMIR et al., 2008; 2010), que por sua vez, estão associados ao risco aumentado de transtornos no desenvolvimento psicossocial das crianças (STEIN et al., 2014; WHITAKER; ORZOL; KAHN, 2006; FLACH et al., 2011).

5.3 Contexto da criança

As crianças com idade entre 8 e 9 anos apresentaram uma maior incidência de problemas de comportamento e de depressão, comparadas ao grupo de 6 a 7 anos. No entanto, a exposição à VPI em idades mais precoces demonstrou uma chance maior de desfecho desfavorável, o que pode ser explicado pelo fato de que crianças mais jovens que experienciam violência crônica ou recorrente respondem e processam as experiências emocionais e os eventos traumáticos de formas diferentes em cada idade e também diferente das crianças mais amadurecidas e dos adultos (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2010b). Tal evidência pode, também, ser respaldada pela teoria do apego, que pressupõe um desenvolvimento emocional saudável se a criança encontra, na sua primeira infância, um cuidador que seja uma base segura.

Neurocientistas do desenvolvimento, geralmente, concordam que o cérebro tem mais plasticidade, em estágios iniciais de desenvolvimento, com mudanças e crescimento mais rápido acontecendo no pré-natal e durante o primeiro ano de vida (FOX; LEVITT; NELSON, 2010). Também se acredita que diferentes comportamentos dependem de variadas distribuições de circuitos neurais e que muitas das estruturas neurais dentro destes circuitos são mais vulneráveis às perturbações no ambiente inicial de uma criança do que durante outros períodos do desenvolvimento. No presente estudo, a exposição à VPI na fase pré-natal e de 0-11 meses aumentou a chance de a criança ter depressão na idade escolar.

Supreendentemente, apesar dos elevados percentuais de exposição da criança à VPI (ECVPI) e problemas de comportamento encontrados, a frequência das dificuldades no comportamento pró-social foi muito baixa. Uma possível explicação é que, no SDQ, o comportamento pró-social é avaliado pela habilidade da criança se relacionar com seus colegas e de agir para favorecer as pessoas com quem convive. Esta escala não avalia a habilidade de enfrentar e superar conflitos e adversidades nessas relações (SILVA; OSÓRIO; LOUREIRO, 2015). Outra explicação seria a capacidade da criança ter uma resposta adaptativa positiva diante de estresse e trauma agudos ou mesmo de formas mais crônicas de adversidades, ou seja, a capacidade da criança se tornar resiliente (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2015). Outros estudos também encontraram crianças expostas à VPI exibindo comportamento resiliente (BOWEN, 2015; MARTINEZ-TORTEYA et al., 2009).

Os meninos apresentaram mais problemas de comportamento e as meninas maior incidência de sintomas internalizantes: depressão (pelo SMFQ) e de problemas emocionais (pelo SDQ). Esse resultado é consistente com estudos (HERRINGA et al., 2013) que explicam que a nível neural, as mulheres são mais vulneráveis que os homens às experiências traumáticas na infância. Períodos de rápida maturação cerebral são particularmente sensíveis aos efeitos negativos das experiências precoces na vida e podem ter maior impacto nas mulheres, devido aos processos regulatórios de conectividade neural e alterações no circuito do medo, que são diferentes entre os sexos e têm maior impacto sobre as meninas, o que explica a maior chance de problemas internalizantes. Outra possível explicação é que as meninas são mais sensíveis que meninos aos estados emocionais dos outros ou porque se identificam com as mães agredidas e desenvolvem sintomas semelhantes às vítimas (STERNBERG et al., 2006).

Ter irmãos e em número maior que três e ainda, ocupar a terceira ou maior posição na prole mostraram associação com problemas de comportamento. Os irmãos menores ou maiores podem ser percebidos como fonte de apoio, mas no caso da VPI, ter muitos filhos pode ser mais um fator de estresse para a mãe e fonte de práticas disciplinares inadequadas e de negligência (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTE, 2007). Outros estudos ainda mostram que problemas externalizantes e internalizantes são mais frequentes em crianças que moram em domicílios com grande número de pessoas, fato que é muito comum na área estudada, onde os domicílios, além da grande aglomeração de pessoas, têm condições físico-sanitárias muito precárias (GONZALEZ et al., 2014).

Pela idade das crianças, no momento das entrevistas, a maioria deveria estar cursando a 2ª série. As crianças que estavam com escolaridade menor apresentaram percentual maior de problemas de comportamento e de depressão, indicando por *proxy* que a exposição da criança à VPI pode desencadear dificuldades acadêmicas, que incluem déficit na memória (BOS et al., 2009), problemas de atenção e aprendizado (PEARS; KIM; FISHER, 2008) e dificuldades nas funções executivas (McDERMOTT et al., 2012).

O funcionamento executivo é diferente do sucesso acadêmico e engloba a memória funcional, autocontrole cognitivo e controle inibitório (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2011), que formam a base que habilita a criança a aprender a ler, escrever e fazer cálculos e apoiam o processo de aprender a focar, lembrar e planejar (SEKTNAN et al., 2010). As experiências ameaçadoras, estressantes e emocionalmente

fortes, como a exposição a múltiplos tipos de VPI e por tempo prolongado, influenciam e também são afetadas pelo desenvolvimento das funções executivas (BLAIR; ZELAZO; GREENBERG, 2005; RUEDA; POSNER; ROTHBART, 2005).

Os problemas psicossociais foram mais frequentes nas crianças que estudavam nas escolas públicas. No Brasil, as escolas públicas são mais frequentadas por crianças de famílias com condição socioeconômica desfavorável, sugerindo, então, que as dificuldades econômicas são fatores de risco para o desenvolvimento adequado das crianças (WELSH et al., 2010). Há evidências também que crianças com condição socioeconômica precária mostram, com maior frequência, performance inadequada em testes de memória funcional, flexibilidade cognitiva e controle inibitório (KISHIYAMA et al., 2009; NOBLE; McCANDLISS; FARAH, 2007).

Poucos estudos (EDLESON; SHIN; ARMENDARIZ, 2008; FLOWERS; HASTINGS; KELLEY, 2000) apresentam um instrumento para investigação da ECVPI como a realizada neste estudo. Algumas pesquisas mostram a ECVPI de forma indireta, pela exposição da mãe (LEVENDOSKY et al., 2006; McDONALD et al., 2006). Outras pesquisas falam apenas de ECVPI sem mostrar como foi a avaliação (GRAHAM-BERMANN et al., 2015) e outras mostram apenas o “ver” e “ouvir” (ARTZ et al., 2014; HAMBY, 2011; KISS et al., 2012), além daquelas que mostram a sobreposição entre estar exposta e ser vítima de violência (GONZALEZ et al., 2014; HAMBY et al., 2010; MURPHY et al., 2013).

Com base na classificação de Holden (2003), apresentou-se 10 categorias de ECVPI. As vantagens dessa classificação, comparada com outros instrumentos (EDLESON; SHIN; ARMENDARIZ, 2008) são a inclusão da violência pré-natal e da violência psicológica e física, sofrida pela criança, dentro do contexto da violência entre o casal. Por essa classificação não se avalia de forma separada a VPI sofrida pela mãe e violência contra criança. Para um estudo de coorte, essa forma de avaliar a ECVPI foi muito importante, pois permitiu estudar a VPI pré-natal e a pós-natal (em diferentes períodos do desenvolvimento) até a idade escolar. Vários estudos citam a classificação de Holden (2003), mas apenas dentro do contexto teórico. Até o momento, não foi identificado nenhum estudo que tenha avaliado a ECVPI englobando tantos aspectos diretos, indiretos, ativos e passivos, de vivenciar os eventos violentos.

Poucos estudos têm avaliado a exposição da criança à VPI e suas consequências para o desenvolvimento desde o período pré-natal (FLACH et al., 2011; MARTINEZ-TORTEYA et al., 2015; McFARLANE et al., 2014; TAN; GREGOR, 2006; WHITAKER; ORZOL; KAHN, 2006; ZOU et al., 2015). A maioria das pesquisas que se concentram nas repercussões da exposição pré-natal da criança mostram consequências físicas (HAN; STEWART, 2014), que incluem: baixo peso ao nascer (AUDI et al., 2008), prematuridade (SHAH; SHAH, 2010), abortamento (STOCKL et al., 2012) e mortalidade neonatal e perinatal (AHMED; KOENIG; STEPHENSON, 2006).

Pesquisas vêm sendo desenvolvidas para entender como a VPI, um evento comprovadamente estressante, durante a gestação, que é um período de vulnerabilidade materna e fetal, impede o desenvolvimento de sistemas de regulação emocional e comportamental das crianças (GLOVER; O'CONNOR; O'DONNELL, 2010). Tem sido demonstrado que os efeitos do estresse pré-natal são mediados pelos níveis de cortisol materno e fetal, que alteram a programação dos neurônios do feto (WEINSTOCK, 2008). Há também evidências que mães vítimas de violência pré-natal têm representações negativas de si e de seus filhos e formam um fraco vínculo mãe-filho (HUTH-BOCKS, 2004). Consequentemente, essa experiência exerce um importante papel no desenvolvimento social e emocional da criança (CARPENTER; STACKS, 2009). Alguns estudos sugerem que a VPI pré-natal pode aumentar o risco de problemas internalizantes (como depressão e ansiedade e problemas com os colegas) e externalizantes (como comportamento impulsivo/oposicional, hiperatividade, déficit de atenção) durante a infância e adolescência (BURKE; LEE; O'CAMPO, 2008; LEVENDOSKY et al., 2006). Esses resultados são consistentes com o presente estudo, que também encontrou depressão e problemas de comportamento, em crianças escolares, que foram expostas à VPI no pré-natal e nos anos iniciais da vida.

Os tipos de exposição mais citados na literatura são “ver” e “ouvir” (EDLESON; SHIN; ARMENDARIZ, 2008). Os elevados percentuais de “ver” (23,9%) e “ouvir” (32,7%) encontrados neste estudo são menores do que os encontrados por Edleson et al. (2003) e Hutchison e Hirschel (2001), mas são bem maiores do que os encontrados por Fusco e Fantuzzo (2009). Essas diferenças envolvem metodologias, tamanho de amostras, idade das crianças, local do estudo, entre outras.

Se a criança decide intervir para defender a mãe, adota uma postura ativa, corajosa, porém perigosa porque pode se tornar a própria vítima, de forma intencional ou acidental. É um tipo de exposição pouco estudada, talvez porque dependa da idade das crianças. Ericksen e Henderson (1992) encontrou que 30% das crianças fizeram intervenções em favor da mãe, enquanto neste estudo o percentual foi de 12%. Outro estudo (EDLESON; SHIN; ARMENDARIZ, 2008) encontrou que 41,5% das crianças gritaram de um quarto diferente para parar a violência e 23% gritaram no mesmo ambiente. Nesse mesmo estudo, muitas crianças (41,5%) tentaram parar fisicamente a violência, 47,7% chamaram alguém para ajudar e um pouco mais da metade (50,8%) tentou fugir das brigas. Claramente, a forma que uma criança intervém na violência, na qual está exposta, varia de criança para criança e provavelmente está relacionada com a sua interpretação do significado da violência (EDLESON et al., 2007).

Embora a frequência de crianças que participaram da violência contra sua mãe tenha sido pequeno, a chance de problemas de comportamento e de depressão foi substancial. Este tópico é muito pouco estudado, mas de suma importância, pois pressupostos da teoria do aprendizado social e da desigualdade de gênero são reforçados se o filho é estimulado ou usado pelo homem para agredir a mulher. Apenas um estudo (HILTON, 1992) cita o relato de mãe, cujo filho se aliou ao pai para agredir a mãe verbalmente e Edleson, Shin e Armendariz (2008) encontraram que 15% dos parceiros pediram aos filhos para falar sobre as mães, sugerindo o uso dos filhos no controle das ações da mãe.

Tornar-se vítima de violência física ou psicológica, durante as situações de violência, revelou uma chance de problemas de comportamento três vezes maior e de depressão 2,5 vezes maior em comparação com crianças não vítimas. McCloskey (2001) encontrou que 65% dos agressores tinha ameaçado agredir as crianças. Muitas vezes essa é uma forma de aterrorizar ou agredir a mulher. Por outro lado, às vezes, a mulher só reage, tanto para revelar como para sair da relação violenta, quando os filhos são atingidos ou ameaçados (KISS et al., 2012). Apesar do reconhecimento da co-ocorrência de VPI e violência contra as crianças, poucos estudos têm avaliado o seu impacto sobre o desenvolvimento das crianças (GONZALEZ et al., 2014; GUSTAFSSON et al., 2014). Os resultados ainda são conflitantes. Kitzmann et al. (2003) não encontraram evidência que crianças expostas a ambas, VPI e violência física, não apresentaram piores desfechos que as crianças expostas apenas à VPI. No entanto, Wolfe et

al. (2003) encontraram que crianças expostas a ambos os tipos de violência apresentaram mais problemas emocionais e comportamentais.

A observação dos efeitos iniciais pode ocorrer imediatamente ou pouco depois do evento violento. Os efeitos iniciais podem continuar por vários dias, incluindo idas frequentes aos serviços de saúde (EDLESON et al., 2007). A chance de depressão foi 3 vezes maior e de problemas de comportamento 2 vezes maior, para crianças que observaram efeitos iniciais, neste estudo. Enquanto nessa amostra 20% das crianças observaram efeitos iniciais, Hutchison e Hirschel (2001) identificaram que 66,7% viram a polícia chegar na sua casa.

Vivenciar consequências da exposição à VPI é ter o envolvimento com uma variedade de efeitos a longo prazo. Destaca-se, principalmente, problemas de saúde mental da mãe, além da instabilidade do comportamento do pai, que ora agride a mãe e ora demonstra amor, ou a necessidade de sair de casa para outra moradia ou mesmo um abrigo para mulheres e crianças agredidas (EDLESON et al., 2007). No presente estudo 1/3 das crianças vivenciaram essas situações que as colocam num ambiente estressante e de insegurança emocional.

Outra possibilidade de ECVPI é apenas ouvir comentários dos adultos sobre a violência, que pode ser relatos da própria mãe, irmãos, parentes e vizinhos. Importante ressaltar, que o que a criança escuta da mãe pode interferir nas percepções de culpa e responsabilidade da criança, sugerindo que, a depender da idade, as crianças irão intervir nas situações de violência e se colocarão em risco potencial de se tornarem vítimas.

Mais de 15% das mães, deste estudo, acreditavam que a criança não sabia da violência, o que pode ser um indicativo de que a mãe não observa adequadamente o seu filho nem tem atitudes responsivas. Alguns estudos (HOWELL, 2011) mostram que mães que sofrem VPI são menos aptas para oferecer atenção, aconchego e apoio para seus filhos. No entanto, outros estudos (LEVENDOSKY et al., 2003) demonstram que mães, frequentemente, tentam compensar a violência sofrida, esforçando-se para prestarem mais atenção, serem mais responsivas e terem um vínculo mais forte com os filhos. Porém, esse estilo maternal foi apresentado por mães mentalmente saudáveis, mesmo depois de sofrerem VPI. Essas atitudes podem não ser observadas em mães com transtornos mentais (LEVENDOSKY et al., 2006).

O alto percentual de problemas de comportamento (46,7%) deste estudo é semelhante a outro estudo brasileiro que também usou o SDQ (RODRIGUEZ et al., 2011). Há uma grande

heterogeneidade nos resultados encontrados, que variam de 5% a 50% (FLEITLICH; GOODMAN, 2000). Os resultados de um estudo realizado na Alemanha mostraram que 14,5% das crianças entre 7–17 anos de idade tinham problemas de saúde mental, baseados nos escores do SDQ (RAVENS-SIEBERER et al., 2008). Um estudo em Mínia – Egito, usando o SDQ, indicou uma prevalência de 20,6% para o total de dificuldades (ELHAMID; HOWE; READING, 2008). Estudos brasileiros relataram taxas menores do que o presente estudo. Outros estudos brasileiros relataram prevalências entre 19,0% e 24,6% (CURY; GOLFETO, 2003; PAULA et al., 2008), mas um estudo de base populacional no Nordeste do Brasil encontrou 5,3% (GOODMANN et al., 2005). Essas variações podem ser explicadas pelas diferenças culturais, pelo tamanho das amostras, pelo uso do suplemento de impacto do SDQ, que não foi usado em todos os estudos, inclusive no presente estudo, pela diferença entre o estudo usar único ou multi-informantes e também pela forma de agregar as respostas dos informantes.

Neste estudo mães e professores responderam o SDQ e consistente com estudos internacionais (JOHNSON et al., 2014) e brasileiros (GOODMAN et al., 2005), as mães encontraram maior frequência de problemas de comportamento do que os professores. No entanto, semelhante a estudos no Reino Unido, Holanda e Estados Unidos, a concordância foi baixa (BROWN et al., 2006; GOODMAN; MELTZER; BAILEY, 1998; MURIS; MEEESTERS; van den BERG, 2003; van WIDENFELT et al., 2003).

Em estudos de base populacional, como este, tem sido demonstrada frequente discordância entre os informantes (FOLEY et al., 2005; OFFORD et al., 1996; SHEMESH et al., 2005). Essas discordâncias não são necessariamente erros de observação, podem indicar que os sintomas das crianças ou oportunidades de observá-las variam entre os contextos (BROWN et al., 2006; STEIN, 2004).

A concordância em amostras populacionais é menor do que em amostra de serviços de atenção primária porque a concordância aumenta com a gravidade dos casos. Amostras de serviços de saúde podem ter mais concordância porque a procura para crianças que adultos suspeitam de problemas é maior (GOODMAN; RENFREW; MULLICK, 2000).

Os professores identificam mais problemas de conduta e hiperatividade, enquanto os pais detectam mais problemas emocionais (GOODMAN et al., 2000). Essa predição foi

confirmada nesse estudo, considerando o SDQ respondido pelos professores e o tipo de problema identificado. O SDQ respondido pelas mães identificou um percentual maior de problemas de conduta, seguidos dos problemas emocionais. Uma possível explicação é que, em amostras comunitárias, os falso-negativos são mais comuns e, em casos moderados, os problemas emocionais podem não ser identificados (GOODMAN et al., 2000).

A especificidade do SDQ é aumentada com respostas de multi-informantes, como pais e professores (GOODMAN et al., 2000; GOODMAN et al., 2004; RENK, 2005; STONE et al., 2010). No entanto, não há evidências de como interpretar os resultados, nem o método mais apropriado de agregar as respostas (JOHNSON et al., 2014; RENK, 2005; van DULMEN; EGELAND, 2011).

Alguns estudos têm mostrado que multi-informantes aumentam a sensibilidade (GOODMAN et al., 2000; GOODMAN et al., 2004), enquanto outros não encontraram diferenças com um único informante (van DULMEN; EGELAND, 2011), além de mostrar modesta concordância entre pais e professores (BROWN et al., 2006), principalmente para problemas internalizantes. As estimativas têm variado bastante entre os informantes (JOHNSON et al., 2014), embora a avaliação de pais e professores tenha valor preditivo semelhante (GOODMAN et al., 2004).

Essas discrepâncias entre informantes podem ser originadas tendo em conta a relação que a criança compartilha com o informante e o contexto em que se desenvolve esta relação. Por exemplo, uma mãe pode dar uma informação baseada na experiência com o filho ao longo de vários anos, não podendo ser considerada dentro do contexto do comportamento normativo da infância (De LOS REYES et al., 2015). Por outro lado, a relação do professor com a criança pode se desenvolver no contexto de um único ano acadêmico e uma grande sala de aula com outros alunos. Ou seja, a informação do professor pode refletir um intervalo de tempo relativamente limitado de experiências com a criança. No entanto, o professor pode ter a oportunidade de balancear sua informação com base no comportamento de todas as crianças da sala de aula (DRABICK; GADOW; LONEY, 2008).

Apesar das polêmicas relacionadas ao SDQ, o seu uso é de reconhecida utilidade para identificar problemas comportamentais de crianças, tanto em pesquisas epidemiológicas como

clínicas. É um instrumento breve, de fácil aplicação e boas qualidades psicométricas, além de ter sido construído com conceitos nosológicos da DSM-IV (GOODMAN, 1999).

5.4 Vantagens

É um estudo de coorte de base populacional, que acompanha longitudinalmente mulheres desde 2005. Foram realizadas duas etapas com as mulheres na gravidez e no puerpério e nesta terceira etapa, além da avaliação das mesmas mulheres, foram incluídos os filhos que estavam entre 6 e 9 anos de idade.

Apresenta avaliações dos problemas de comportamento pelo SDQ de multi-informantes (versão mães e professores), que é um instrumento validado no Brasil e largamente usado no mundo, por ser prático, de fácil e rápida aplicação, boa aceitabilidade, além de apresentar boas propriedades psicométricas. A sua utilização em vários países, mostra a sua validade e reprodutibilidade entre as culturas.

Para a identificação de depressão da criança foi realizada adaptação transcultural do *Short Mood and Feelings Questionnaire*, que é um instrumento de aplicação rápida, para avaliação de sintomatologia depressiva, tanto em amostras clínicas como epidemiológicas, e que também tem sido bastante usado em vários países e apresenta boas propriedades psicométricas.

Para avaliação da exposição da criança à VPI foi utilizada a classificação teórica de Holden (2003), que inclui 10 tipos de exposição, permitindo uma avaliação mais ampla do que apenas “ver” ou “ouvir”, como citado por alguns estudos (ARTZ et al., 2014; HAMBY, 2011).

O estudo conseguiu identificar chances diferentes de problemas psicossociais relacionados às diferentes idades de início da exposição, o que é uma grande contribuição para o entendimento das trajetórias de risco relacionadas à idade, o que possibilita intervir com estratégias específicas para cada idade.

O estudo vem sendo realizado numa área com indicadores socioeconômicos e de saúde precários, os quais a caracterizam como área prioritária de políticas públicas, como é a

Estratégia Saúde da Família, possibilitando, então, a generalização dos resultados para populações com condições semelhantes e que representam 54% de cobertura da Estratégia Saúde da Família na cidade do Recife. Portanto, as estratégias de enfrentamento podem ser elaboradas e ampliadas para todas as áreas de cobertura da ESF.

5.5 Limitações

Houve uma perda de 39% da amostra, com algumas características de inevitabilidade, pois há uma elevada mobilidade das famílias em áreas carentes. Devido à reorganização da ocupação do solo urbano, foram retiradas muitas famílias de algumas áreas do estudo, o que dificultou a localização de muitas mulheres. É importante destacar que, quando comparamos as mulheres entrevistadas na 2ª etapa do estudo de coorte com as que não participaram desta 3ª etapa, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à VPI e às variáveis demográficas e socioeconômicas.

As informações sobre a VPI são autorrelatadas pelas mulheres, o que pode subestimar os percentuais de violência, no entanto, devido a sensibilidade e gravidade do tema sabe-se que o que é relatado, dificilmente não aconteceu. Outro dado que pode estar subestimado é a exposição da criança à VPI, pois foi relatada apenas pela mãe, a criança não foi entrevistada e não foi coletada informação de outros possíveis cuidadores (como parentes).

O SDQ respondido pelo professor apresentou percentuais menores que o SDQ respondido pela mãe. Nas visitas às escolas foi observado que os professores das escolas públicas são sobrecarregados, com turmas, que geralmente ultrapassam o número de alunos preconizado pela Secretaria de Educação do município, que é de 25 alunos, o que dificulta a observação mais acurada de cada aluno. Outro aspecto observado é que algumas escolas tem estrutura física bastante precária, o que certamente dificulta o bem-estar e satisfação do professor.

O tamanho da amostra foi bom, mas não suficiente para ser realizada análise mais detalhada de algumas variáveis.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados mostram que a exposição à VPI coloca a criança em vulnerabilidade para apresentar, na idade escolar, problemas de comportamento e de depressão. Essa vulnerabilidade foi maior quando a criança vivenciou múltiplos tipos de exposição à VPI e quando foram expostas em idades mais precoces.

Os pressupostos da teoria do trauma, da segurança emocional e do apego embasam os resultados. A VPI ao ser considerada um estressor traumático, predispõe a criança a ter insegurança na relação com os pais e impede a família de ser uma base segura. Conseqüentemente, a criança tem dificuldades de regular suas emoções e sentimentos em diferentes contextos e o ambiente familiar se torna desfavorável para o desenvolvimento psicossocial saudável.

Por outro lado, algumas crianças, mesmo expostas à VPI, apresentaram comportamento pró-social, demonstrando que a habilidade para lidar com adversidades, regular as emoções e tornar-se resiliente varia de indivíduo para indivíduo e pode estar relacionada com características da criança e das relações com outras pessoas de um ambiente social mais amplo.

Importante também destacar os fatores relacionados à família, à mãe, ao parceiro e à criança que se mostraram associados aos problemas de comportamento e de depressão da criança: pobreza, baixa escolaridade da mãe, uso abusivo de álcool e uso de drogas pelo parceiro da mãe, número elevado de irmãos e estudar em escola pública.

Para enfrentar as consequências adversas da VPI, pesquisadores, clínicos e gestores devem considerar as necessidades das mulheres grávidas, das crianças, dos adolescentes e jovens adultos que estão formando novas relações afetivas e que vivem em lares violentos. Os modelos comportamentais que a criança observa dentro da família de origem podem ser aprendidos e reproduzidos nas relações futuras da vida adulta. Sem intervenção, os comportamentos violentos, provavelmente se transmitirão de uma fase a outra da vida e de relação em relação. Portanto, identificar e intervir, precocemente, pode, provavelmente, interromper o ciclo da violência e evitar que gerações futuras de crianças estejam sendo expostas a experiências traumáticas e danosas para o seu desenvolvimento.

Com base no exposto, sugerem-se novas pesquisas, que possam complementar os resultados deste estudo, bem como propor estratégias de prevenção e intervenção para que as crianças possam ter um desenvolvimento saudável.

Com relação aos novos estudos, propõe-se:

- a) Investigar a relação entre a saúde mental da mãe e o desenvolvimento psicossocial da criança;
- b) Investigar se eventos estressantes na vida da mulher, além da VPI, influenciam o desenvolvimento psicossocial da criança;
- c) Investigar a relação entre o temperamento da criança e a exposição à VPI sobre o desenvolvimento psicossocial;
- d) Identificar fatores moderadores e mediadores da relação entre VPI e problemas de comportamento e de depressão da criança; e
- e) Identificar que fatores individuais da criança, mesmo exposta a adversidades, como a VPI, a mantêm resiliente.

Em relação às estratégias de prevenção, sugere-se:

- 1) Socializar os resultados deste estudo com o setor da saúde e da educação da área do estudo;
- 2) Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para investigação da VPI no pré-natal e na puericultura;
- 3) Sensibilizar os profissionais de saúde para investigar VPI quando a mulher apresentar sinais sugestivos, como: consultas frequentes por dores crônicas, doenças psicossomáticas, por transtornos mentais comuns e uso de psicotrópicos;
- 4) Sensibilizar o NASF para elaborar, junto com as ESF e CAPS – disponíveis na área de abrangência da população estudada – um programa de intervenção para as famílias vulneráveis.

Um programa de intervenção, no caso das **mulheres**, pode ter como objetivos:

- a) Ajudar a mulher encontrar apoio na sua rede social;
- b) Facilitar a construção de um plano de segurança, para o caso da mulher precisar sair da relação;

- c) Identificar problemas de saúde mental (transtornos mentais comuns, transtorno por estresse pós-traumático e uso de substâncias ilícitas);
- d) Encaminhar para serviços adequados, quer seja de saúde, jurídico, serviços sociais ou de assistência para mulheres vítimas de violência;
- e) Facilitar apoio psicoterápico;
- f) Orientar sobre práticas educativas parentais;
- g) Orientar sobre as influências do comportamento materno para o desenvolvimento da criança.

No caso das **crianças**, a intervenção deve ser adaptada para a idade da criança e pode focar sobre:

- a) Iniciar psico-educação em grupos de pré-natal, focando na relação mãe-filho;
- b) Identificar como a VPI tem afetado o desenvolvimento da criança;
- c) Identificar atitudes e crenças das crianças sobre a violência;
- d) Encaminhar para serviços adequados, quer seja de saúde, jurídico, serviços sociais ou de assistência para crianças vítimas de violência;
- e) Apoiar a mulher no desafio da maternagem adequada;
- f) Para as crianças em idade escolar, procurar articulação com o Programa Saúde nas Escolas (PSE).

Enfim, as abordagens devem buscar o fortalecimento das relações familiares, já que se sabe que a habilidade para responder aos desafios da vida, de uma maneira positiva, está embasada na qualidade da relação da criança com seus cuidadores, especialmente os pais. Além disso, é importante estimular as capacidades adaptativas para proteger e promover o desenvolvimento infantil saudável.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, C. M. The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counselors. **The Family Journal**, v. 14, n. 4, p. 334-341, 2006.
- AGAIBI, C. E.; WILSON, J. P. Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 6, n. 3, p. 195-216, 2005.
- AGOFF, C.; HERRERA, C.; CASTRO, R. The Weakness of Family Ties and Their Perpetuating Effects on Gender Violence. **Violence Against Women**, v. 13, n. 11, p. 1206-1220, 2007.
- AHLFS-DUNN, S. M.; HUTH-BOCK, A. C. Intimate Partner Violence and Infant Socioemotional Development: The Moderating Effects of Maternal Trauma Symptoms. **Infant Mental Health Journal**, v. 35, n. 4, p. 322–335, 2014.
- AHMED, S.; KOENIG, M. A.; STEPHENSON, R. Effects of Domestic Violence on Perinatal and Early-Childhood Mortality: Evidence from North India. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 8, 2006.
- AINSWORTH, M. D. S. Infant-Mother Attachment. **American Psychological Association**, v. 34, n. 10, p. 932-937, 1979.
- ALVIM, C. G. et al. Prevalência de transtornos emocionais e comportamentais em adolescentes com asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 4, p. 196-204, 2008.
- ALVORD, M. K.; GRADOS, J. J. Enhancing Resilience in Children: A Proactive Approach. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 36, n. 3, p. 238 –245, 2005.
- AMARO, H. et al. Violence during pregnancy and substance use. **American Journal of Public Health**, v. 80, n. 5, p. 575-579, May. 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V**. 5. ed. rev. e trad. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- ANGOLD, A. et al. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 5, p. 237-249, 1995.
- ANTAI, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **BMC Public Health**, 11:511, 2011.
- ARTZ, S. et al. A comprehensive review of the literature on the impact of exposure to intimate partner violence for children and youth. **International Journal of Child, Youth and Family Studies**, v. 5, n. 4, p. 493–587, 2014.

ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-61, 2009.

AUDI, C. A. F. et al. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 1, p. 60-66, 2008.

BAIR-MERRIT, M. H. et al. Impact of intimate partner violence on children's well-child care and medical home. **Pediatrics**, v. 121, p. e473-e480, 2008.

BAIR-MERRIT, M. H.; BLACKSTONE, M.; FEUDTNER, C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. **Pediatrics**, v. 117, p. 278-290, 2006.

BALDRY, A. C. Bullying in schools and exposure to domestic violence. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, p. 713-732, 2003.

BANDURA, A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. **Annual Review Psychology**, v. 52, p. 1-26, 2001.

BAUER, N. S. et al. Childhood Bullying Involvement and Exposure to Intimate Partner Violence. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, p. e235-242, 2006.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BEE, H.; BOYD, D. **A Criança em Desenvolvimento**. 12.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 567 p.

BELDEN, A. C.; THOMPSON, N. R.; LUBY, J. L. Temper tantrums in healthy versus DSM-IV depressed and disruptive preschoolers: Defining tantrum behaviors associated with clinical problems. **Journal of Pediatrics**, v. 152, p. 117-122, 2008.

BELL, K. M.; NAUGLE, A. E. Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. **Clinical Psychology Review**, v. 28, p. 1096-1107, 2008.

BERGER, K. S. **Desenvolvimento da Pessoa – Da Infância à Terceira Idade**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011. 570 p.

BLACK, D. S.; SUSSMAN, S.; UNGER, J. B. A Further Look at the Intergenerational Transmission of Violence: Witnessing Interparental Violence in Emerging Adulthood. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 25, n. 6, p. 1022-1042, 2010.

BLACK, M. C. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 5, n. 5, p. 428-439, 2011.

BLAIR, C.; ZELAZO, P. D.; GREENBERG, M. T. The measurement of executive function in early childhood. **Developmental Neuropsychology**, v. 28, n. 2, p. 561-571, 2005.

BOGAT, G. A. et al. Predicting the psychosocial effects of interpersonal partner violence (IPV): How much does a woman's history of IPV matter? **Journal of Interpersonal Violence**, v. 18, n. 11, p. 1271-1291, 2003.

- BOGAT, G. A. et al. Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. **Child Abuse & Neglect**, v. 30, p. 109–25, 2006.
- BOLEN, R. B. Attachment and family violence: Complexities in knowing. **Child Abuse & Neglect**, v. 29, p. 845–852, 2005.
- BOS, K. J. et al. Effects of early psychosocial deprivation on the development of memory and executive function. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 3, n. 6, p. 1-7, 2009.
- BOWEN, E. The impact of intimate partner violence on preschool children's peer problems: An analysis of risk and protective factors. **Child Abuse & Neglect**, v. 50, p. 141–150, 2015.
- BOWLBY, J. **A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development**. Estados Unidos da América: Basic Books, 1988. 205 p.
- BOWLBY, J. **Apego: A Natureza do Vínculo**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. 493p.
- BOWLBY, J. **Separação: Angústia e Raiva**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 515p.
- BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. **British Journal of Psychiatry**, v. 130, p. 201-210, 1977.
- BOY, A.; SALIHU, H. M. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. **International Journal of Fertility and Women's Medicine**, v. 49, p. 159–64, 2004.
- BOYNTON-JARRETT, R. et al. Association between maternal intimate partner violence and incident obesity in preschool- aged children: results from the fragile families and child well-being study. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 164, n. 6, p. 540–6, 2010.
- BREIDING, M. J. et al. **Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements**, Version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, *Centers for Disease Control and Prevention*, 2015.
- BRENNAN, P. A. et al. Chronicity, Severity, and Timing of Maternal Depressive Symptoms: Relationships with Child Outcomes at Age 5. **Developmental Psychology**, v. 36, n. 6, p. 759-766, 2000.
- BRIGGS-GOWAN, M. J. et al. Are infant-toddler socio-emotional and behavioral problems transient? **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 45, p. 849–858, 2006.
- BRIGGS-GOWAN, M. J. et al. Prevalence of Exposure to Potentially Traumatic Events in a Healthy Birth Cohort of Very Young Children in the Northeastern United States. **Journal of Traumatic Stress**, v. 23, n. 6, p. 725–733, 2010.
- BRONFENBRENNER, U. **Ecological Models of Human Development**. In: International Encyclopedia of Education, v. 3, 2. ed. Oxford: Elsevier, 1994, p. 37 – 43.

BROWN, J. D. et al. Parent and Teacher Mental Health Ratings of Children Using Primary-Care Services: Interrater Agreement and Implications for Mental Health Screening. **Ambulatory Pediatrics**, v. 6, p. 347–351, 2006.

BURKE, J. G.; LEE, L. C.; O’CAMPO, P. An exploration of maternal intimate partner violence experiences and infant general health and temperament. **Maternal and Child Health Journal**, v. 12, p. 172–179, 2008.

BURNETTE, M. L. Gender and the development of oppositional defiant disorder: contributions of physical abuse and early family environment. **Child Maltreatment**, v. 18, n. 3, p. 195-204, 2013.

CAMPBELL, J. C. Abuse during Pregnancy: A Quintessential Threat to Maternal and Child Health – So When do we Start to Act? **Canadian Medical Association Journal**, v. 164, n. 11, p. 1578-1579, 2001.

CAMPBELL, J. C. et al. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. **Trauma, Violence, & Abuse**. v. 8, n. 3, p. 246-269, 2007.

CAMPBELL, J. C. Helping women understand their risk in situations of intimate partner violence. **Journal of Interpersonal Violence**. v. 19, n. 12, p. 1464-1477, 2004.

CARPENTER, G. L.; STACKS, A. M. Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. **Children and Youth Services Review**, v. 31, p. 831-39, 2009.

CASANUEVA, C. E. et al. Maternal perceptions of temperament among infants and toddlers investigated for maltreatment: Implications for services need and referral. **Journal of Family Violence**, v. 25, n. 6, p. 557-74, 2010.

CASANUEVA, C. E.; MARTIN, S. L. Intimate partner violence during pregnancy and mothers' child abuse potential. **Journal of Interpersonal Violence**, v.22, n.5, p.603-22, 2007.

CATTANEO, L. B; GOLDMAN, L. A. Risk factors for reabuse in intimate partner violence. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 6, n. 2, p. 141-175, 2005.

CHAN, K. L. Association Between Intimate Partner Violence and Child Maltreatment in a Representative Student Sample in Hong Kong. **Violence Against Women**, v. 21, n. 4, p. 500–515, 2015.

CHAN, K. L. Co-Occurrence of Intimate Partner Violence and Child Abuse in Hong Kong Chinese Families. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 26, n. 7, p. 1322–1342, 2011.

CHAN, K. L. et al. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study. **Child Abuse & Neglect**, v. 36, p. 275–284, 2012.

CHAN, Y.; YEUNG, J. W. Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995-2006. **Aggression and Violent Behavior**, v. 14, n. 3, p. 313-322, 2009.

- COKER, A. L. et al. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. **American Journal of Public Health**, v. 90, n. 4, p. 553-559, 2000.
- COKER, A. L. et al. Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program. **American Journal of Epidemiology**, v. 165, n. 7, p. 821-827, 2007.
- COLE, P. M.; LUBY, J.; SULLIVAN, M. W. Emotions and the Development of Childhood Depression: Bridging the Gap. **Child Development Perspectives**, v. 2, n. 3p. 141–148, 2008.
- COUTINHO, M. J.; SANI, A. I. Evidência empírica na abordagem sobre as consequências da exposição à violência interpaparental. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto**, n. 5, p. 285-93, 2008.
- CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. **Psicologia em Pesquisa**, v. 3, n. 01, p. 87-100, 2009.
- CUMMINGS, E. M. et al. Children and Violence: The Role of Children's Regulation in the Marital Aggression–Child Adjustment Link. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 12, n. 1, p. 3–15, 2009.
- CUMMINGS, J. G.; PEPLER, D. J.; MOORE, T. E. Behavior problems in children exposed to wife abuse: Gender differences. **Journal of Family Violence**, v. 14, n. 2, p. 133–156, 1999.
- CUMMINGS, J. G.; MERRILEES, C. E. Identifying the Dynamic Processes Underlying Links Between Marital Conflict and Child Adjustment. In: SCHULZ, M. S. et al. **Strengthening Couple Relationships for Optimal Child Development: Lessons From Research and Intervention**, American Psychological Association, 2010. cap. 2, p. 27-40.
- CUNNINGHAM, A.; BAKER, L. **Learning to listen, learning to help: Understanding woman abuse and its effects on children**. London, Centre for Children & Families in the Justice Systems of the London Family Court Clinic, 2005.
- CUNNINGHAM, A.; BAKER, L. **What about me! Seeking understand a child's view of violence in the family**. Centre for Children & Families in the Justice System. London Family Court Clinic. 2004.
- CURY, C. R.; GOLFETO, J. H. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 3, p. 139-45, 2003.
- D'AFFONSECA, S. M.; WILLIAMS, L. C. A. Habilidades maternas de mulheres vítimas de violência doméstica: Uma revisão da literatura. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 31, p. 236–251, 2011.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. La violencia, un problema mundial de salud pública. In: KRUG, E. G. et al. **Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud**. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2002. cap.1, p.3-23.

- DAMANT, D. et al. Women's abuse of their children in the context on domestic violence: reflection from women's accounts. **Child and Family Social Work**, v. 15, p. 12–21, 2010.
- DANIELS, E.; MANDLECO, B.; LUTHY, K. E. Assessment, management, and prevention of childhood temper tantrums. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 24, p. 569–573, 2012.
- DAVIES, P. T.; WINTER, M. A.; CICCETTI, D. The implications of emotional security theory for understanding and treating childhood psychopathology. **Development and Psychopathology**, v.18, p. 707–735, 2006.
- De LO REYES, A. et al. The Validity of the Multi-Informant Approach to Assessing Child and Adolescent Mental Health. **Psychological Bulletin**, v. 141, n. 4, p. 858–900, 2015.
- De PRINCE, A. P.; WEINZIERL, K. M.; COMBS, M. D. Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. **Child Abuse & Neglect**, v. 33, n. 6, p. 353–361, 2009.
- DEAVE, T. et al. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 115, p. 1043-1051, 2008.
- DeBELLIS, M. D. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. **Development and Psychopathology**, v. 13, p. 539–564, 2001.
- DeBELLIS, M. D.; WOOLLEY, D. P.; HOOPER, S. R. Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/ Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. **Child Maltreatment**, v. 18, n. 3, p. 171–183, 2013.
- DeJONGHE, E. S. et al. Does Witnessing Intimate Partner Violence Contribute to Toddlers' Internalizing and Externalizing Behaviors? **Applied Developmental Science**, v. 15, n. 3, p. 129–139, 2011.
- DeVOE, E. R.; SMITH, E. L. The Impact of Domestic Violence on Urban Preschool Children: Battered Mothers' Perspectives. **Journal Interpersonal Violence**, v. 17, n. 10, p. 1075-1101, 2002.
- DOUBOVA, S. V. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la ciudad de México. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 582-590, 2007.
- DRABICK, D. A. G.; GADOW, K. D.; LONEY, J. Co-occurring ODD and GAD symptom groups: Source-specific syndromes and cross-informant comorbidity. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 37, p. 314–326, 2008.
- DURAND, J. G. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 355-64, 2011.
- DUTTON, D. G.; WHITE, K. R. Attachment insecurity and intimate partner violence. **Aggression and Violent Behavior**, v. 17, p. 475–481, 2012.

DUTTON, M. A. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 21, n. 7, p. 955-968, 2006.

EDLESON, J. L. et al. Assessing child exposure to adult domestic violence. **Children and Youth Services Review**, v. 29, p. 961–971, 2007.

EDLESON, J. L. et al. How children are involved in adult domestic violence: Results from a four city telephone survey. **Journal of Interpersonal Violence**. v.18, n.1, p.18–32. 2003.

EDLESON, J. L.; SHIN, N.; ARMENDARIZ, K. K. J. Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. **Children and Youth Services Review**, v. 30, p. 502–521, 2008.

EDLESON, J. L. Children's witnessing of adult domestic violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 14, n. 8, p. 839-70, 1999b.

EDLESON, J. L. Should childhood exposure to adult domestic violence be defined as child maltreatment under the law? In: JAFFE, P.G.; BAKER, L.L.; CUNNINGHAM, A. (Eds.). **Protecting Children from Domestic Violence: Strategies for Community Intervention**. New York, NY: Guilford Press, 2004. p.8-29. Disponível em: <http://www.mincava.umn.edu>. Acesso em: 20/07/2011.

EDLESON, J. L. The overlap between child maltreatment and woman battering. **Violence Against Women**, v. 5, n. 2, p. 134-54, 1999a.

EDWARDS, V. J. et al. Relationship between multiple forms of child maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 8, p. 1453-1460, 2003.

EGGER, H. L.; ANGOLD, A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 47, n. 3/4, p. 313–337, 2006.

EHRENSAFT, M. K. et al. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 71, p. 741-753, 2003.

EISENBERG, N.; SPINRAD, T. L.; EGGUM, N. D. Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children's Maladjustment. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 6, p. 495–525, 2010. Disponível em: www.annualreviews.org. Acesso em: 18/11/2015.

EL-KADY, D. et al. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. **Obstetrics & Gynecology**, v. 105, p. 357–63, 2005.

ELHAMID, A. A.; HOWE, A.; READING, R. Prevalence of emotional and behavioural problems among 6–12 year old children in Egypt. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 44, p. 8–14, 2008.

ELLSBERG, M. C. et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **The Lancet**, v. 371, n. 9619, p. 1165-72, Apr. 2008.

ELLSBERG, M. C. et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1595-1610, 2000.

ELLSBERG, M. C. et al. Domestic violence and emotional distress among nicaraguan women: results from a population-based study, **American Psychologist**. v. 54, n. 1, p. 30-36, 1999a.

ELLSBERG, M. C. et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 2, p. 241-244, Feb. 1999b.

ELLSBERG, M. C. et al. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 55, n. 8, p. 547-555, 2001.

EL-SHEIKH, M. et al. Marital Psychological and Physical Aggression and Children's Mental and Physical Health: Direct, Mediated, and Moderated Effects. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 76, n. 1, p. 138-148, 2008.

ENLOW, M. B. Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. **Infant Behavior & Development**, v. 34. p. 487- 503, 2011.

ERICKSEN, J. R.; HENDERSON, A. D. Witnessing family violence: The children's experience. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, p. 1200-1209, 1992.

EVANS, G. W. et al. Cumulative Risk, Maternal Responsiveness, and Allostatic Load Among Young Adolescents. **Developmental Psychology**, v. 43, n. 2, p. 341-351, 2007.

EVANS, S. E.; DAVIES, C.; DILILLO, D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. **Aggression and Violent Behavior**, v. 13, p. 131-140, 2008.

FANTUZZO, J. W.; MOHR, W. K. Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. **The Future of Children**, v. 9, n. 3, p. 21-32, 1999.

FEDER, A.; NESTLER, E. J.; CHARNEY, D. S. Psychobiology and molecular genetics of resilience. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 10, n. 6, p. 446-457, 2009.

FERRARO, K. J. Criminal cases involving battered women the words change, but the melody lingers: the persistence of the battered woman syndrome in criminal cases involving battered women. **Violence Against Women**, v. 9, n. 1, p. 110-129, 2003.

FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTE, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 251-259, 2007.

FINKELHOR, D. et al. Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. **JAMA Pediatrics**, v. 169, n. 8, p. 746-754, 2015.

FINKELHOR, D. Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. **Pediatrics**, v. 124, n. 5, p. 1411-1423, 2009.

- FLACH, C. et al. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behavior: a cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 118, p. 1383–1391, 2011.
- FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, Supl II, p. 2-6, 2000.
- FLOWERS, A. L., HASTINGS, T. L., KELLEY, M. L. Development of a Screening Instrument for Exposure to Violence in Children: The KID-SAVE. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 22, n.1, p.91-104, 2000.
- FOA, E. B. et al. Psychological and environmental factors associated with partner violence. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 1, n. 1, p. 67-91, Jan. 2000.
- FOLEY, D. L. et al. Making sense of informant disagreement for overanxious disorder. **Anxiety Disorders**, v. 19, p. 193–210, 2005.
- FOSCO, G. M.; DeBOARD, R. L.; GRYCH, J. H. Making Sense of Family Violence Implications of Children's Appraisals of Interparental Aggression for Their Short- and Long-Term Functioning. **European Psychologist**, v. 12, n. 1, p. 6–16, 2007.
- FOX, S. E.; LEVITT, P.; NELSON, C. A. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. **Child Development**, v. 81, n. 1, p. 28–40, 2010.
- FUSCO, R. A.; FANTUZZO, J. W. Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. **Children and Youth Services Review**, v. 31, p. 249–256, 2009.
- GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v. 368, n. 7, p. 1260-1269, Oct. 2006.
- GEWIRTZ, A. H.; EDLESON, J. L. Young children's exposure to intimate partner violence: towards a developmental risk and resilience framework for research and intervention. **Journal of Family Violence**, v. 22, p. 151–63, 2007.
- GHASEMI, M. Impact of domestic violence on the psychological wellbeing of children in Iran. **Journal of Family Studies**, v. 15, n. 3, p. 284-95, 2009.
- GILBERT, P. R. Discourses of female violence and societal gender stereotypes. **Violence Against Women**, v. 8, n. 11, p. 1271-1300, 2002.
- GIL-GONZÁLEZ, D. et al. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? **European Journal of Public Health**, v. 16, n. 3, p. 278-284, Feb. 2006.
- GJELSVIK, A.; VERHOEK-OFTEDAHL, W.; PEARLMAN, D. N. Domestic Violence Incidents of Children Witnesses: Findings from Rhode Island Surveillance Data. **Women's Health Issues**, v. 13, n. 2, p. 68-73, 2003.

- GLADSTONE, T. R. G.; BEARDSLEE, W. R. The prevention of depression in children and adolescents: a review. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 4, p. 212-221, 2009.
- GLOVER, V.; O'CONNOR, T. G.; O'DONNELL, K. Prenatal stress and the programming of the HPA axis. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 35, p. 17-22, 2010.
- GODBOUT, N. et al. Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. **Personal Relationships**, v. 16, p. 365-384, 2009.
- GOLDBLATT, H. Strategies of Coping Among Adolescents Experiencing Interparental Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 18, n. 5, p. 532-552, 2003
- GONZALEZ, A. et al. Subtypes of exposure to intimate partner violence within a Canadian child welfare sample: Associated risks and child maladjustment. **Child Abuse & Neglect**, v. 38, p. 1934-1944, 2014.
- GOODMAN, R. et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 13, suppl. 2, p.II/25-II/31, 2004.
- GOODMAN, R. et al. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 40, p. 11-17, 2005.
- GOODMAN, R. et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. **British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 534-539, 2000.
- GOODMAN, R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. **Journal Child Psychology and Psychiatry**, v. 40, n. 5, p. 791-9, 1999.
- GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 581-86, 1997.
- GOODMAN, R.; MELTZER, H.; BAILEY, V. The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 7, p. 125-130, 1998.
- GOODMAN, R.; RENFREW, D.; MULLICK, M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 9, p. 129-134, 2000.
- GOODMAN, R.; SCOTT, S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? **Journal Abnormal Child Psychology**, v. 27, n. 1, p. 17-24, 1999.
- GRAHAM-BERMANN, S. A. et al. An Efficacy Trial of an Intervention Program for Children Exposed to Intimate Partner Violence. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 46, p. 928-939, 2015.

- GRAHAM-BERMANN, S. A. et al. Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). **Child Abuse & Neglect**, v. 33, n. 9, p. 648–660, 2009.
- GRAHAM-BERMANN, S. A.; BRESKOLL, V. Gender, power and violence: Assessing the family stereotypes of the children of batterers. **Journal of Family Psychology**, v. 14, n. 4, p. 600–612, 2000.
- GRAHAM-BERMANN, S. A.; PERKINS, S. Effects of Early Exposure and Lifetime Exposure to Intimate Partner Violence (IPV) on Child Adjustment. **Violence and Victims**, v. 25, n. 4, p. 427-439, 2010.
- GRAHAM-BERMANN, S.; LEVENDOSKY, A. Traumatic Stress Symptoms in Children of Battered Women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 13, n. 1, p. 111-128, 1998.
- GREENHOOT, A. F.; McCLOSKEY, L.; GLISKY, E. A longitudinal study of adolescents' recollections of family violence. **Applied Cognitive Psychology**, v. 19, n. 6, p. 719-743, 2005.
- GUNNAR, M.; QUEVEDO, K. The Neurobiology of Stress and Development. **Annual Review Psychology**, v. 58, p. 145-173, 2007.
- GUNTER, J. Intimate partner violence. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 34, n. 3, p. 367-388, 2007.
- GUO, S. F. et al. Physical and sexual abuse of women before, during, and after pregnancy. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 84, n. 3, p. 281-286, 2004.
- GUPTA, J. et al. Physical violence against intimate partners and related exposures to violence among South African men. **Canadian Medical Association Journal**, v. 179, n. 6, p. 535-541, Sep. 2008.
- GUSTAFSSON, H. C. et al. Family Violence and Children's Behavior Problems: Independent Contributions of Intimate Partner and Child-Directed Physical Aggression. **Journal of Family Violence**, v. 29, p. 773–781, 2014.
- HAJ-YAHIA, M. M.; ABDO-KALOTI, R. Mental health consequences of Palestinian adolescents' exposure to family violence. **Journal of Loss and Trauma**, v. 13, n. 1, p. 1-41, 2008.
- HAMBY, S. **Children's Exposure to Intimate Partner Violence and Other Family Violence**. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2011. Disponível em: www.ojp.usdoj.gov Acesso em: 10/02/2016.
- HAMBY, S. et al. The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. **Child Abuse & Neglect**, v. 34, p. 734–741, 2010.
- HAN, A.; STEWART, D. E. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 124, p. 6–11, 2014.

- HARDING, H. G. et al, 2013; Exposure to Maternal- and Paternal-Perpetrated Intimate Partner Violence, Emotion Regulation, and Child Outcomes. **Journal of Family Violence**, v. 28, p. 63–72, 2013.
- HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 20, p. 299-311, 2006.
- HEISE, L. Violence against women: an integrated ecological framework. **Violence Against Women**, v. 4, n. 3, p. 262-290, Jun. 1998.
- HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Population Reports**, Series L, n. 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1999.
- HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. La violencia en la pareja. In: KRUG, E. G. et al. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2002. cap. 4, p. 97-131.
- HELWEG-LARSEN, K.; FREDERIKSEN, M. L.; LARSEN, H. B. Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: a Danish nationally representative youth survey. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 39, n. 8, p. 849-56, 2011.
- HERRINGA, R. J. et al. Childhood maltreatment is associated with altered fear circuitry and increased internalizing symptoms by late adolescence. **PNAS: Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 110, n. 47, p. 19119–19124, 2013.
- HIBEL, L. C. et al. Maternal sensitivity buffers the adrenocortical implications of intimate partner violence exposure during early childhood. **Development and Psychopathology**, v. 23, p. 689–701, 2011.
- HILTON, N. Z. Battered women's concerns about their children witnessing wife assault. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 7, p. 77–86, 1992.
- HINDIN, M. J.; GULTIANO, S. Associations between witnessing parental domestic violence and experiencing depressive symptoms in Filipino adolescents. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 4, p. 660-3, 2006.
- HINES, D. A.; SAUDINO, K. J. Intergenerational Transmission of Intimate Partner: A Behavioral Genetic Perspective. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 3, n. 3, p. 210-225, 2002.
- HOLDEN, G. W. Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 6, n. 3, p. 151-60, 2003.
- HOLMES, M. R.; VOITH, L. A.; GROMOSKE, A. N. Lasting Effect of Intimate Partner Violence Exposure During Preschool on Aggressive Behavior and Prosocial Skills. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 30, n. 10, p. 1651–1670, 2015.
- HOLT, S.; BUCKLEY, H.; WHELAN, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. **Child Abuse & Neglect**, v. 32, p. 797–810, 2008.

- HOLTZWORTH-MUNROE, A.; MEEHAN, J.C. Typologies of men who maritally violent: scientific and clinical implications. **Journal of Interpersonal Violence**, v.19, n.12, p.1369-1389, Dec. 2004.
- HORNOR, G. Domestic violence and children. **Journal of Pediatric Health Care**, v.19, n.4, p.206–212, 2005.
- HOWARD, L. M. et al. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Medicine**, v. 10, n. 5, p. e1001452, 2013.
- HOWELL, K. H. et al. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. **Journal of Injury and Violence Research**, v. 8, n. 1, p. 43-57, 2016.
- HOWELL, K. H. et al. Assessing Resilience in Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence. **Violence and Victims**, v. 25, n. 2, p. 150-164, 2010.
- HOWELL, K. H. Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. **Aggression and Violent Behavior**, v.16, p. 562–569, 2011.
- HUNGERFORD, A. et al. Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence: A review. **Aggression and Violent Behavior**, v. 17, p. 373–382, 2012.
- HUTCHISON, I. W; HIRSCHL, J. D. The effects of children's presence on woman abuse. **Violence and Victims**, v. 16, n. 1, p. 3–17, 2001.
- HUTH-BOCKS, A. C. et al. A Social-Contextual Understanding of Concordance and Discordance Between Maternal Prenatal Representations of the Infant and Infant–Mother Attachment. **Infant Mental Health Journal**, v. 32, n. 4, p. 405–426, 2011.
- HUTH-BOCKS, A. C. The Impact of Domestic Violence on Mothers' Prenatal Representations of their Infants. **Infant Mental Health Journal**, v. 25, n. 2, p. 79–98, 2004.
- IRELAND, T. O.; SMITH. C. A. Living in Partner-violent Families: Developmental Links to Antisocial Behavior and Relationship Violence. **Journal Youth Adolescence**, v. 38, p. 323-339, 2009.
- JANSEN, J. Cortisol reactivity in young infants. **Psychoneuroendocrinology**, v. 35, p. 329-338, 2010.
- JAYASINGHE, S.; JAYAWARDENA, P.; PERERA, H. Influence of intimate partner violence on behaviour, psychological status and school performance of children in Sri Lanka. **Journal of Family Studies**, v. 15, n. 3, p. 274-83, 2009.
- JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **The Lancet**, v. 359, n. 9315, p. 1423-1429, Apr. 2002.
- JOHNSON, M. P.; FERRARO, K. J. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. **Journal of Marriage and the Family**, v. 62, n. 4, p. 948-963, Nov. 2000.

- JOHNSON, R. J. et al. The relations among abuse, depression, and adolescents' autobiographical memory. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 34, n. 2, p. 235-47, 2005.
- JOHNSON, R. M. et al. Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. **Child Maltreatment**, v. 7, n. 3, p. 179-86, 2002.
- JOHNSON, S. et al. Screening for childhood mental health disorders using the Strengths and Difficulties Questionnaire: the validity of multi-informant reports. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 56, p.453-459, 2014.
- JOURILES, E. N. et al. Knives, guns and interparental violence: Relations with child behaviour problems. **Journal of Family Psychology**, v.12, n.2, p.178–194, 1998.
- JOURILES, E. N. et al. Intimate partner violence and preschoolers' explicit memory functioning. **Journal of Family Psychology**, v. 22, n. 3, p. 420–8, 2008.
- JUN, H. J. et al. Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 66, n. 7, p. 629-35, 2012.
- KABIR, K. N.; NASREEN, H. E.; EDHBORG, M. Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6-8 months after childbirth in rural Bangladesh. **Global Health Action**, v. 7:24725, 2014.
- KATZ, L. F.; HESSLER, D. M.; ANNEST, A. Domestic violence, emotional competence, and child adjustment. **Social Development**, v. 16, n. 3, p. 513-38, 2007.
- KENNEDY, A. C. et al. The effects of community and family violence exposure on anxiety trajectories during middle childhood: the role of family social support as a moderator. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 38, n. 3, p. 365-79, 2009.
- KERNIC, M. A. et al. Academic and school health issues among children exposed to maternal intimate partner abuse. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 156, p. 549-55, 2002.
- KERNIC, M. A. et al. Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, p. 1231–46, 2003.
- KISHIYAMA, M. M. et al. Socioeconomic disparities affect prefrontal function in children. **Journal of Cognitive Neuroscience**, v. 21, n. 6, p. 1106-1115, 2009.
- KISS, L. et al. Brazilian policy responses to violence against women: government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. **Health Human Rights**, v. 14, n. 1, p.E64-77, 2012.
- KITZMANN, K. M. et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 71, n. 2, p. 339–52, 2003.

KLOSTERMANN, K. C.; KELLEY, M. L. Alcoholism and Intimate Partner Violence: Effects on Children's Psychosocial Adjustment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 6, p. 3156-3168, 2009.

KLOSTERMANN, K. C.; FALS-STEWART, W. Intimate partner violence and alcohol use: exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. **Aggression and Violent Behavior**, v. 11, p.587-597, 2006.

KNOUS-WESTFALL, H. M. et al. Parental intimate partner violence, parenting practices, and adolescent peer bullying: a prospective study. **Journal of Child and Family Studies**, v. 21, n. 5, p. 754-66, 2012.

KOENEN, K. C. et al. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. **Development and Psychopathology**, v. 15, p. 297–311, 2003.

KOENIG, L. J. et al. Physical and sexual violence during pregnancy and after delivery: a prospective multistate study of women with or at risk for HIV infection. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1052-1059, June 2006.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

KUHLMAN, K. R.; HOWELL, K. H.; GRAHAM-BERMANN, S. A. Physical Health in Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence. **Journal of Family Violence**, v. 27, p. 499–510, 2012.

LAMERS-WINKELMAN, F.; DE SCHIPPER, J. C.; OOSTERMAN, M. Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. **British Journal of Health Psychology**, v. 17, n. 4, p. 771-84, 2012.

LANNERT, B. K. et al. Relational trauma in the context of intimate partner violence. **Child Abuse & Neglect**, v. 38, p. 1966–1975, 2014.

LANSFORD, J. E. et al. Developmental trajectories of externalizing and internalizing behaviors: Factors underlying resilience in physically abused children. **Development and Psychopathology**, v. 18, p. 35-55, 2006.

LAU, Y.; CHAN, K. S. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 52, n. 2, p. e15-e20, 2007.

LEMMEY, D. et al. Severity of violence against women correlates with behavioral problems in their children. **Pediatric Nursing**, v.27, n.6, p.265, 2001.

LEPISTO, S. et al. Subjective well-being in Finnish adolescents experiencing family violence. **Journal of Family Nursing**, v. 18, n. 2, p. 200-33, 2012.

LEVENDOSKY, A. A. et al. Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behavior. **Journal of Family Psychology**, v. 20, n. 4, p. 544-52, 2006.

LEVENDOSKY, A. A. et al. The Effects of Domestic Violence on the Stability of Attachment from Infancy to Preschool. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 40, n. 3, p. 398–410, 2011.

LEVENDOSKY, A. A. et al. The Impact of Domestic Violence on the Maternal–Child Relationship and Preschool-Age Children’s Functioning. **Journal of Family Psychology**, v. 17, n. 3, p. 275–287, 2003.

LEVENDOSKY, A. A.; BOGAT, G. A.; HUTH-BOCKS, A. C. The Influence of Domestic violence on the Development of the Attachment Relationship between Mother and Young Child. **Psychoanalytic Psychology**, v. 28, n. 4, p. 512–527, 2011.

LEVENDOSKY, A. A.; BOGAT, G. A.; MARTINEZ-TORTEYA, C. PTSD Symptoms in Young Children Exposed to Intimate Partner Violence. **Violence Against Women**, v. 19, n. 2, p. 187–201, 2013.

LEVENDOSKY, A. A.; GRAHAM-BERMANN, S.A. Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children. **Journal of Family Violence**, v. 16, n. 2, p. 171-92, 2001.

LEVENDOSKY, A. A.; LANNERT, B; YALCH, M. The Effects of Intimate Partner Violence on Women and Child Survivors: An Attachment Perspective. **Psychodynamic Psychiatry**, v. 40, n. 3, p. 397–434, 2012.

LINDNER, S. R. et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 815-826, 2015.

LUDERMIR, A. B. et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **Lancet**, v. 376, n. 9744, p. 903-10, 2010.

LUDERMIR, A. B. et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 4, p. 1008-1018, 2008.

LUNDY, M.; GROSSMAN, S. F. The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: supportive data. **Families in Society**, v. 86, n. 1, p. 17-29, 2005.

LUTZ, K. F. Abuse experiences, perceptions, and associated decisions during the childbearing cycle. **Western Journal of Nursing Research**, v. 27, n. 7, p. 802-824, 2005.

MACHADO, J. D. et al. DSM-5. Principais Mudanças nos Transtornos de Crianças e Adolescentes. In: REY, J. M. (ed), **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health** (edição em Português; DIAS SILVA, F., ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015.

MAIN, M.; SOLOMON, G. Procedures for identifying infants as disorganized / disoriented during the Ainsworth strange situation. In: GREENBERG, M. T.; CICHETTI, D.; CUMMINGS, E. M. (Eds.), **Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and**

Intervention. Chicago: University of Chicago Press, 1990. cap. 4, p.121–160. Disponível em: <<http://www.press.uchicago.edu>.> Acesso em: 30 Out. 2012.

MALCOE, L. H.; DURAN, B. M.; MONTGOMERY, J. M. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. **BMC Medicine**, 2004, 2:20 doi:10.1186/1741-7015-2-20

MARCACINE, K. O. et al. Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 395-400, 2013.

MARGOLIN, G. Children's exposure to violence: exploring developmental pathways to diverse outcomes. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 20, n. 1, p. 72-81, 2005.

MARGOLIN, G. et al. The Co-Occurrence of Husband-to-Wife Aggression, Family-of-Origin Aggression, and Child Abuse. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 18, n. 4, p. 413-440, 2003.

MARTIN, S. L. et al. Changes in intimate partner violence during pregnancy. **Journal of Family Violence**, v. 19, n. 4, p. 201-210, Aug. 2004.

MARTIN, S. L. et al. Domestic violence in Northern India. **American Journal of Epidemiology**, v. 150, n. 4, p. 417-426, 1999.

MARTIN, S. L. et al. Intimate Partner Violence and Women's Depression Before and During Pregnancy. **Violence Against Women**, v. 12, p. 221-239, 2006.

MARTIN, S. L. et al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. **American Journal Medical Association**, v. 285, n. 12, p. 1581-84, 2001.

MARTIN, S. L. et al. Substance Use Before and During Pregnancy: Links to Intimate Partner Violence. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 23, n. 3, p. 599-617, 2003.

MARTINEZ-TORTEYA, C. et al. Maternal parenting predicts infant biobehavioral regulation among women with a history of childhood maltreatment. **Development and Psychopathology**, v. 26, p. 379–392, 2014.

MARTINEZ-TORTEYA, C. et al. Resilience Among Children Exposed to Domestic Violence: The Role of Risk and Protective Factors. **Child Development**, v. 80, n. 2, p. 562–577, 2009.

MARTINEZ-TORTEYA, C. et al. The influence of prenatal intimate partner violence exposure on hypothalamic–pituitary–adrenal axis reactivity and childhood internalizing and externalizing symptoms. **Development and Psychopathology**, v. 28, p. 55-71, 2015.

MARTINEZ-TORTEYA, Cecilia. **Prenatal Intimate Partner Violence and Depression During Childhood: The Role of Physiological Stress Response Dysregulation.** Orientadora: Anne Bogat. 2011. 138f. Tese (Doctor of Psychology) - Michigan State University, USA.

MASTEN, A. S. et al. Promoting competence and resilience in the school context. **Professional School Counseling**, v. 12, n. 2, p. 76–84, 2008.

MASTEN, A. S. Global perspectives on resilience in children and youth. **Child Development**, v. 85, n. 1, p. 6–20, 2014.

MBILINY, L. F. et al. What happens to children when their mothers are battered? Results from a four city anonymous telephone survey. **Journal of Family Violence**, v. 22, p. 309-17, 2007.

McCLOSKEY, L. A. The "Medea complex" among men: The instrumental abuse of children to injure wives. **Violence and Victims**, v. 16, n. 1, p. 19-37, 2001.

McCLOSKEY, L. A.; STUEWIG, J. The quality of peer relationships among children exposed to family violence. **Development and Psychopathology**, v. 13, n. 1, p. 83-96, 2001.

McCLOSKEY, L. A.; LICHTER, E. L. The contribution of marital violence to adolescent aggression acts across different relationships. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 18, n. 4, p. 390-412, 2003.

McCOY, K.; CUMMINGS, E. M.; DAVIES, P. T. Constructive and destructive marital conflict, emotional security and children's prosocial behavior. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, p. 270-279, 2009.

McDERMOTT, J. et al. Early adversity and neural correlates of executive function: Implications for academic adjustment. **Developmental Cognitive Neuroscience**, v. 2, p. S55-66, 2012.

McDONALD, R. et al. Violence toward a family member, angry adult conflict, and child adjustment difficulties: relations in families with 1-to 3-year-old children. **Journal of Family Psychology**, v. 21, n. 2, p. 176-84, 2007.

McDONALD, R. et al. Children's adjustment problems in families characterized by men's severe violence toward women: Does other family violence matter? **Child Abuse & Neglect**, v. 33, p. 94–101, 2009.

McDONALD, R. et al. Estimating the Number of American Children Living in Partner-Violent Families. **Journal of Family Psychology**, v. 20, n. 1, p.137–142, 2006.

McFARLANE, J. M. et al. Effect of Abuse During Pregnancy on Maternal and Child Safety and Functioning for 24 Months After Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 4, p. 839-847, 2014.

McFARLANE, J. M. et al. Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and Hispanic children. **Pediatrics**, v. 112, p. 202-207, 2003.

MELTZER, H. et al. The mental health of children who witness domestic violence. **Child and Family Social Work**, v. 14, p. 491–501, 2009.

MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultado de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MESSER, S. C. et al. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents: Factor composition and structure across development. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 5, p. 251-262, 1995.

MIHALIC, S. W.; ELLIOTT, D. A social learning theory model of marital violence. **Journal of Family Violence**, v. 12, n. 1, p. 21-47, 1997.

MILLER, L. E. In-Home Social Networks and Positive Adjustment in Children Witnessing Intimate Partner Violence. **Journal of Family Issues**, v. 35, n. 4, p. 462-480, 2014.

MILLER, L. E.; HOWELL, K. H.; GRAHAM-BERMANN, S. A. Potential mediators of adjustment for preschool children exposed to intimate partner violence. **Child Abuse & Neglect**, v. 36, p. 671- 675, 2012.

MURIS, P.; MEESTERS, C.; van den BERG, F. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 12, p. 1- 8, 2003.

MURPHY, C. et al. **Understanding connections and relationships: Child maltreatment, intimate partner violence and parenting**. Auckland, New Zealand: New Zealand Family Violence Clearinghouse, The University of Auckland, 2013.

MURPHY, C. C. et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. **Canadian Medical Association Journal**, v. 164, n. 11, p. 1567-72, 2001.

NAICKER, K. et al. Social, Demographic, and Health Outcomes in the 10 Years Following Adolescent Depression. **Journal of Adolescent Health**, v. 52, p. 533-538, 2013.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. (2011). **Building the Brain's "Air Traffic Control" System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function**: Working Paper No. 11. Disponível em: <<http://www.developingchild.harvard.edu>>. Acesso em: 16/01/2016.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. (2004). **Children's Emotional Development Is Built into the Architecture of Their Brains**: Working Paper. n.2. 2004. Disponível em: <<<http://www.developingchild.harvard.edu>>. Acesso em: 07/08/2012.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. (2010a). **Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development**: Working Paper. n.10. Disponível em: <<http://www.developingchild.harvard.edu>>. Acesso em: 07/08/2012.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. (2010b). **Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development**: Working Paper 9. Disponível em: <<http://www.developingchild.harvard.edu>>. Acesso em: 07/08/2012.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. (2012a). **Establishing a Level Foundation for Life: Mental Health Begins in Early Childhood**:

Working Paper 6. Disponível em: <<http://www.developingchild.harvard.edu>>. Acesso em: 20/01/2016.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. (2012b). **The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain**: Working Paper 12. Disponível em: <<http://www.developingchild.harvard.edu>>. Acesso em: 20/01/2016.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. (2015). **Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience**: Working Paper 13. Disponível em: <<http://www.developingchild.harvard.edu>>. Acesso em: 20/01/2016.

NERUDA, Pablo. **Canto Geral**. 6. ed. São Paulo: DIFEL – Difusão Editorial, 1984. 447 p.

NOBLE, K. G.; McCANDLISS, B. D.; FARAH, M. J. Socioeconomic gradients predict individual differences in neurocognitive abilities. **Developmental Science**, v. 10, n. 4, p. 464-480, 2007.

OFFORD, D. R. et al. Integrating assessment data from multiple informants. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 5, p. 1078 –1085, 1996.

OLAYA, B. et al. Protocolo de Evaluación de Niños y Adolescentes Víctimas de la Violencia Doméstica. **Papeles del Psicólogo**, v. 29, n. 1, p. 123-135, 2008.

OSOFSKY, J. D. Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 6, n. 3, p. 161-70, 2003.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 10.ed. Porto Alegre: AMGH, 2010. 889 p.

PATERSON, J. et al. Intimate partner violence within a cohort of pacific mothers living in New Zealand. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 22, n. 6, p. 698-721, Jun. 2007.

PAULA, C.S. et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 524-28, 2008.

PEARS, K. C.; KIM, H. K.; FISHER, P. A. Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. **Child Abuse & Neglect**, v. 32, p. 958-971, 2008.

PEEDICAYIL, A. et al. Spousal physical violence against women during pregnancy. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 111, n. 7, p. 682-687, Jul. 2004.

PEEK-ASA, C. et al. Does parental physical violence reduce children's standardized test score performance? **Annals of Epidemiology**, v. 17, n. 11, p. 847-53, 2007.

PELED, E. Abused women who abuse their children: A critical review of the literature. **Aggression and Violent Behavior**, v. 16, p. 325-330, 2011.

PEREIRA, P. C.; D’AFFONSECA, S. M.; WILLIAMS, L. C. A. A Feasibility Pilot Intervention Program to Teach Parenting Skills to Mothers of Poly-Victimized Children. **Journal of Family Violence**, v. 28, n. 1, p. 5-15, 2013.

PERKINS, S.; GRAHAM-BERMANN, S.A. Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition, and learning. **Aggression and Violent Behavior**, v. 17, p. 89-98, 2012.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 507-18, 2009.

POLLAK, S. D. et al. Physically abused children’s regulation of attention in response to hostility. **Child Development**, v. 76, p. 968–977, 2005.

POLLAK, S. D. Multilevel developmental approaches to understanding the effects of child maltreatment: Recent advances and future challenges. **Development and Psychopathology**, v. 27, p. 1387–1397, 2015.

RADESTAD, I. et al. What factors in early pregnancy indicate that the mother will be hit by her partner during the year childbearing? A nationwide Swedish survey. **Birth**, v. 31, n. 2, p. 84-92, Jun. 2004.

RAJ, A. et al. Perpetration of intimate partner violence associated with sexual risk behaviors among young adult men. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 10, p. 1873-1878, Oct. 2006.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 17, Suppl 1, p. 22–33, 2008.

RECIFE, 2004. **Plano diretor do Recife**. 2004. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso em: 07/11/2015.

RECIFE, 2005. **Plano municipal de saúde 2006-2009**. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso em: 07/11/2015.

RECIFE, 2009. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso em: 07/11/2015.

RECIFE, 2014. SITE da prefeitura SUS SAÚDE. Disponível em: <<http://dados.recife.pe.gov.br/dataset/unidades-de-saude>>. Acesso em: 07/11/2015.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n. 4, p. 665-73, 2007.

REICHENHEIM, M. E. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 425-437, fev. 2006.

- REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006.
- RENK, K. Cross-Informant Ratings of the Behavior of Children and Adolescents: The “Gold Standard”. **Journal of Child and Family Studies**, v. 14, n. 4, Dec 2005.
- RENNER, L. M. Single Types of Family Violence Victimization and Externalizing Behaviors Among Children and Adolescents. **Journal of Family Violence**, v. 27, p. 177–186, 2012.
- RENNER, L. M.; WHITNEY S. D. Risk factors for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among young adults. **Child Abuse & Neglect**, v. 36, p. 40– 52, 2012.
- REYNOLDS, M. W. et al. The relationship between gender, depression, and self-esteem in children who have witnessed domestic violence. **Child Abuse Neglect**, v. 25, n. 9, p. 1201-6, 2001.
- RHEW, I. C. et al. Criterion validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire and one- and two-item depression screens in young adolescents. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 4, n. 8, p. 1-11, 2010.
- RIGGS, D. S.; CAULFIELD, M. B.; STREET, A. M. Risk for Domestic Violence: Factors Associated with Perpetration and Victimization. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 10, p. 1289-1316, 2000.
- RODRIGUES, D. P. et al. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 48, n. 2, p. 206-13, 2014.
- RODRIGUEZ, J. D. M. et al. The impact of perinatal and socioeconomic factors on mental health problems of children from a poor Brazilian city: a longitudinal study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 46, n. 5, p. 381-91, 2011.
- ROLIM-LIMA, N. N. et al. Childhood depression: a systematic review. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 9, p.1417–1425, 2013.
- ROMANS, S. E. et al. Gender and psychotropic medication use: the role of intimate partner violence. **Preventive Medicine**, v. 46, n. 6, p. 615-621, 2008.
- ROMITO, P.; CRISMA, M.; SAUREL-CUBIZOLLES, M. J. Adult outcomes in women who experienced parental violence during childhood. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, n. 10, p. 1127-1144, 2003.
- RUBERTSSON, C.; HILDINGSSON, I.; RÄDESTAD, I. Disclosure and police reporting of intimate partner violence postpartum: a pilot study. **Midwifery**, 2008. doi: 10.1016/j.midw.2008.01.003.
- RUDERMAN, M. A. et al. The School Psychologist’s Primer on Childhood Depression: A Review of Research Regarding Epidemiology, Etiology, Assessment, and Treatment. **Contemporary School Psychology**, v. 17, n. 1, p. 35-49, 2013.

RUEDA, M. R.; POSNER, M. I.; ROTHBART, M. K. The Development of Executive Attention: Contributions to the Emergence of Self-Regulation. **Developmental Neuropsychology**, v. 28, n. 2, p. 573-594, 2005.

RUIZ-PÉREZ, I. et al. Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. **Annals of Epidemiology**, v. 16, n. 5, p. 357-363, May 2006.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. **Psychosomatic Medicine**, v. 67, n. 5, p. 791-797, 2005.

RUMM, P. D. et al. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. **Child Abuse and Neglect**, v. 24, n. 11, p. 1375-81, 2000.

RUSSO, S. J. et al. Neurobiology of resilience. **Nature Neuroscience**, v. 15, n. 11, p. 1475-1484, 2012.

RUTTER, M. Resilience as a dynamic concept. **Development and Psychopathology**, v. 24, n. 2, p. 335-344, 2012.

RYDELL, A. M.; BERLIN, L.; BOHLIN, G. Emotionality, Emotion Regulation, and Adaptation among 5- to 8-Year-Old Children. **Emotion**, v. 3, n. 1, p. 30-47, 2003.

SAGOT, M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudios de caso de diez países). **Organización Panamericana de la Salud**, 2000. 145p.

SALTZMAN, L. E. et al. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. **Maternal and Child Health Journal**, v. 7, n. 1, p. 31-43, Mar. 2003.

SAMEROFF, A. A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. **Child Development**, v. 81, n. 1, p. 6-22, 2010.

SAUR, A. M.; LOUREIRO, S. R. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 4, p. 619-629, 2012.

SCHEERINGA, M. S.; ZEANA, C. H. A Relational Perspective on PTSD in Early Childhood. **Journal of Traumatic Stress**, v. 14, n. 4, p. 799-815, 2001

SCHNURR, M. P.; LOHMAN, B. J. Longitudinal Impact of Toddlers' Exposure to Domestic Violence. **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma**, v. 22, n. 9, p. 1015-31, 2013.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007a.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Saúde da Mulher, Relações Familiares e Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas capitais – Recife e São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina. 2007c. 32p. Caderno de primeiros resultados.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007b.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora Unesp, 2005. 183 p.

SCHWARTZ, J. P. et al. Unhealthy Parenting and Potential Mediators as Contributing Factors to Future Intimate Violence: A Review of the Literature. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 7, n. 3, p. 206-221, 2006.

SCOTT-TILLEY, D.; TILTON, A.; SANDEL, M. Biologic Correlates to the Development of Post-traumatic Stress Disorder in Female Victims of Intimate Partner Violence: Implications for Practice. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 46, n. 1, p. 26-36, 2010.

SEKTNAN, M. et al. Relations between early family risk, children's behavioral regulation, and academic achievement. **Early Childhood Research Quarterly**, v. 25, p. 464-479, 2010.

SENA, C. D. et al. Ocorrência de Violência Doméstica em Mulheres que Tiveram Parto Prematuro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 488-497, maio/ago, 2012.

SERVILI, C. et al. Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: the P-MaMiE Birth Cohort. **BMC Public Health**, v. 10:693, 2010.

SHAH, P. S.; SHAH, J. S. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systemic review and meta-analyses. **Journal of Womens Health**, v. 19, p. 2017-31, 2010.

SHARP, C.; GOODYER, I. M.; CROUDACE, T. J. The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ): A Unidimensional Item Response Theory and categorical data factor analysis of self-report ratings from a community sample of 7-through 11-year-old children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 34, p. 365-377, 2006.

SHEMESH, E. et al. Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. **Pediatrics**, v. 115, p. 582-590, 2005.

SILVA, E. P. et al. Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 46, p. 1-9, 2015.

SILVA, E. P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1044-53, 2011.

SILVA, R. A. et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n. 6, p. 1014-22, 2012.

SILVA, A. G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1359-1370, 2012.

SILVA, T. B. F.; OSÓRIO, F. L.; LOUREIRO, S. R. SDQ: discriminative validity and diagnostic potential. **Frontiers in Psychology**, v. 6, n. 811, 2015.

- SILVERMAN, J. G. et al. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.195, p.140–148, 2006.
- SLEP, A.M.S.; O’LEARY, S.G. Parent and partner violence in families with young children: rates, patterns, and connections. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 73, n. 3, p. 435-44, 2005.
- SONIS, J.; LANGER, M. Risk and protective factors for recurrent intimate partner violence in a cohort of low-income inner-city women. **Journal of Family Violence**, v. 23, n. 7, p. 529-538, Apr. 2008.
- SPRAGUE, S. et al. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. **Women & Health**, v. 52, n. 6, p. 587-605, 2012.
- STEIN, A. et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **Lancet**, v. 384, p. 1800-1819, 2014.
- STEIN, M. T. When Parents and Teachers Disagree about a Child’s Behavior: An Opportunity for Further Evaluations. **Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 25, n. 1, Feb, 2004.
- STERNBERG, K. J. et al. Adolescents’ perceptions of attachments to their mothers and fathers in families with histories of domestic violence: A longitudinal perspective. **Child Abuse & Neglect**, v. 29, p. 853–869, 2005.
- STERNBERG, K. J. et al. Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: a meta-analysis. **Developmental Review**, v. 26, p. 89-112, 2006.
- STEWART, D. E.; CECUTTI, A. Physical abuse in pregnancy. **Canadian Medical Association Journal**, v. 149, n. 9, p. 1257-1263, Nov. 1993.
- STOCKL, H. et al. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12:12, 2012.
- STONE, L. L. et al. Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. **Clinical Child Family Psychology Review**, v. 13, p. 254–274, 2010.
- STURGE-APPLE, M. L. Interparental Violence, Maternal Emotional Unavailability and Children’s Cortisol Functioning in Family Contexts. **Developmental Psychology**, v. 48, n. 1, p. 237–249, 2012.
- SUGLIA, S. F. et al. Maternal intimate partner violence and increased asthma incidence in children: buffering effects of supportive caregiving. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 163, n. 3, p. 244-50, 2009.
- SULLIVAN, C. M. et al. How children’s adjustment is affected by their relationships to their mothers’ abusers. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 15, p. 587-602, 2000.

SWAN, S. C.; SNOW, D. L. The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. **Violence Against Women**, v. 12, n. 11, p. 1026-1045, Nov. 2006.

SWARTZ, J. R. et al. Attention bias to emotional faces in young children exposed to intimate partner violence. **Journal of Child & Adolescent Trauma**, v. 4, n. 2, p. 109–22, 2011.

TAILOR, K.; LETOURNEAU, N. Infants Exposed to Intimate Partner Violence: Issues of Gender and Sex. **Journal of Family Violence**, v. 27, p. 477-488, 2012.

TAJIMA, E. A. Risk factors for violence against children: comparing homes with and without wife abuse. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 17, n. 2, p. 122-49, 2002.

TAJIMA, E. A. The relative importance of wife abuse as a risk factor for violence against children. **Child Abuse and Neglect**, v. 24, n. 11, p. 1383-98, 2000.

TAN, J. C. H.; GREGOR, K. V. Violence against Pregnant Women in Northwestern Ontario. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v.1087, p.320–338, 2006. doi: 10.1196/annals.1385.010

TEMPLE, J. R. et al. Importance of gender and attitudes about violence in the relationship between exposure to interparental violence and the perpetration of teen dating violence. **Child Abuse Neglect**, v. 37, n. 5, p. 343-52, 2013.

TESTA, M. The Role of Substance Use in Male-to-Female Physical and Sexual Violence: A Brief Review and Recommendations for Future Research. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 19, n. 12, p. 1494-1505, 2004.

THERAN, S. A. et al. Abusive partners and ex-partners: understanding the effects of relationship to the abuser on women's well-being. **Violence Against Women**, v. 12, n. 10, p. 950-969, Oct. 2006.

TOLAN, P. H.; DODGE, K. A. Children's mental health as a primary care and concern: A system for comprehensive support and services. **American Psychologist**, v. 60, p. 601–614, 2005

TOTH, S. L.; CICCETTI, D. A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. **Child Maltreatment**, v. 18, n.3, p.135-139, 2013.

TOWE-GOODMAN, N. R. et al. Interparental aggression, attention skills, and early childhood behavior problems. **Development and Psychopathology**, v. 23, p. 563–576, 2011.

TURNER, H. A. et al. Infant victimization in a nationally representative sample. **Pediatrics**, v. 126, p. 44-52, 2010.

VALENTINO, K. et al. Mother–Child Play and Emerging Social Behaviors Among Infants From Maltreating Families. **Developmental Psychology**, v. 42, n. 3, p. 474-485, 2006.

van DULMEN, M. H. M.; EGELAND, B. Analyzing multiple informant data on child and adolescent behavior problems: Predictive validity and comparison of aggregation procedures. **International Journal of Behavioral Development**, v. 35, n. 1, p. 84-92, 2011.

- van PARYS, A. S. et al. Prevalence and evolution of intimate partner violence before and during pregnancy: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 14:294, 2014.
- van WIDENFELT, B. M. et al. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 12, p.281–289, 2003.
- VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. 220p.
- VITOLO, Y. L. C. et al. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 716-724, 2005.
- VIVES-CASES, C. et al. Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a sus parejas. **Gaceta Sanitaria**, v. 21, n. 5, p. 425-30, 2007.
- VOISIN, D. R.; HONG, J. S. A meditational model linking witnessing intimate partner violence and bullying behaviors and victimization among youth. **Education Psychological Review**, v. 24, n. 4, p.479-98, 2012.
- WATHEN, C. N.; MacMILLAN, H. L. Children's exposure to intimate partner violence: impacts and interventions. **Paediatrics & Child Health**, v. 18, n. 8, p. 419-422, 2013.
- WELSH, J. A. et al. The Development of Cognitive Skills and Gains in Academic School Readiness for Children from Low-Income Families. **Journal of Education Psychology**, v. 102, p. 43–53, 2010.
- WHITAKER, R. C.; ORZOL, S. M.; KAHN, R. S. Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, p. 551–60, 2006.
- WHITFIELD, C. L. et al. Violent Childhood Experiences and the Risk of Intimate Partner Violence in Adults: Assessment in a Large Health Maintenance Organization. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 18, n. 2, p. 166-185, 2003.
- WOERNER, W. et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 13, Suppl. 2, p. II/47–II/54, 2004.
- WOLFE, D. A. et al. The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 6, n. 3, p. 171-87, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. 2013.
- WUEST, J. et al. Pathways of Chronic Pain in Survivors of Intimate Partner Violence. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 9, p. 1665-1674, 2010.
- XIMENES, L. F.; OLIVEIRA, R. V. C.; ASSIS, S. G. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 417-33, 2009.

YATES, T. M. et al. Exposure to partner violence and child behavior problems: A prospective study controlling for child physical abuse and neglect, child cognitive ability, socioeconomic status, and life stress. **Development and Psychopathology**, v. 15, n. 1, p. 199-218, 2003.

YBARRA, G. J.; WILKENS, S. L.; LIEBERMA, A. F. The Influence of Domestic Violence on Preschooler Behavior and Functioning. **Journal of Family Violence**, v. 22, p. 33-42, 2007.

YOUNT, K. M.; DIGIROLAMO, A. M.; RAMAKRISHNAN, U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 9, p. e1534-1554, 2011.

ZEANAH, C. H. et al. Disorganized Attachment Associated with Partner Violence: A Research Note. **Infant Mental Health Journal**, v. 20, n. 1, p. 77-86, 1999.

ZINZOW, H. M. et al. Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 4, p. 441-50, 2009.

ZOU, S. et al. Correlation of maternal abuse during pregnancy with infant temperament and development. **Archives of Disease in Childhood**, v. 100, p. 938-943, 2015.

APÊNDICES

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MODELO PARA MAIORES DE 18 ANOS)**

Convido a Sr.^a para participar, como voluntária, da pesquisa “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof.^a. Dr.^a. Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGISC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: abl@ufpe.br.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva. Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.^a. não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.^a já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e avaliar o desenvolvimento do seu filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores estão sendo convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiremos as mesmas perguntas que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos 7 anos.

Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e podem trazer lembranças difíceis e delicadas e você poderá sentir-se constrangida, mas você só participa se quiser.

Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres e também para desenvolver serviços melhores para a assistência à saúde da mulher.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso você necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem toda a liberdade para recusar sua participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588. E-mail: cepccs@ufpe.br.**



Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
 RG: _____ / CPF: _____, abaixo assinada, concordo em participar do estudo “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência / tratamento.

Recife, ____ / ____ / ____.

Nome e Assinatura do participante ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MENORES DE 18 ANOS)**

Convidamos o (a) seu/sua filho (a) _____
que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntário (a), da pesquisa “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^ª. Dr^ª. Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGISC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: abl@ufpe.br.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva. Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que seu (sua) filho(a) venha a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.^a ou seu (sua) filho(a) não serão penalizados (as) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.^a já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e o desenvolvimento do seu (sua) filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Estamos solicitando a autorização de todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores para que seu (sua) filho (a) possa participar dessa nova fase da pesquisa. A saúde física da criança será avaliada, bem como o seu desenvolvimento comportamental, emocional e o aprendizado na escola.

Serão garantidos cuidados com a confidencialidade e a privacidade, tentando evitar qualquer forma de constrangimento para a criança durante e após a entrevista.

A avaliação do desenvolvimento da criança é fundamental para que se possa intervir numa idade precoce, caso seja identificado algum problema.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso a criança necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder sobre sua criança vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem toda a liberdade para recusar a participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo para você ou sua criança.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-600. Tel.: 2126.8588. E-mail: cepccs@ufpe.br.**



Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
 RG: _____ / CPF: _____, abaixo-assinada, responsável
 pelo (a) menor _____, autorizo a
 sua participação no estudo “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”, como voluntário(a). Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de seu acompanhamento e/ou assistência e/ou tratamento.

Recife, ____ / ____ / ____.

Nome e Assinatura da participante ou responsável

Nome e Assinatura do (da) menor

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

PESQUISA SOBRE SAÚDE E EXPERIÊNCIAS DE VIDA DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS

QUESTIONÁRIO

**ESTUDO CONDUZIDO PELO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA E
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

CONFIDENCIAL (uma vez preenchido)

APÊNDICE C – Questionário da Mulher

DATA: DIA [] [] MÊS [] [] ANO [2] [0] [1] []

REGISTRE A HORA	Hora.....[] [] Minutos.....[] []
SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER	
Nós gostaríamos de conversar sobre sua vida atual e sobre seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006	
PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO
101 Como é o nome do seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006, quando foram feitas a primeira e segunda entrevistas dessa pesquisa?	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>
102 Além de você, quantas pessoas vivem na casa em que você mora? <i>CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS NÃO INCLUI HOSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA</i>	NÚMERO TOTAL DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA.....[] []
103 Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder
104 Quando você sai de casa para trabalhar ou para fazer qualquer outra atividade _____(nome da criança) fica com alguma dessas pessoas citadas na questão anterior?	00.Não ⇒ passe para Q.107 01.Sim

105	Qual delas?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
106	Quanto tempo _____ (nome da) criança fica com essa pessoa?	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
107	Quem é o chefe do domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 99. Não sabe	
108	Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre sua casa. A sua casa é: <i>ESPECIFICAR SE O DONO FOR MÃE, IRMÃ, ETC. NO Nº 05 (OUTROS)</i>	01. PRÓPRIA 02. INVADIDA 03. ALUGADA 04. CEDIDA / EMPRESTADA 05. OUTROS : _____ 89. Não quis Responder	
109	Quantos cômodos tem a sua casa?	Nº DE CÔMODOS [][]	
110	Aonde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar? <i>(ACEITAR MAIS DE UMA OPÇÃO)</i>	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA DO LADO DE FORA DA CASA 03. NÃO TEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRO: _____	
111	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder	

112	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	00. NÃO TEM LUZ ELÉTRICA 01. LIGACAO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 02. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 03. OUTRO: _____ 89. Não quis responder																										
113	Nesta casa existem quantos destes itens?	<input type="checkbox"/> TELEVISÃO COLORIDA <input type="checkbox"/> VÍDEO-CASSETE E/OU DVD <input type="checkbox"/> RÁDIO <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL DE PASSEIO <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> ASPIRADOR DE PÓ <input type="checkbox"/> MÁQUINA. DE LAVAR ROUPA <input type="checkbox"/> GELADEIRA <input type="checkbox"/> FREEZER <input type="checkbox"/> COMPUTADOR <input type="checkbox"/> BANHEIRO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> </tbody> </table>	NÃO	SIM	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	
NÃO	SIM																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
114	Você tem alguma pessoa que trabalha em sua casa como:	<input type="checkbox"/> EMPREGADA DIARISTA <input type="checkbox"/> EMPREGADA MENSALISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> </tbody> </table>	NÃO	SIM	00	01	00	01																			
NÃO	SIM																											
00	01																											
00	01																											
115	Alguma pessoa que mora na sua casa possui:	<input type="checkbox"/> TERRENO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> EMPRESA OU NEGÓCIO <input type="checkbox"/> TERRA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> </tbody> </table>	NÃO	SIM	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01													
NÃO	SIM																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
00	01																											
116	<p>Nas <u>últimas 4 semanas</u> alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual?</p> <p>Se SIM, pergunte: Qual?</p>	<p>a) 00. NÃO 01. SIM</p> <p>b) Qual?</p> <p>01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável</p>																										
117	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia [] [] Mês [] [] Ano [] [] [] [] Não sabe o ano 9999																										
118	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [] []																										
119	Em que religião você foi criada?	00. NÃO TEM RELIGIÃO 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLE 05. OUTRA..... (Especificar)																										
120	Atualmente, você frequenta alguma religião ou culto?	00. NÃO TEM RELIGIÃO ⇒ passe para Q.122 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLE 05. OUTRA..... (Especificar) 88. Não Aplicável																										

121	Com que frequência você frequentou culto religioso nas duas últimas semanas?	Nº DE VEZES [][] Não aplicável '88'	
122	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe	
123	Você tem livros em casa?	00. Não 01. Sim	
124	Você sabe ler e escrever?	00. Não ⇒ passe para Q.126 01. Sim	
125	Você lê para seu(s) filho(s)?	00. Não 01. Sim	
126	Você já frequentou a escola?	00. Não ⇒ passe para Q.129 01. Sim	
127	Você está estudando?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
128	Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. <i>(CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).</i>	01. Ensino Infantil _____ 02. Ensino Fundamental _____ 03. Ensino Médio _____ 04. Ensino Técnico _____ 05. Universitário Incompleto _____ 06. Universitário Completo _____ Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [][] 88. Não aplicável 99. Não sabe	
129	Você tem alguma fonte de renda? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. SALÁRIO 02. PENSÃO 03. BENEFÍCIO 04. BOLSA ESCOLA / BOLSA FAMÍLIA 05. APOSENTADORIA 06. ALUGUEL 07. OUTRA: 08. Não 89. Não quis responder	
130	Qual a sua renda mensal?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais	

131	Atualmente, você:	01. EMPREGADA ⇒ passa para Q.133 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADA DOMÉSTICA DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] [] dias ⇒ passa para Q.133 04. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA ⇒ passa para Q.133 05. EMPREGADORA ⇒ passa para Q.133 06. APOSENTADA 07. DONA DE CASA 08. DESEMPREGADA 09. SEM OCUPAÇÃO 10. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
132	Você tem procurado emprego?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
133	Quantas vezes você foi casada ou viveu junto com um companheiro do sexo masculino? <i>(INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE)</i>	NÚMERO DE MARIDOS / COMPANHEIROS [] [] ⇒ 00 passa para Q.135 Não aplicável '88'	
134	Quando você casou / foi viver junto pela primeira vez, quantos anos você tinha?	ANOS (idade aproximada) [] [] Não aplicável '88'	
135	Atualmente você está casada ou vive com alguém ou tem algum parceiro? <i>(MARQUE NO BOX B)</i>	00. NÃO ESTÁ CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 01. ATUALMENTE CASADA COM UM HOMEM 02. VIVE / MORA JUNTO COM UM HOMEM 03. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 04. OUTRO: _____ 89. Não quis responder	
136	Seu companheiro atual ou mais recente é o pai de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
137	Esse companheiro é o mesmo da gravidez estudada?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
138	Esse companheiro é o mesmo de até 01 ano depois do parto de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
CASO A MULHER NUNCA TENHA SIDO CASADA OU TENHA VIVIDO JUNTO COM UM COMPANHEIRO DO SEXO MASCULINO ⇒ PASSE PARA A QUESTÃO 141			
139	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. DIVORCIADA 02. SEPARADA 03. VIÚVA 88. Não aplicável ⇒ passa para Q.142 (quando a Q.133 tiver resposta 01 ou 00)	

140	Qual o motivo que levou este seu último casamento ou relacionamento a terminar? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. VOCÊ NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02. VOCÊ NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03. VOCÊ ENCONTROU OUTRA PESSOA 04. INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05. INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06. COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL E/OU DROGAS 07. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
141	Quem tomou a iniciativa da separação?	01. VOCÊ 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCÊ E SEU PARCEIRO 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
142	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUA CASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
143	Quanto tempo você está ou ficou com o pai de _____ (nome da criança)?	Nº DE ANOS [][] OU Nº DE MESES [][] OU Nº DE DIAS [][]	
144	Você fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou ⇒ passe para Q.147 01. Sim, fuma 03. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.147	
145	Com que frequência você fuma ou fumava? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
146	Quantos cigarros você costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [][] Não aplicável.....88 Não quis responder89	
147	Você bebe ou bebeu nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu ⇒ passe para Q.151 01. Sim, bebe. 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.151	

148	<p>O que você bebe ou bebia mais?</p> <p>(APENAS UMA RESPOSTA)</p>	<p>01. CERVEJA 02. CACHAÇA 03. RUM 04. WHISKY 05. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
149	<p>Com que frequência você bebe ou bebia? Você diria que:</p>	<p>01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
150	<p>Nos dias em que você toma bebida alcoólica, você costuma tomar quantas doses ou copos?</p>	<p>Número de doses / copos /dia [][] Não aplicável.....88 Não quis responder89</p>	
151	<p>Você usa ou usou algum tipo de droga nos últimos 7 anos?</p>	<p>00. Nunca usou ⇒ passa para a SEÇÃO 2 01. Sim, usa. 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder ⇒ passa para a SEÇÃO 2</p>	
152	<p>Qual tipo de droga você usa ou usou?</p> <p>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p>	<p>01. MACONHA 02. CRACK 03. COCAINA 04. LOLÓ 05. COLA 06. XAROPE 07. ARTANE 08. ALGAFAN 09. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
153	<p>Com que frequência você usa ou usou droga? Você diria que:</p>	<p>01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	

SEÇÃO 2 – PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE

ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 2 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA (BOX B).

Com companheiro nos últimos 7 anos: Sim [] ou Não [].

Caso a entrevistada não tenha tido marido / companheiro / namorado ⇒ **passe para a seção 3.**

PARCEIRO ATUAL – é o marido / companheiro / namorado que está atualmente com a mulher.

PARCEIRO MAIS RECENTE – é o último marido / companheiro / namorado que a mulher se relacionou nos últimos 7 anos e que agora está sem ninguém.

EX-PARCEIRO – se a mulher tem um marido / companheiro / namorado atual, o ex-parceiro é qualquer outro dos últimos 7 anos.

Se a mulher está sem ninguém, ex-parceiro é qualquer outro que não seja o mais recente.

Agora eu gostaria que você falasse um pouco sobre seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado.

201	Há quanto tempo você está / esteve com o seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado?	Nº DE ANOS [][] OU Nº DE MESES [][] OU Nº DE DIAS..... [][]	
202	Em que lugar você conheceu o seu companheiro atual / último companheiro?	01. NA SUA CASA OU NA CASA DE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA 02. NA CASA DE AMIGOS 03. NO TRABALHO 04. VIZINHANÇA 05. IGREJA / ORGANIZAÇÃO RELIGIOSA 06. FESTA / BAR / RESTAURANTE 07. LOCAL PÚBLICO (ÔNIBUS / METRÔ / RUA) 08. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
203	Quantos anos seu marido / companheiro / namorado fez no último aniversário dele? Verifique a idade aproximada.	ANOS [][] Não Sabe ‘99’	
204	Em que ano ele nasceu? Explore: Você sabe o mês de aniversário dele?	Mês [][] ANO [][][] Não Sabe. ‘99’ ‘9999’	
205	Ele sabe ler e escrever?	00. Não ⇒ passe para Q.207 01. Sim 99. Não Sabe ⇒ passe para Q.207	
206	Qual o último grau e série que ele completou na escola? <i>(MARQUE O GRAU MAIS ALTO)</i>	01. Ensino Infantil _____ 02. Ensino Fundamental _____ 03. Ensino Médio _____ 04. Ensino Técnico _____ 05. Universitário Incompleto _____ 06. Universitário Completo _____ Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [][] 88. Não aplicável 99. Não sabe	
207	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a cor ou raça do seu marido / companheiro?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 99. Não sabe	

208	<p>Atualmente seu marido / companheiro / namorado está?</p> <p><i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE:</i> <i>Durante o relacionamento de vocês ele estava empregado....?)</i></p>	<p>01. EMPREGADO ⇒ passo para Q.210 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADO DOMÉSTICO DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] [] dias ⇒ passo para Q.210 04. EMPREGADO DOMÉSTICO MENSALISTA ⇒ passo para Q.210 05. EMPREGADOR 06. APOSENTADO ⇒ passo para Q.210 07. DESEMPREGADO 08. SEM OCUPAÇÃO 09. ESTUDANTE ⇒ passo para Q.210 10. FAZENDO BISCAITE (BICO) 11. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>
209	<p>Quando ele saiu do seu último emprego?</p> <p><i>(PARA O PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE)</i></p>	<p>01. ÚLTIMAS 4 SEMANAS 02. DE 4 SEMANAS A 12 MESES 03. MAIS QUE 12 MESES 04. NUNCA TEVE EMPREGO 88. Não aplicável 99. Não sabe</p>
210	<p>Habitualmente que tipo de trabalho ele faz / fazia?</p> <p><i>(ESPECIFIQUE O TIPO DE TRABALHO).</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
211	<p>Qual a renda mensal do seu marido / companheiro?</p>	<p>00.. Nenhuma 01.. Menos de R\$ 678,00 02.. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03.. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04.. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05.. De R\$ 3.390,01 a mais 88. Não aplicável 99. Não sabe</p>
212	<p>Seu marido / companheiro fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?</p>	<p>00. Nunca fumou ⇒ passo para Q.214 01. Sim, fuma. 02. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passo para Q.214</p>
213	<p>Quantos cigarros seu marido / companheiro costuma fumar por dia?</p>	<p>Número de cigarros por dia [] []</p> <p>Não quis responder89 Não sabe.....99 Não aplicável.....88</p>
214	<p>Seu marido / companheiro bebe ou já bebeu bebidas alcoólicas nos últimos 7 anos?</p>	<p>00. Nunca bebeu ⇒ passo para Q.218 01. Sim, bebe 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passo para Q.218</p>
215	<p>Com que frequência seu marido / companheiro bebe / bebia bebidas alcoólicas?</p>	<p>01. TODOS OS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1 – 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>

216	<p>Nos <u>últimos 12 meses</u> de seu atual relacionamento, quantas vezes você tem visto / viu seu marido / companheiro bêbado?</p> <p><i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, quantas vezes você via seu marido / companheiro bêbado?</p>	<p>00. NUNCA 01. QUASE TODOS OS DIAS 02. SEMANALMENTE 03. UMA VEZ POR MÊS 04. MENOS QUE UMA VEZ POR MÊS 99. Não sabe</p>																						
217	<p>Nos <u>últimos 12 meses</u> de relacionamento, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro?</p> <p><i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><u>NÃO</u></td> <td style="text-align: center;"><u>SIM</u></td> </tr> <tr> <td>01. PROBLEMAS COM DINHEIRO</td> <td style="text-align: center;">00</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>02. PROBLEMAS FAMILIARES</td> <td style="text-align: center;">00</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>03. OUTROS: _____</td> <td style="text-align: center;">00</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>88. Não aplicável</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>89. Não quis responder</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	01. PROBLEMAS COM DINHEIRO	00	01	02. PROBLEMAS FAMILIARES	00	01	03. OUTROS: _____	00	01	_____			88. Não aplicável			89. Não quis responder			
	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>																						
01. PROBLEMAS COM DINHEIRO	00	01																						
02. PROBLEMAS FAMILIARES	00	01																						
03. OUTROS: _____	00	01																						

88. Não aplicável																								
89. Não quis responder																								
218	<p>Seu marido / companheiro usa / já usou drogas?</p>	<p>00. Nunca usou ⇒ passa para Q.220 01. Sim, usa 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder 99. Não sabe</p>																						
219	<p>Com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas?</p> <p><i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas?</p>	<p>01. TODOS OS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1 – 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>																						
220	<p>Desde que você o conheceu, ele esteve envolvido em alguma briga (agressão física) com outro homem?</p>	<p>00. Não ⇒ Passa para Q.222 01. Sim 99. Não sabe ⇒ passa para Q.222</p>																						
221	<p>Nos <u>últimos doze meses</u> de relacionamento, isto nunca aconteceu, aconteceu uma ou duas vezes, ou muitas vezes?</p>	<p>00. NUNCA 01. UMA OU DUAS VEZES 02. ALGUMAS VEZES (DE 3 A 5) 03. MUITAS VEZES (MAIS DE 5) 88. Não aplicável 99. Não sabe</p>																						
222	<p>O seu marido / companheiro teve outras mulheres durante o relacionamento com você?</p>	<p>00. Não ⇒ Passa para Q.224 01. Sim 02. Suspeita que sim, mas não tem certeza ⇒ Passa para Q.224 99. Não sabe ⇒ passa para Q.224</p>																						
223	<p>O seu marido / companheiro teve filhos com outra mulher durante o relacionamento com você?</p>	<p>00. Não 01. Sim 02. Pode ser 88. Não aplicável 99. Não sabe</p>																						
224	<p>Durante esse relacionamento, você teve algum envolvimento com outra pessoa que incluísse sexo?</p>	<p>00. Não ⇒ passa para SEÇÃO 3 01. Sim 89. Não quis responder</p>																						
225	<p>Seu marido / companheiro chegou a saber que você teve relações sexuais com outra pessoa?</p>	<p>00. Ele não soube 01. Sim, ele soube 02. Acho que ele sabe, mas não tenho certeza 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe</p>																						

SEÇÃO 7 – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO NOS ÚLTIMOS 7 ANOS E NOS ÚLTIMOS 12 MESES E OUTROS AGRESSORES			
ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 7 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA (BOX B)			
Agora vamos conversar sobre seu companheiro			
Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seu relacionamento atual (ou mais recente) e como o seu marido / companheiro a trata / ou a tratava. Se alguém nos interromper, eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo, e que você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?			
701	Geralmente, você e o seu (atual ou mais recente) marido / companheiro conversam sobre os seguintes assuntos?	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
	a) COISAS QUE ACONTECEM COM ELE DURANTE O DIA	00	01
	b) COISAS QUE ACONTECEM COM VOCÊ DURANTE O DIA	00	01
	c) SUAS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS	00	01
	d) AS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS DELE	00	01
702	No relacionamento com seu (atual ou mais recente) marido / companheiro, com que frequência vocês brigam / brigavam?	01. RARAMENTE (menos de 1 vez / mês) 02. ALGUMAS VEZES (Entre 1 e 3 vezes / mês) 03. FREQUENTEMENTE (1 ou mais vezes / semana)	
703	Há algumas situações que ocorrem para muitas mulheres. Pensando sobre seu marido / companheiro (atual ou mais recente), você diria que geralmente ele:	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
	a) TENTA EVITAR QUE VOCÊ VISITE / VEJA SEUS AMIGOS.	00	01
	b) PROCURA RESTRINGIR O SEU CONTATO COM SUA FAMÍLIA.	00	01
	c) INSISTE EM SABER ONDE VOCÊ ESTÁ O TEMPO TODO.	00	01
	d) A IGNORA E A TRATA COM INDIFERENÇA.	00	01
	e) FICA ZANGADO SE VOCÊ CONVERSA COM OUTRO HOMEM.	00	01
	f) ESTÁ FREQUENTEMENTE SUSPEITANDO QUE VOCÊ É INFIEL.	00	01
	g) ESPERA QUE VOCÊ PEÇA PERMISSÃO A ELE ANTES DE PROCURAR UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA VOCÊ MESMA.	-	-
	h) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE TRABALHAR	00	01
	i) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE ESTUDAR	00	01

704 – Abuso PSICOLÓGICO cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																
Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR		Uma	Poucas	Muitas
1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, se ele grita, quebra coisas)?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
4. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

706 - Abuso FÍSICO cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																
Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
4. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
5. Tentou estrangular ou queimou você de propósito?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
6. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

708 - Abuso SEXUAL cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																
Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

CASO A ENTREVISTADA <u>NÃO</u> TENHA RELATOS DE VIOLÊNCIA PASSE PARA Q.711		
710	O pai de _____ (nome da criança) foi o causador de alguma(s) dessa(s) situação(ões) vivenciada(s) por você?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
711	Nos últimos 7 anos , você agrediu fisicamente o pai de _____ (nome da criança), sem ser para se defender?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 8 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
712	Você diria que isto aconteceu:	01. 1 OU 2 VEZES 02. ALGUMAS VEZES 03. MUITAS VEZES 89. Não quis responder 88. Não aplicável
713	Que situações levam / levaram você a agredir fisicamente o pai de _____ (nome da criança)? <u>EXPLORE</u> : alguma outra situação? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Sem motivo 02. Quando embriagada 03. Quando ele chega embriagado 04. Problemas com dinheiro 05. Dificuldades no trabalho 06. Falta de comida em casa 07. Problemas familiares 08. Gravidez 09. Ciúmes 10. Recusa de sexo 11. Desobediência 12. Outras: 89. Não quis responder 88. Não aplicável

APÊNDICE D – Questionário da Criança

194

Agora vamos passar para as questões relacionadas a _____ (nome da criança)

DATA DA ENTREVISTA: DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][1][]

SEÇÃO 9 – IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

901	Nome completo:	
902	Data de nascimento: ____/____/____ Se gemelar, colocar: 1º gemelar e 2º gemelar	IDADE: ____anos e ____meses
903	Sexo	Masc. [] Fem. [] Se gemelar, colocar: 1º gemelar e 2º gemelar
904	A senhora tem outros filhos além de _____ (nome da criança)?	01. Sim 02. Não Se SIM, QUANTOS? _____
905	Qual a posição de _____ (nome da criança) na prole?	01. PRIMEIRO FILHO 02. SEGUNDO FILHO 03. TERCEIRO FILHO 04. OUTRA: _____
906	_____ (nome da criança) frequentou creches?	00. Não ⇒ passe para Q.908 01. Sim
907	Se sim, qual a idade?	De _____meses a _____anos
908	_____ (nome da criança) frequentou pré-escola?	00. Não ⇒ passe para Q.910 01. Sim
909	Se sim, qual a idade?	De _____anos a _____anos
910	_____ (nome da criança) frequenta ou frequentou a escola?	00. Não 01. Sim, frequenta 02. Sim, frequentou
911	Qual idade que entrou na escola formal?	De _____anos e _____meses
912	Qual a série que ele(ela) está ou estava cursando?	_____
913	a) Qual o tipo de escola que _____ (nome da criança) está frequentando? b) Qual o nome da escola? c) Qual o endereço da escola?	01. PREFEITURA (municipal) 02. ESTADO (estadual) 03. PARTICULAR 04. OUTRA: _____ ESCOLA _____ Rua _____ _____
914	_____ (nome da criança) tem bolsa-escola?	00. Não 01. Sim

Instruções para próximas questões (Q 1201 A Q 1205):

Por favor, em cada item marque com um círculo a resposta que melhor descreve a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança **nos últimos seis meses** ou **no ano escolar em curso**.

SEÇÃO 12 QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES DA CRIANÇA	Falso	Mais ou menos Verdadeiro	Verdadeiro	
1201 - Escala de comportamento pró-social				
a) Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	0	1	2	
b) Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças	0	1	2	
c) Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	0	1	2	
d) É gentil com crianças mais novas	0	1	2	
e) Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	0	1	2	
1202 - Escala de Hiperatividade				
a) Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	0	1	2	
b) Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	0	1	2	
c) Facilmente perde a concentração	0	1	2	
d) Pensa nas coisas antes de fazê-las	2	1	0	
e) Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	2	1	0	
1203 - Escala de Sintomas Emocionais				
a) Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo	0	1	2	
b) Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	0	1	2	
c) Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	0	1	2	
d) Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	0	1	2	
e) Tem muitos medos, assusta-se facilmente	0	1	2	
1204 - Escala de Problemas de Conduta				
a) Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	0	1	2	
b) Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	2	1	0	
c) Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	0	1	2	
d) Frequentemente engana ou mente	0	1	2	
e) Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	0	1	2	
1205 - Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas				
a) É solitário, prefere brincar sozinho	0	1	2	
b) Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	2	1	0	
c) Em geral, é querido por outras crianças	2	1	0	
d) Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	0	1	2	
e) Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2	

<p style="text-align: center;">SEÇÃO 13 QUESTIONÁRIO ABREVIADO DO HUMOR E SENTIMENTOS – VERSÃO PARA RELATO DOS PAIS</p> <p>As questões dessa seção são para saber como o seu(sua) filho(a) pode estar se sentindo ou agindo recentemente. Para cada questão, por favor, verifique o quanto ela ou ele se sentiu ou agiu desta forma nas últimas duas semanas.</p>		Se uma frase for verdadeira sobre seu(sua) filho(a) a maior parte do tempo, responda VERDADE	Se uma frase for verdadeira apenas algumas vezes, responda ALGUMAS VEZES	Se uma frase não for verdadeira sobre seu(sua) filho(a), responda NÃO É VERDADE	
<i>Nas últimas duas semanas...</i>					
1301	Ela(e) estava mal-humorado(a) ou infeliz				
1302	Ela(e) não gostava de fazer nada				
1303	Ela(e) se sentia tão cansada(o) que apenas ficava quieta(o) e não fazia nada				
1304	Ela(e) estava muito inquieta(o)				
1305	Ela(e) sentiu que não era mais uma criança boa				
1306	Ela(e) chorou muito				
1307	Ela(e) encontrou dificuldade para pensar adequadamente ou se concentrar				
1308	Ela(e) odiou a si mesma(o)				
1309	Ela(e) sentiu que era uma pessoa má				
1310	Ela(e) se sentiu sozinha(o)				
1311	Ela(e) pensou que ninguém realmente a(o) amava				
1312	Ela(e) pensou que nunca poderia ser tão boa (bom) quanto as outras crianças				
1313	Ela(e) sentiu que fazia tudo errado				

SEÇÃO 15 – SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DA CRIANÇA

1501	Exposição pré-natal	a) A mãe refere que sofreu violência pelo parceiro íntimo durante a gravidez	Informação já coletada na primeira entrevista
As questões 1502 a 1512 referem-se a Exposição pós-natal da criança à violência e deverão ser perguntadas independente de relatos de violência pela mãe na Seção 7.			

1502 - OUVIR

	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) ouviu algum tipo de desentendimento entre você e seu parceiro	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto. (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____ (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Seu(sua) filho(a) ouviu discussão, com agressões verbais	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Seu(sua) filho(a) ouviu seu parceiro gritando com você	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Seu(sua) filho(a) ouviu seu parceiro ameaçando você	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Seu(sua) filho(a) ouviu seu parceiro quebrando objetos	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

5	Seu(sua) filho(a) ouviu situações em que o seu parceiro proibiu você de fazer determinadas coisas, como: estudar, trabalhar, usar certo tipo de roupa, etc.	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
6	Seu(sua) filho(a) ouviu situações de agressão física	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
7	Seu(sua) filho(a) ouviu situações de seu parceiro forçá-la a ter relações sexuais	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1503 - VER

	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) viu algum tipo de desentendimento entre você e seu parceiro	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses , você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto . (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto , isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____ (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Seu(sua) filho(a) viu discussão, com agressões verbais	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Seu(sua) filho(a) viu seu parceiro gritando com você	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

3	Seu(sua) filho(a) viu seu parceiro ameaçando você com palavras	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Seu(sua) filho(a) viu seu parceiro ameaçando você com alguma arma	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
5	Seu(sua) filho(a) viu seu parceiro quebrando objetos	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
6	Seu(sua) filho(a) viu situações em que o seu parceiro proibiu você de fazer determinadas coisas, como: estudar, trabalhar, usar certo tipo de roupa, etc.	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
7	Seu(sua) filho(a) viu situações de agressão física	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
8	Seu(sua) filho(a) viu situações de seu parceiro forçá-la a ter relações sexuais	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1504 - INTERVIR

	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) tentou intervir nos desentendimentos entre você e seu parceiro:	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto . (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto , isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____(nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Pedindo para seu parceiro parar de agredir	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02.1 a 2 anos 03.3 a 5 anos 04.6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Tentando fisicamente, parar a briga entre você e seu parceiro	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01..0 a 11 meses 02.1 a 2 anos 03.3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Pedindo ajuda a alguém (vizinhos, parentes, polícia, etc) para parar a briga entre você e seu parceiro	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02.1 a 2 anos 03.3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Cria situações para parar o evento violento, como chorar, gritar, dizer que está doente (dor de cabeça, dor de barriga, etc)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02.1 a 2 anos 03.3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1505 - PARTICIPAR

	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a)	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto. (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____(nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Foi forçado a se juntar ao seu parceiro para lhe agredir verbalmente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Foi forçado a se juntar ao seu parceiro para lhe agredir fisicamente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Voluntariamente se juntou ao seu parceiro para lhe agredir verbalmente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Voluntariamente se juntou ao seu parceiro para lhe agredir fisicamente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
5	Se aliou a seu parceiro para servir de espião e controlar os seus passos	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1506 - TORNAR-SE A PRÓPRIA VÍTIMA

	Nos últimos 12 meses durante os desentendimentos entre você e seu parceiro:	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses , você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto . (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto , isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____ (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Você insultou, chamou palavrões, xingou seu filho de propósito	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Você insultou, chamou palavrões, xingou seu filho sem querer	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Seu parceiro insultou, chamou palavrões, xingou seu filho de propósito	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Seu parceiro insultou, chamou palavrões, xingou seu filho sem querer	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
5	Foi alvo de ameaças por parte do seu companheiro	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

6	Foi fisicamente atingido(a), de propósito , por você (por exemplo, com tapas ou objetos atirados)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
7	Foi fisicamente atingido(a), de propósito , pelo seu companheiro (por exemplo, com tapas ou objetos atirados)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
8	Foi fisicamente atingido(a), sem querer , por você (por exemplo, com tapas ou objetos atirados)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
9	Foi fisicamente atingido(a), sem querer , pelo seu companheiro (por exemplo, com tapas ou objetos atirados)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
10	Seu companheiro deixou de atender as necessidades de seu filho, quando necessário (por exemplo comprar alimentos, roupas, medicamentos)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1507 – OBSERVAR AS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS

	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) observou, como consequência do desentendimento entre você e seu parceiro	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses , você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto? (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto , isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____ (nome da criança) quando essa situação aconteceu? <i>ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA</i>	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Você chorando	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
2	Você machucada	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
3	Coisas de casa ou pertences seus quebrados	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
4	Você ir para o hospital	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
5	Você ser socorrida em ambulância	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
6	A polícia ser chamada ou procurada	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____

1508 - VIVENCIAR OUTRAS CONSEQUÊNCIAS

	Durante os últimos 12 meses seu (sua) filho(a) vivenciou	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto? (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____ (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Você com depressão	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
2	Você mudar seu comportamento em relação a ele(ela)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
3	Separação do pai	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
4	Separação do companheiro atual ou mais recente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____
5	Mudança de casa por causa da violência	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [][] I) _____ II) _____ III) _____

1509 - ESCUTAR COMENTÁRIOS DOS ADULTOS

	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) ouviu conversas sobre a violência vivenciada por você	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto? (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____(nome da criança) quando essa situação aconteceu? ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Ouviu você, os irmãos, outros parentes, amigos falarem sobre os acontecimentos da violência	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1510 - DESCONHECER APARENTEMENTE

	Durante os últimos 12 meses a violência ocorreu:	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto? (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____(nome da criança) quando essa situação aconteceu? ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Fora de casa	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Quando _____ (nome da criança) não estava em casa	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Quando você achava que _____ (nome da criança) estava dormindo	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

APÊNDICE E – Miniguia de Serviços

<p>GUIA DE SERVIÇOS Recife e Olinda. Saúde da Mulher e da Criança e Direitos Humanos</p>  <p>Universidade Federal de Pernambuco Recife 2013</p>	<p>Conhecer, respeitar e promover os direitos humanos é responsabilidade de todos – homens e mulheres.</p> <p>Se você se sente humilhada, maltratada ou sofre agressão física de qualquer tipo – procure ajuda.</p> <p>Se seus filhos estão sofrendo algum tipo de agressão psicológica, física ou sexual – procure ajuda.</p> <p>Este problema não é só seu. O seu silêncio não vai protegê-la. Você e seus filhos podem e merecem ser atendidos!</p> <p>Este guia pode ajudá-la a chegar até nós. Tenha-o sempre à mão.</p> <p>Uma vida sem violência é um direito de todos.</p>	<p>CENTROS E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES:</p> <p>Centro de Referência Clarice Lispector Rua: Bernardo Guimarães, 470, Boa Vista - Recife. Disk-Orientação: 0800-281-0107</p> <p>Centro de Referência Márcia Danglemon Rua: Maria Ramos, 131 - Bairro Novo - Olinda. Fone: 0800-281-2008 / 3429-2707</p> <p>DENÚNCIAS/OUVIDORIAS:</p> <p>Central de Atendimento à Mulher do Governo Federal Rua: 180 (24 horas, todos os dias) Pode ligar do aparelho, não precisa ter cartão.</p> <p>Ouvidoria da Mulher do Estado: Rua Cais do Apolo, 222, 4º e 3º andar, Bairro do Recife. Fone: 3183-2963</p> <p>Disque Denúncia: Fone: 3421-9595</p>	<p>ASSISTÊNCIA JURÍDICA:</p> <p>Defensoria Pública Especializada na Defesa da Mulher Vítima de Violência do Recife Fone: 3325-9830</p> <p>Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Recife Rua Dom Manoel Pereira, 170, Santo Amaro, Recife. Fone: 3231-1493</p> <p>Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher Vítima de Violência / Recife Rua do Pombal, S/N, Santo Amaro, Recife. Fone: 3184-3331 / 3184-3339</p>	<p>SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM RECIFE:</p> <p>Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros/CISAM Rua Mamanguape, s/n, Encruzilhada, Recife/ PE - Fone: 3182-7757</p> <p>Hospital Agamenon Magalhães – Serviço de Apoio à Wilma Lessa Estrada do Arraial, 2726, Casa Amarela, Recife / PE - Fone: 3184-1739</p> <p>Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife/PE - Fone: 2122-4163</p> <p>Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima Av. Norte, 6465, Casa Amarela - Recife. Fone: 3232-4308</p>	<p>Coordenação: Ana Bernarda Ludermir</p> <p>Participação: Mariana Carvalho Lima, Sophie Eickmann, Alan Eimond, Elizabete Pereira Silva, Raquel Aquino</p> <p>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva</p> <p>Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente CNPq e PROPEAQ</p> <p><i>Nenhuma mulher ou criança merece receber agressões de qualquer tipo.</i></p> <p>Projeto: Consequências da violência cometida por parceiro íntimo para a saúde da mulher e da criança...</p> <p>Av. Professor Moraes Rêgo, s / n. CEP: 50.670-901. Hospital das Clínicas, 4º andar. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: ablu@ufpe.br.</p>
---	--	---	--	--	--

<p>CONSELHOS TUTELARES:</p> <p>RPA-1 - Rua Gervásio Pires, 829, Boa Vista, Recife/PE. Fone: 3355-3013/3014</p> <p>RPA-2 - Rua Padre Miguelino, 90, Torreão, Recife/PE. Fone: 3355-3266/3268</p> <p>RPA-3A - Rua Conselheiro Piretti, 218, Casa Amarela, Recife/PE. Fone: 3355-3246/3247</p> <p>RPA-3B - Rua Conselheiro Piretti, 218, Casa Amarela, Recife/PE. Fone: 3355-6785 / 3355-6964</p> <p>RPA-4 - Rua Cláudio Brotherhood, 126, Cordeiro, Recife/PE. Fone: 3355-3242 / 3355-3243</p> <p>RPA-5 - Rua José Natário, 190, Areias, Recife/PE. Fone: 3355-3238</p> <p>RPA-6A - Rua Olívia Menelau, 06, Ibiribeira, Recife/PE. Fone: 3355-3263 / 3355-3264</p>	<p>RPA-6B - Av. Dois Rios, 1289, Iburá, Recife/PE. Fone: 3355-4798 / 4799</p> <p>Plantões Noturnos, Feriados e Finais de Semana Rua Gervásio Pires, 829, Boa Vista, Recife/PE. Fone: 3355-3014</p> <p>GERÊNCIA DE POLÍCIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (GPÇA): Rua Benfca, 1008 - Madalena. Fone: 3184-3577 / 3303-8074 / 3303.8080</p> <p>CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (COMDICA): Rua Benfca, 373, Madalena, Recife/PE. Fones: 3355-4654 / 3355-4635 / 3355-4702 / 3355-4703</p> <p>Serviço de denúncias e informações sobre violação dos Direitos Humanos: Fone: 100 (Pode ligar do aparelho, não precisa ter cartão).</p>	<p>NÚCLEOS DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA MUNICIPAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> Rua 11 de Agosto, s/n - Bidu Krause, Totó - Recife. Fone: 3252-5754 Av. Beberibe, 3764 - Beberibe - Recife - PE. Fone: 3241-1682 Av. Caxangá, 2678 - Caxangá - Recife. Fone: 3226-1443 / 3226-2047 Av. Dois Rios, 1178 - Iburá - Recife - PE. Fone: 3339-3975 Av. Herculano Bandeira, 587 - Pina - Recife - PE. Fone: 3463-1399 / Cais do Apolo, 925 - Térreo - Recife - PE. Fone: 3425-8270 <p><i>O primeiro passo para sair da situação de violência é reconhecer que você não tem culpa.</i></p>	<p>ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:</p> <p>Centro Especializad Professor Nelson Chaves - Rua Ramiz Galvão, 397 - Arruda-Recife - PE - Fone : 3444-9664</p> <p>Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima (24 h) - Av. Norte, 6465 - Casa Amarela - Recife - DS III-Fone: 3355-2153</p> <p>Maternidade Bandeira Filho (24 h) - Rua Londrina s/n- Afogados - Recife - PE - DS V- Fone: 3355-2230</p> <p>Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques (24 h) - Av. Dois Rios, s/n - Iburá - Recife - DS VI-Fone: 3355-1815 /1915</p> <p>Policlínica Amaury Coutinho (24 h), Rua Iguatu s/n, Campina do Barreto - Recife - PE - DS II. Fone: 3355-7850</p> <p>Policlínica Gouveia de Barros - Pátio da Santa Cruz, s/n - Boa Vista - Recife - PE- Fones: 3355-1522/1527</p>	<p>Policlínica Agamenon Magalhães - Praça da Paz, s/n-Afogados-Recife- PE -Fones: 3355-2331/233355-2153</p> <p>Policlínica e Centro de Saúde Lessa de Andrade - Estrada dos Remédios, 2416 - Madalena - Recife - PE - Fone: 3355-7802/7800</p> <p>OUTROS TELEFONES: SAMU - 192 e POLÍCIA - 190</p> <p>Ouvidoria Geral do SUS: 136</p> <p>IML - Instituto Médico Legal - Santo Amaro - Recife Fone: 3183-9256</p> <p>Núcleo de Entretamento ao Tráfico de Pessoas - Fone: 3183-5012</p> <p>Ministério Público: Rua do Imperador, 473, Edf. Promotor de Justiça Roberto Lyra, 12 andar, Santo Antônio, Recife/PE Fone: 3303-1243</p>	<p>Existem saídas para a violência!</p> <p>Você pode pedir ajuda!</p> <p>Você pode se proteger!</p> <p>Você pode proteger seus filhos!</p> <p>A violência afeta o desenvolvimento dos seus filhos!</p> 
--	--	---	---	---	---

APÊNDICE F – Lista das Escolas

	ESCOLA	TIPO DE ESCOLA
1	CAIC Norma Coelho - Rua Presidente Kennedy	ESTADO
2	Carlos Gonçalves - Av. Prof. Andrade Bezerra, Salgadinho / Olinda	ESTADO
3	Colégio da Polícia Militar - Derby	ESTADO
4	Josè Mendes - Rua principal de Caixa d'água	ESTADO
5	Pedro José - Casa Amarela	ESTADO
6	Professor José dos Anjos - Av. Hildebrando Vasconcelos	ESTADO
7	Centro Social de Belem	FILANTRÓPICA
8	SESC Casa Amarela - Av. Norte (do SESC)	FILANTRÓPICA
9	SESC Santo Amaro - Rua 13 de maio (Em frente ao cemitério Stº Amaro) (do SESC)	FILANTRÓPICA
10	Academia Maria de Fátima - Rua 25 de Março - Peixinhos	PARTICULAR
11	Academia Mundo Infantil	PARTICULAR
12	Adventista do Arruda - Av. Beberibe	PARTICULAR
13	Alegria do Saber - próximo à Escola São Judas Tadeu, Chão de Estrelas	PARTICULAR
14	Ana Nery - Arruda próximo ao mercado Campo Santa Cruz	PARTICULAR
15	Ana Pimentel - próximo ao terminal de Campo Grande	PARTICULAR
16	Aprendendo Pensando - próximo ao motel coco, Ouro Preto	PARTICULAR
17	Arco-Iris - Rua do Triunfo, próximo ao Bar Dançante Bate-papo	PARTICULAR
18	Assembléia de Deus - Centro de São Lourenço da Mata (por trás do cinema)	PARTICULAR
19	Base do Ensino - Av. Aníbal Benévolo, 1130, Beberibe/Água Fria	PARTICULAR
20	Beth Shalon - Rua Expedicionário Pelópides - Dois unidos	PARTICULAR
21	Brilho de Jesus	PARTICULAR
22	Cantinho Feliz	PARTICULAR
23	Carrosel - Rua Bento Justino de Souza, Arruda	PARTICULAR
24	Cecília Meirelles - R. Uriel de Holanda, S/N	PARTICULAR
25	CEI - Centro Educandário da Iputinga	PARTICULAR
26	Centro Educacional Vitória - próximo ao terminal do ônibus Chão de Estrelas	PARTICULAR
27	Colégio do Saber (R. Franques Tavares - próximo à padaria)	PARTICULAR
28	Colégio e Curso Recriando - Sítio Novo, entrada do mercado	PARTICULAR
29	Colégio Futuro - próx. à Delegacia	PARTICULAR
30	Colégio Movimento - Fundão, próximo a Pizzaria	PARTICULAR
31	Colégio QI - Av. Beberibe - próximo ao Bompreço Arruda	PARTICULAR
32	Colégio Rosa Gattorno - Rua Dr. José Maria, 1106, Rosarinho	PARTICULAR
33	Construindo o Saber - Alto do Rosário	PARTICULAR
34	Cora Coralina - Paulista	PARTICULAR
35	Coração do Menino Jesus - Rua Timbaúba S/N	PARTICULAR
36	Criança Futuro Feliz - próximo ao Colégio Pedro Celso	PARTICULAR
37	Cruzada (Ladeira de Pedra)	PARTICULAR
38	Educação Gênesis - Próximo ao termina do ônibus Brejo	PARTICULAR
39	Educandário Esperança / Escola Margarida Cerqueira Pessoa - próx a delegacia	PARTICULAR
40	Educandário Gênese	PARTICULAR

41	Educandário Nova Era - próximo ao posto de saúde Bianor Teodósio	PARTICULAR
42	Escola Nova Olinda - Av. Presidente Kennedy	PARTICULAR
43	Escola Positiva - Água Fria, perto da delegacia	PARTICULAR
44	Espaço Criativo - Cons. Barros Barreto, S/N	PARTICULAR
45	Espaço Infantil - próximo ao Clube dos Irresponsáveis	PARTICULAR
46	Faculdade Alternativa da Criança - Rua Bela Vista, 254	PARTICULAR
47	Floebel - Ao lado do terminal integrado do Xambá (Presidente Kennedy)	PARTICULAR
48	Fraternidade - Rua Idelbrando Vasconcelos	PARTICULAR
49	Futuro Feliz - Beberibe	PARTICULAR
50	Horizonte - próximo a feira em Água Fria	PARTICULAR
51	Imaculado Coração de Maria - Rua Dr. Machado, Campo Grande	PARTICULAR
52	Infantil Conviver - Av. Uriel de Holanda, S/N, próximo ao antigo bar da Cachoeira	PARTICULAR
53	Instituto Ailton Santos - Av. Beberibe, S/N, em frente a Praça da Convenção	PARTICULAR
54	Instituto Brasil - Rua Leopoldino Canuto - Caixa D'Água - Olinda	PARTICULAR
55	Instituto Evangélico Renascer - Rua Otacílio de Azevedo	PARTICULAR
56	Instituto Fabiana - Córrego Deodato	PARTICULAR
57	Instituto Kariós - Rua Terminal do Alto José do Pinho	PARTICULAR
58	Instituto Maria Fernandes - Exp. João Maria, S/N	PARTICULAR
59	Instituto Naiara França - Córrego do Euclides	PARTICULAR
60	Instituto São Marcos - Rua Anibal Benévolo	PARTICULAR
61	Invest Centro Educacional - Avenida Beberibe	PARTICULAR
62	Jardim Getsemani - Rua Visconde de Garret, 45 Dois Unidos Próximo à USF Bianor	PARTICULAR
63	Jesus Cristo - Estrada de Belém	PARTICULAR
64	Jesus de Nazaré - Próximo a Igreja Batista de Jardim Atlântico/Olinda	PARTICULAR
65	Joana D'Arc - Av. Benévolo - perto do Clube Bela Vista	PARTICULAR
66	João e Maria (Av. Beberibe, em frente ao antigo Posto de gasolina)	PARTICULAR
67	João Paulo - próximo em gente ao Bar	PARTICULAR
68	João Paulo II - Rua Coronel Mário Libório - Campina do Barreto	PARTICULAR
69	Leda Melo - próximo a Padaria Vila Pão	PARTICULAR
70	Lírio do Vale - Rua DO COLÉGIO , Rua Ladeira de Pedra	PARTICULAR
71	Luiz Pessoa - próximo ao bar da Fava, Cajueiro	PARTICULAR
72	Menino Jesus - Terminal do ônibus Jardim Brasil I	PARTICULAR
73	Modelo - Rua da feira da sulanca, Arruda	PARTICULAR
74	Nossa Senhora da Conceição - próximo a Igreja Assembléia de Deus, Córrego da Padaria	PARTICULAR
75	Nossa Senhora da Piedade	PARTICULAR
76	Nossa Senhora das Graças - Próximo a Academia Isaforma	PARTICULAR
77	Nossa Senhora de Fátima - (Cruzamento onde fica o Bar do Zé)	PARTICULAR
78	Nossa Senhora de Lourdes - R. Sebastião Salazar - Cajueiro	PARTICULAR
79	Nossa Srª da Conceição - R. Júlio José de Souza, próximo a barraca de Dona Ana	PARTICULAR
80	Nova Era - Rua Manoel Lopes de Albuquerque - 2 unidos (perto do espaço de festa e jogo)	PARTICULAR
81	Novo Horizonte - Alto Sta. Terezinha, próximo ao Mercado Passira	PARTICULAR
82	Parque do Saber - Sítio Novo	PARTICULAR
83	Positivo - Rua Zeferino Agra	PARTICULAR
84	Raio do Saber - R. dos Peixinhos - Campina do Barreto	PARTICULAR

85	Recanto Infantil - Próximo à Delegacia	PARTICULAR
86	Renascer - Av. Aníbal Benévolo, próximo a Quadra Monte Pascoal	PARTICULAR
87	Rita Barbosa - Em frente ao Posto de Saúde Alto do Céu	PARTICULAR
88	Saber Fazer - Bomba do Hemetério	PARTICULAR
89	Sandra Meira	PARTICULAR
90	Santa Bernadete - próximo a Unidade de Saúde da Família da Campina do Barreto	PARTICULAR
91	Santa Cecília - Ilha do Joaneiro	PARTICULAR
92	Santa Marta - Rua 1ª subida após US sentido terminal	PARTICULAR
93	Santa Quitéria - Rua Marquês de Baependi	PARTICULAR
94	Santa Rita de Cássia - Rua Maracajá - Campo Grande	PARTICULAR
95	Santa Terezinha - próximo a Av. 21 de Abril e Pizzaria do Gordo, Mustardinha	PARTICULAR
96	São Vicente de Paulo - R. Anibal Benévolo	PARTICULAR
97	Shalon - Córrego do Euclides - próximo Beleza Magazine	PARTICULAR
98	Siqueira Brandão - Conselheiro Barro Barreto	PARTICULAR
99	Terceiro Milenio Objetivo - Bairro do Espinheiro, próximo ao Ministério do Trabalho	PARTICULAR
100	Tesouro Escondido - R. Maria Henriqueta, próximo a Rua Anil	PARTICULAR
101	Tia Ana - próx. Parada Chão de Estrelas	PARTICULAR
102	Universo do Saber (após Colégio Jesus Crucificado, Campo Grande)	PARTICULAR
103	Vera Cruz - Rosa e Silva	PARTICULAR
104	Visão Atual - Linha do Tiro	PARTICULAR
105	Agamenon Magalhães	PREFEITURA
106	Água Fria	PREFEITURA
107	Ailton Santos - Av. Beberibe, 4628	PREFEITURA
108	Alda Romeu	PREFEITURA
109	Alto do Maracanã - Alto do Maracanã	PREFEITURA
110	Alto do Pascoal	PREFEITURA
111	Alto do Refúgio - depois da Igreja Metodista	PREFEITURA
112	Alto Stª Terezinha	PREFEITURA
113	Amauri Coutinho - Cajueiro	PREFEITURA
114	Ana Maurício Vanderley - Rua São Sebastião, S/N	PREFEITURA
115	Ana Maurício Wanderley	PREFEITURA
116	Anexo de Casa Amarela - Córrego da Areia, depois da Escola Moacir	PREFEITURA
117	Antônio Tibúrcio Cavalcante Rua Tamboara - Água Fria	PREFEITURA
118	Azerêdo Coutinho (Av. Presidente Kennedy - Peixinhos)	PREFEITURA
119	Balão Mágico - Rua Engenho do Meio, próximo a creche	PREFEITURA
120	Bola na Rede - Próximo a fábrica da schink	PREFEITURA
121	Campina do Barreto	PREFEITURA
122	Casa Amarela - Córrego da Areia, próximo ao Colégio Moacir	PREFEITURA
123	Chico Mendes - Rua do Campo, S/N, próximo ao Posto de Saúde de Areias/Caçote	PREFEITURA
124	Compositor Capiba	PREFEITURA
125	Coronel José Domingos - Próximo ao Centro Comercial de Ouro Preto	PREFEITURA
126	Córrego da Bica - Alto Santa Teresa	PREFEITURA
127	Costa Porto - Joana Bezerra	PREFEITURA
128	da Mangabeira	PREFEITURA

129	de Beberibe - Av. Beberibe, próximo a Escola Pedro Celso	PREFEITURA
130	Deus é amor (Ladeira de Pedra)	PREFEITURA
131	Dom Helder Câmara	PREFEITURA
132	Edinaldo Miranda	PREFEITURA
133	Escola Menino Jesus - Interior de Serrita, no Centro	PREFEITURA
134	Flávio Guerra - Alto da Telha - Nova Descoberta	PREFEITURA
135	Hebert de Souza - Dentro da Escola Superior de Educação Física, Hospital Oswaldo Cruz	PREFEITURA
136	Irmã Terezinha - Chão de Estrelas	PREFEITURA
137	Jandira Botelho - Rua Farias Neves - Saramandaia	PREFEITURA
138	Luiz Gonzaga - Bomba do Hemetério	PREFEITURA
139	Luiz Lula Gonzaga - Rua da Alegria	PREFEITURA
140	Manuel Antônio de Freitas - Rua São Jerônimo	PREFEITURA
141	Maria Gorete - Vasco da Gama	PREFEITURA
142	Mário Melo - Rua Oliveira Fonseca (Casa de Apoio Recomeço)	PREFEITURA
143	Marluce Santiago - Estrada de Passarinho	PREFEITURA
144	Metodista - Caixa D'água, próximo ao bar da Quitéria	PREFEITURA
145	Moacir de Albuquerque - Rua Córrego da Areia, próximo a Feira de Nova Descoberta	PREFEITURA
146	Monsenhor Viana	PREFEITURA
147	Monsenhor Fabrício	PREFEITURA
148	Municipal Antônio Luiz	PREFEITURA
149	Municipal do Sancho - Por trás do Hospital Otávio de Freitas	PREFEITURA
150	Municipal Antônio Correia de Melo	PREFEITURA
151	Nova Aurora - No fina da Rua Antônio Meira	PREFEITURA
152	Olindina Monteiro	PREFEITURA
153	Poeta Solano Trindade - Rua Regeneração, Água Fria (próximo ao Posto Shell ou Ipiranga)	PREFEITURA
154	Professor Ricardo Gama - Rua Uriel, próximo ao Colégio Paulo VI	PREFEITURA
155	Renata Acioli Carneiro Campos - Rua Alto do Progresso	PREFEITURA
156	Santa Cecília - Ilha do Joaneiro	PREFEITURA
157	São João Batista - Av. Aníbal Benévolo, próximo a quadra Monte Pascoal	PREFEITURA
158	Sede da Sabedoria - perto do posto de saúde Santo Amaro	PREFEITURA
159	Severina Lira - Próximo ao Baro de Chico, na Av. Norte	PREFEITURA
160	Solano Trindade	PREFEITURA
161	Vereador José Mendes - Passarinho, próximo ao Posto de Saúde de Passarinho	PREFEITURA
162	Virgem Poderosa - Por trás do Hospital Infantil, próximo a Jaqueira	PREFEITURA

ANEXO A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006

Pesquisador: Ana Bernarda Ludermir

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12147512.6.0000.5208

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas de Pernambuco

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 194.672

Data da Relatoria: 06/02/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto: "Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006", aborda a violência contra as mulheres por seus parceiros íntimos (VPI), que é frequente durante a gestação, ocasionando diversos danos à saúde da mulher e da criança. Ele representa a continuidade do estudo e tem como proposta investigar as consequências da VPI contra a mulher durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as consequências para a saúde mental das mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife que referiram violência pelo parceiro íntimo durante a gravidez e o impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação ao iniciar a escolaridade formal.

Objetivo Secundário:

A) Relacionados às mulheres:

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



1. Estimar a prevalência, a manutenção e a incidência da violência contra as mulheres cometida por parceiros e exparceiros;
 2. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com a violência infligida atualmente pelo parceiro;
 3. Descrever a frequência, as características, a severidade e as modificações do padrão da violência cometida contra as mulheres pelo parceiro depois da gravidez;
 4. Investigar a associação entre a ocorrência da violência cometida atualmente com as características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro;
 5. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com a prevalência atual de Transtornos Mentais Comuns e de depressão nas mulheres;
 6. Investigar a associação dos Transtornos Mentais Comuns ocorridos na gravidez e da depressão puerperal com a saúde mental atual das mulheres;
- B) Relacionados às crianças:**
1. Investigar o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006;
 2. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação;
 3. Investigar a associação dos Transtornos Mentais Comuns na gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 e da depressão puerperal com desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - por se tratar de um tema sensível e complexo como a violência, sobre o qual a mulher pode sentir-se constrangida em relatar ou receosa das consequências ao fazê-lo. Serão adotados alguns cuidados, tais como a garantia da confidencialidade, o direito de opção quanto ao local da entrevista, permitindo que as mulheres se sintam seguras e confortáveis.

Benefícios - a partir da entrevista é possível que algumas mulheres reconheçam suas experiências conjugais como violentas, primeiro passo para não aceitá-las; para muitas mulheres é importante ter a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Serão entregues miniguias em formato de bolso contendo informações sobre os serviços sociais, de saúde e jurídico-policiais especializados no atendimento a mulheres e crianças em situação de violência disponíveis na cidade do Recife. Todas as mulheres, independentemente de vivenciarem situações de violência, receberão os miniguias após o encerramento da entrevista. Em situações de violência severa atual, as mulheres

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



serão orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres e crianças em situação de violência. Com relação às crianças, a avaliação do desenvolvimento é fundamental para que se possa intervir numa idade precoce, caso seja identificado algum problema. As mães das crianças observadas com problemas no desenvolvimento serão orientadas a procurar os serviços especializados, identificados pela pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Violência na gravidez: determinantes e consequências para a saúde vem sendo desenvolvida sob a coordenação da proponente. Até o momento foram conduzidas duas fases de coleta de dados nos anos de 2005 e 2006 (aprovadas pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco protocolo de Pesquisa número 303/2004-CEP/CCS). O presente projeto representa a continuidade do estudo, tendo como objetivo investigar as consequências da VPI contra a mulher durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. As entrevistas serão realizadas no ano de 2013, quando as crianças estarão iniciando a escolaridade formal. Todas as 1.057 mulheres que participaram da avaliação no puerpério serão incluídas na nova etapa. Desta maneira, podendo definir as seguintes hipóteses: 1 - A violência por parceiro íntimo pode comprometer a saúde mental da mulher; 2 - A exposição da criança à violência cometida pelo parceiro íntimo contra sua mãe pode causar impactos para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta: introdução, objetivos, metodologia, cronograma, orçamento, TCLE, referências, carta de anuência, folha de rosto e o curriculum lattes dos pesquisadores, de acordo com as normas.

Recomendações:

Recomendamos a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br