



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA FERNANDA MUNIZ ARAÚJO

**PRÁTICAS EDUCATIVAS MATEERNAS E TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS
E EMOCIONAIS DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR**

RECIFE

2020

MARIA FERNANDA MUNIZ ARAÚJO

**PRÁTICAS EDUCATIVAS MATERNAS E TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS
E EMOCIONAIS DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir.

RECIFE

2020

Catálogo na fonte:
Bibliotecária Elaine Freitas, CRB4/1790

A663p Araújo, Maria Fernanda Muniz
Práticas educativas maternas e transtornos comportamentais e emocionais da criança em idade escolar / Maria Fernanda Muniz Araújo. – 2020.
100 f. : il.

Orientadora: Ana Bernarda Ludermir.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2020.

Inclui referências e anexos.

1. Violência Doméstica. 2. Maus-Tratos Infantis. 3. Relação Parental. 4. Comportamento Infantil. 5. Relações Mãe-Filho. 6. SDQ. 7. CTSPC. I. Ludermir, Ana Bernarda. (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2022 - 012)

MARIA FERNANDA MUNIZ ARAÚJO

**PRÁTICAS EDUCATIVAS MATERNAS E TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS
E EMOCIONAIS DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 28/02/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof.^a Dr.^a Elisabete Pereira Silva (Examinadora externa)

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Patrício de Carvalho Pedrosa (Examinadora externa)

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

RECIFE

2020

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes vítimas de violência.

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha eterna fonte de fé e esperança.

Aos meus pais, minha irmã e minha avó que, pela confiança e fé depositadas em mim, tornaram-se meus guias nesta importante etapa da minha vida. Pais, a perspicácia e otimismo de vocês me fazem acreditar que tudo é possível, ainda que o caminho seja árduo e solitário.

Aos meus amigos da escola, companheiros de tantos anos, a descontração e o incentivo de vocês permitiram minha leveza de espírito durante esses dois últimos anos tão intensos.

À minha turma do mestrado, em especial Kamila, Mikael e Augusto, e à Jaqueline, companheiros de luta e de SUS. Caminhar com vocês é muito inspirador e me traz esperança de dias melhores para o país e para o SUS.

À todos os professores da pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal de Pernambuco que foram importantes na construção do meu aprendizado e no desenvolvimento desta pesquisa. Em especial à minha orientadora, professora Ana Bernarda Ludermir, sem a qual nada disso seria possível. Uma pesquisadora exemplar que com muita paciência, experiência e disponibilidade me incita a dar sempre o melhor de mim na tentativa por alcançar o seu padrão de excelência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram nesta caminhada e na execução e conclusão deste trabalho.

“A força gerada pela não violência é infinitamente maior do que a força de todas as armas inventadas pela engenhosidade do homem “. (GANDHI, 1969).

RESUMO

Investigar a associação de práticas educativas maternas (PEM) relatadas pelas próprias mães com os transtornos comportamentais e emocionais de seus filhos no início da escolaridade formal. Estudo transversal, realizado entre 2013 e 2014, com 631 pares mãe/criança, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife, Pernambuco. Integra estudo de coorte prospectivo delineado para investigar as consequências da exposição à violência pelo parceiro íntimo para a criança que nasceu da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. A prática educativa materna foi avaliada pela escala de conflitos *Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC - versão mãe-criança)* e os transtornos comportamentais e emocionais da criança pelo questionário de capacidades e dificuldades da criança - *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ - versão mãe)*. A associação entre os transtornos emocionais e comportamentais da criança e a PEM foi estimada através de razões de prevalência bruta e ajustada, utilizando-se a regressão de Poisson e considerando o intervalo de confiança de 95%. A prevalência da prática educativa materna violenta (PEMV) foi de 93,8% (592/631) sendo 91,4% (577/631) de agressão psicológica e 82,4% (520/631) de agressão física. O uso da disciplina não violenta foi referido por 97,6% (616/631) das mulheres, coexistindo com estratégias violentas de disciplinamento. As mães relataram altos scores de SDQ em 32,26% (n=191) das crianças expostas à PEMV. A regressão de Poisson demonstrou que a associação mais forte com o SDQ foi com a exposição à violência física ($RP_{ajustada} = 1,62$; IC95% 1,08–2,43; $p=0,019$). A alta prevalência de práticas educativas violentas, especialmente a agressão física está associada aos transtornos emocionais e comportamentais nas crianças. Há o envolvimento de fatores socioeconômicos e demográficos que influenciam tanto a orientação e execução das práticas educativas maternas quanto o aparecimento de transtornos nas crianças.

Palavras-chave: violência doméstica; maus-tratos infantis; relação parental; comportamento infantil; relações mãe-filho; SDQ; CTSPC.

ABSTRACT

To investigate the association of maternal educational practices (MEP) reported by the mothers themselves and child's behavioral and emotional disorders of their child at the beginning of formal schooling. Cross-sectional study, carried out between 2013 and 2014, with 631 mother / child pairs, registered in the Family Health Strategy of the Sanitary District II of the city of Recife, Pernambuco. It integrates a prospective cohort study designed to investigate the consequences of exposure to intimate partner violence in relation to the child who was born between 2005 and 2006. Maternal educational practice was assessed using the Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC - mother-child version) and the child's behavioral and emotional disorders through the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ - mother- version). The association between the child's emotional and behavioral disorders and MEP was estimated through crude and adjusted prevalence ratios, using Poisson regression considering the 95% confidence interval. The prevalence of violent maternal educational (VMEP) practice was 93.8% (592/631), 91.4% (577/631) of psychological aggression and 82.4% (520/631) of physical aggression. The use of non-violent discipline was reported by 97.6% (616/631) of women, coexisting with violent discipline strategies. Mothers reported high SDQ scores in 32.26% (n = 191) of children exposed to VMEP. Poisson regression demonstrated that the strongest association with SDQ was with exposure to physical aggression ($PR_{adjusted} = 1.62$; 95% CI 1.08–2.43; $p = 0.019$). The high prevalence of violent educational practices, especially physical aggression, is associated with emotional and behavioral disorders in children. The involvement of socioeconomic and demographic factors influences both the orientation and implementation of maternal educational practices and the appearance of disorders in children.

Keywords: domestic violence; child abuse; parenting; child behavior; mother-child relations; SDQ; CTSPC.

LISTA DE TABELAS

DISSERTAÇÃO

- Tabela 1 - Análise bivariada entre características sociodemográficas da mulher e seu parceiro, características demográficas da criança, perfil do relacionamento do casal, saúde mental materna e os transtornos comportamentais e emocionais da criança, Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.....58
- Tabela 2 - Prática educativa maternal violenta usando a escala tática de conflitos versão mãe-criança (*Parent-Child Conflict Tactics Scale CTSPC*), Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.....59
- Tabela 3 - Análise bivariada entre características sociodemográficas da mulher e seu parceiro, características demográficas da criança, perfil do relacionamento do casal, saúde mental materna e as práticas educativas maternas violentas, Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.....60
- Tabela 4 - Transtornos comportamentais e emocionais da criança em idade escolar relatado pelas mães através do questionário de capacidades e dificuldades da criança - *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ - versão mãe)*, Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.....62
- Tabela 5 - Associação entre as práticas educativas maternas violentas e os transtornos comportamentais e emocionais da criança em idade escolar relatado pelas mães através do questionário de capacidades e dificuldades da criança - *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ - versão mãe)*, Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.....62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
CAPS	CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CEO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CTSPC	<i>PARENT-CHILD CONFLICT TACTICS SCALE</i>
DS	DISTRITO SANITÁRIO
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ESB	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
HIS	HABITAÇÃO DE INTERESSE SOCIAL
HPA	HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-ADRENAL
IEP	INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS
MEP	MATERNAL EDUCATIONAL PRACTICE
MR	MICRORREGIÃO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PEM	PRÁTICA EDUCATIVA MATERNA
PEMV	PRÁTICA EDUCATIVA MATERNA VIOLENTA
PE	PERNAMBUCO
RPA	REGIÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA
SDQ	<i>STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE</i>
SINAN	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
SPA	SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO
SRQ	<i>SELF REPORTING QUESTIONNAIRE</i>
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TMC	TRANSTORNO MENTAL COMUM
USF	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

VMEP

VIOLENT MATERNAL EDUCATIONAL PRACTICE

VIVA

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

VPI

VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	CONCEITOS E TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA INFANTIL	18
3.2	EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA INFANTIL	21
3.3	HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA COMO PRÁTICA EDUCATIVA NO BRASIL E NO MUNDO	24
3.4	PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS	27
3.5	TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA	29
3.6	PRÁTICA EDUCATIVA VIOLENTA E TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA	32
4	OBJETIVOS	35
4.1	OBJETIVO GERAL	35
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
5	MÉTODOS	36
5.1	LOCAL DO ESTUDO	36
5.2	DESENHO DO ESTUDO	37
5.2.1	<i>Operacionalização da Pesquisa (Seleção, Treinamento das Entrevistadoras e Estudo Piloto)</i>	39
5.3	DEFINIÇÃO DOS SUJEITOS	40
5.4	AMOSTRA	40
5.5	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	40
5.5.1	<i>Variável independente</i>	40
5.5.2	<i>Variável dependente</i>	41
5.5.3	<i>Covariáveis</i>	41
5.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	42

5.6.1	<i>Questionário da mulher</i>	42
5.6.2	<i>Questionário sobre a criança</i>	45
5.7	ANÁLISE DOS DADOS	50
6	ASPECTOS ÉTICOS	51
7	PROBLEMAS METODOLÓGICOS	53
8	RESULTADOS	55
8.1	TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA	55
8.2	PRÁTICAS EDUCATIVAS MATERNAS (PEM)	56
8.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO À PEMV E TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA	57
9	DISCUSSÃO	63
9.1	LIMITAÇÕES	65
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	68
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS)	77
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DA MULHER	80
	ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE A CRIANÇA	94

1 INTRODUÇÃO

A violência é definida como o uso deliberado da força física ou do poder, seja em grau de ameaça ou de forma efetiva, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou comunidade, que cause ou tenha probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos ao desenvolvimento pessoal e social ou privações do atendimento às necessidades básicas (KRUG et al., 2002).

Segundo Minayo (2001), a violência que envolve crianças e adolescentes implica, de um lado, uma transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de desenvolvimento.

Em uma sociedade de traços adultocêntricos como a nossa, as crianças são consideradas incapazes e submetidas, muitas vezes pelo uso da força física e da coerção psicológica, às determinações de seus pais, mães, professores e responsáveis. A violência intrafamiliar, em sua face da violência física, tem sido muitas vezes justificada como necessária ao processo educativo. As ações de “bater para que as crianças aprendam” ou “bater para corrigi-las” são toleradas socialmente, desde que não causem danos físicos e visíveis às crianças (MOREIRA; SOUSA, 2012).

No que diz respeito aos agressores, estudos apontam que a mãe é a que mais contribuiu para a prevalência de violência contra os filhos, principalmente a violência física e negligência (COSTA et al., 2007; PINTO JUNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015; SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017; TAYLOR et al., 2009).

O espaço de interação entre mães e filhos em seu contexto de vida, pode ser capaz de revelar as multiplicidades de fatores que favorecem a expressão da violência, tais como: pobreza, relações conflitantes da mãe com o parceiro, uso de drogas lícitas e ilícitas, vivência de violência conjugal na família de origem ou abuso sofrido quando criança, maior tempo de convivência entre mães e filhos, dentre outros (BITTAR et al., 2012; MONTEIRO et al., 2009; SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A naturalização da violência enquanto processo educativo pode ser percebida tanto em pesquisas com crianças e adolescentes vitimizados (MAGALHÃES et al., 2017; VENTURINI; BAZON; BIASOLI-ALVES, 2004; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004) quanto com pais ou cuidadores perpetradores da violência (PERUHYPE; HALBOTH; ALVES, 2011; TORRES et al., 2015; VITOLO et al., 2005; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004).

Um modelo teórico proposto para compreender o tema da educação na família foi desenvolvido por Gomide (2004, 2006). A autora utiliza um instrumento composto por sete práticas educativas, sendo duas consideradas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco negativas (abuso físico, disciplina relaxada, monitoria negativa, negligência e punição inconsistente) (GOMIDE, 2006; SAMPAIO, 2007).

As práticas educativas são consideradas positivas quando envolvem a utilização de atenção, monitoria, carinho, regras e limites, o que favorece um bom desenvolvimento da criança e do adolescente (WEBER, 2012).

Quando essas práticas envolvem a ausência de atenção e afeto, abuso, negligência e humilhações, são consideradas negativas, tornando-se fatores de risco para o desenvolvimento infanto-juvenil (WEBER, 2012).

A literatura tem apontado as práticas educativas parentais coercitivas ou negativas (punição física, negligência, abuso físico, emocional ou sexual) como fatores de risco para o desenvolvimento adaptativo de crianças e adolescentes (GOMIDE, 2006).

Para a maioria das crianças expostas a essas práticas, estão associadas importantes mudanças neurobiológicas refletidas na cognição e na emoção (CARVALHO et al., 2016).

Vale considerar também outras situações que podem influenciar o desenvolvimento das crianças por alterar também além do ambiente, a própria postura maternal de cuidado da criança, tais como: depressão materna, exposição à VPI, insatisfação materna, falta de apoio social, pobreza e consumo de álcool e drogas (APTER-LEVI et al., 2016; FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; FLEITLICH; GOODMAN, 2001; KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; LANG; STOVER, 2008; PINTO et al., 2019).

Dessa maneira, compreende-se que as experiências sociais das crianças moldam seus pensamentos, sentimentos, biologia e comportamento. Essa abordagem pode ser aplicada para

entender tanto os comportamentos internalizantes (como ansiedade e depressão) quanto externalizantes (como agressividade e hiperatividade) das crianças. Além desses, problemas subclínicos que diminuem a qualidade de vida das crianças também são identificados, tais como dificuldades de regulação emocional, problemas de competência social, interferência no desempenho escolar e na saúde física (POLLAK, 2015).

Nessa perspectiva, investigar a associação das práticas educativas maternas com os problemas comportamentais e emocionais das crianças é uma tarefa complexa na medida em que envolve a articulação em rede de aspectos sociodemográficos, culturais, psicossociais e até mesmo biológicos, para que se possa atingir uma compreensão mais abrangente acerca do problema em questão.

2 JUSTIFICATIVA

A violência materna como uma prática educativa naturalizada em nossa sociedade acarreta várias consequências comportamentais e emocionais para a criança. Nessa perspectiva, justifica-se esse estudo como um importante instrumento de compreensão dos fatores socioeconômicos e demográficos que perpassam o fenômeno da prática educativa materna violenta. Ademais, a proposta visa contribuir com a identificação de fatores de risco para práticas educativas maternas violentas a fim de um tratamento mais precoce e adequado possível às crianças expostas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A violência contra crianças se manifesta de várias maneiras tais como violência física, psicológica, sexual e negligência e pode acarretar diversos transtornos comportamentais e emocionais na criança. Ela é influenciada pelos recortes de gênero, raça, classe social, questões geográficas, históricas e culturais.

Ao longo da história das civilizações, a violência contra crianças sempre esteve associada ao processo educativo, e a mãe, histórica e culturalmente, por representar o espaço doméstico e ser a maior responsável pela educação dos filhos, também acaba sendo a principal agressora.

Autores que tratam sobre a parentalidade definem a prática educativa violenta como disciplinas coercitivas ou negativas e elas estão associadas ao desenvolvimento de problemas internalizantes na criança como ansiedade, depressão e retraimento, e externalizantes como agressividade e hiperatividade.

Investigar a associação dos transtornos comportamentais e emocionais da criança a partir da exposição às práticas educativas violentas envolve uma rede intrincada de fatores a se considerar, tanto os que podem vir a causar esses transtornos, quanto os envolvidos na execução das práticas educativas maternas violentas.

3.1 CONCEITOS E TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA INFANTIL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (KRUG et al., 2002), a violência pode ser definida como o uso intencional de força física ou poder, ato real ou ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte em ou tenha uma alta probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, deficiência no desenvolvimento ou privação. Essa definição associa intencionalidade com o comprometimento do próprio ato, independentemente do resultado que produz. O "uso do poder" também inclui a negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais comumente conhecidos.

A violência que atinge crianças e adolescentes, também considerada como violência intrafamiliar por alguns autores, é marcada por duas particularidades: a de que se trata de uma violência interpessoal perpetrada por pessoas investidas de função parental e, a de que essa prática não se restringe ao espaço doméstico, ou seja, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é por vezes cometida pelos pais e responsáveis também em espaços públicos (MOREIRA; SOUSA, 2012).

O impacto dessa violência contempla uma série de danos neurobiológicos, cognitivos e psicossociais bem como sintomas psiquiátricos muito relacionados à idade de início dos eventos traumáticos, ao tipo de violência, a frequência e a gravidade. Os efeitos podem se prolongar na vida adulta e as consequências envolvem não somente as vítimas como também a família, a escola, o Estado e a sociedade civil (CARVALHO et al., 2016).

Sendo assim, a violência infantil é considerada um problema de saúde pública mundial que abrange o abuso físico, sexual, psicológico e a negligência (KRUG et al., 2002).

Pires e Miyazaki (2005) investigando a literatura sobre os maus tratos na infância e adolescência, descreveram a violência física como sendo o uso da força física contra a criança ou adolescente, por parte dos pais, responsáveis ou cuidadores, familiares ou pessoas próximas. O uso da força física é baseado no poder disciplinador e autoritário que o adulto assume sobre a criança ou o adolescente, que são agredidos com o objetivo de obter disciplina e obediência. Na maioria das vezes, este tipo de violência deixa marcas, sendo, portanto o de maior visibilidade e de mais fácil diagnóstico. Normalmente incluem hematomas, escoriações, lacerações, contusões e queimaduras. O grau da violência física varia consideravelmente, de beliscões e tapas até agressões que conduzem à morte.

Em relação ao abuso sexual infantil, esta é uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução. Aborda duas desigualdades básicas: de gênero e geração. É frequentemente praticado sem o uso da força física e não deixa marcas visíveis, o que dificulta a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas. O abuso sexual pode variar de atos que envolvem contato sexual com ou sem penetração a atos em que não há contato sexual. Supõe uma disfunção em três níveis: o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande

(protetor); e o uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

A exploração sexual que tem por objetivo a prostituição e a pornografia também está incluída neste tipo de violência (FERNANDEZ; TAVARES; PINHEIRO, 2016) sendo as crianças do sexo feminino as vítimas mais frequentes, evidenciando a questão da desigualdade de gênero (BRASIL, 2017; RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

A violência psicológica, também denominada tortura psicológica, ocorre quando os adultos sistematicamente depreciam as crianças, bloqueiam seus esforços de autoestima e realização, ou as ameaçam de abandono e crueldade. Trata-se de um tipo de relação muito pouco estudado entre nós, mas que tem um efeito muito perverso no desenvolvimento infanto-juvenil (MINAYO, 2001).

O abuso emocional e psicológico envolve incidentes isolados, bem como um padrão de falha ao longo do tempo por parte dos pais ou cuidadores de fornecer um ambiente apropriado e de apoio. Atos nesta categoria podem ter uma alta probabilidade de prejudicar a saúde física ou mental da criança, o desenvolvimento espiritual, moral ou social. O abuso deste tipo inclui padrões de: menosprezar, culpar, ameaçar, assustar, discriminar ou ridicularizar; e outras formas não físicas de rejeição ou tratamento hostil (BUTCHART et al., 2006).

A severidade das conseqüências da violência psicológica é influenciada pela intensidade, gravidade, freqüência, cronicidade e apaziguamento, ou realce dos fatores relacionados aos cuidadores da criança, da própria criança ou do ambiente. Alguns desses fatores ligados aos pais ou cuidadores são: habilidades parentais pobres, abuso de substâncias, depressão, tentativas de suicídio ou outros problemas psicológicos, baixa autoestima, habilidades sociais precárias, estilo parental autoritário, falta de empatia, estresse social, violência doméstica e disfunção familiar. Fatores relacionados à criança incluem: crianças indesejadas ou não planejadas, socialmente isoladas ou com deficiência intelectual ou emocional e o estágio do desenvolvimento da criança (KAIRYS; JOHNSON, 2002).

A negligência é considerada uma forma de violência que inclui tanto eventos isolados quanto um padrão de cuidado estável no tempo por parte dos pais e/ou outros membros da família, pelos quais esses deixam de prover o desenvolvimento e o bem-estar da

criança ou adolescente (considerando que poderiam fazê-lo) em uma das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições seguras (BUTCHART et al., 2006).

Famílias negligentes geralmente apresentam consumo elevado de álcool e drogas, grande número de filhos, psicopatia e desestruturação familiar (HILDYARD; WOLFE, 2002). Além disso, baixa renda, desemprego e pobreza são fatores associados a alto risco para negligência dos filhos (SLACK et al., 2004).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA INFANTIL

Estudos em todo o mundo sugerem que a violência contra crianças e adolescentes ocorre em diferentes regiões e culturas, afetando de maneiras diferentes as desigualdades de gênero, de raça e de classe social.

A maioria das pesquisas que propõe estimar a violência infantil solicitam autorrelatos de vítimas, pais ou cuidadores o que pode subestimar a ocorrência dos eventos. Logo, a cobertura e qualidade das estatísticas oficiais por vezes não representam a prevalência real do agravo (KRUG et al., 2002).

A comparação das taxas de prevalência de violência na infância e estatísticas relacionadas entre os países é difícil por causa de muitos fatores, incluindo diferentes estruturas legais e sistemas de registro. No entanto, reconhece-se que este é um fenômeno amplamente difundido envolvendo aproximadamente 150 milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo, tanto em países de baixa como de alta renda (MEADOWS et al., 2011; SVEVO-CIANCI; HART; RUBINSON, 2010).

O Relatório Europeu sobre Prevenção de maus-tratos infantis estima que abusos sexuais, físicos e mentais afetam 117 milhões de crianças menores de 18 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Nos Estados Unidos, dados do último levantamento epidemiológico nacional de incidência de violência infantil e negligência apontam que mais de 1,25 milhões de crianças (um número estimado de 1.256.600 crianças) sofreram maus-tratos durante os anos de 2005-2006. Isso corresponde a uma criança em cada 58 no país. Um total estimado de 553.300

crianças (44%) foi vítima de violência e 771.700 (61%) de negligência (SEDLAK et al., 2010).

Quanto ao tipo de violência, a maioria foi vítima de violência física (58%) seguida de violência psicológica (27%) e sexual (24%). Em relação à negligência, quase metade das crianças negligenciadas experimentou negligência educacional (47%) (SEDLAK et al., 2010).

Quanto ao sexo da criança, as meninas foram muito mais violentadas do que os meninos, principalmente com violência sexual. Essa diferença de sexo nas taxas de incidência de abuso sexual leva a taxas mais altas de violência em geral entre as meninas (SEDLAK et al., 2010).

No que se refere à raça/etnicidade, categorizadas em branca, preta e hispânica (latina) em quase todos os casos, as taxas de maus-tratos para crianças negras foram significativamente maiores do que para as crianças brancas e hispânicas (SEDLAK et al., 2010).

Perpetradoras do sexo feminino eram mais comuns principalmente para negligência e exceto para a violência sexual. Isto se deve ao fato de que as mães (biológicas ou outras) tendem a ser as cuidadoras primárias e são as principais pessoas responsabilizadas por quaisquer omissões e/ou falhas no cuidado da criança. Isto também foi encontrado em estudos em capitais brasileiras (APOSTOLICO et al., 2012; GAWRYSZEWSKI et al., 2012; PINTO JUNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

No Brasil, a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) componente do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 188.728 notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em 3.309 municípios (BRASIL, 2017).

Deste total, 15,78% (29.784) foram notificações de violência contra crianças de 0 a 9 anos. Nessa faixa etária, 24,3% dos pacientes eram vítimas de violência de repetição, ou seja, o evento violento já havia sido perpetrado anteriormente. A ocorrência da violência de repetição variou de 22,0% entre os meninos a 26,3% entre as meninas. Os atos de violência predominaram na residência da vítima (66,7%) e os atendimentos foram decorrentes de negligência (50,1%), violência física (28,6%), violência sexual (28,4%) e violência psicológica/moral (17,5%).

No sexo masculino, destacaram-se a negligência (58,8%) e a violência física (31,1%) como formas de violência com maior proporção. Entre as meninas, foram a negligência (42,5%) e a violência sexual (39,0%) as mais frequentes. O meio de agressão mais utilizado foi a força corporal (20,5%), seguida pela ameaça (9,7%) e pelas queimaduras (4,0%). Na pesquisa de relação do agressor com a vítima, a mãe foi a principal agressora (40,2%), seguida pelo pai (25,9%). E a suspeita de ingestão de bebida alcoólica por parte do agressor foi observada em 10,9% dos atendimentos (BRASIL, 2017). Outras pesquisas também evidenciam uma associação entre a perpetração da violência doméstica e o abuso de álcool ou de outras drogas ilícitas (BITTAR et al., 2012; MONTEIRO et al., 2009).

Além disso, situações de pobreza, instabilidade econômica e vulnerabilidade social também foram encontradas em famílias perpetradoras de violência contra crianças e adolescentes (BAZON et al., 2010; BITTAR et al., 2012; MONTEIRO et al., 2009; PINTO JUNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

Na faixa etária de crianças e adolescentes dos 10 aos 19 anos, do total das notificações, 26,83% (50.634) corresponderam a esse grupo etário. A violência também predominou na residência da vítima (47,1%) sendo os tipos de violência mais comuns a agressão física (63,3%), violência sexual (23,9%) e violência psicológica/moral (23,0%). No sexo masculino, destacaram-se a agressão física (75,6%) e a negligência/ abandono (15,6%) como formas de violência com maior proporção.

Entre as mulheres, além da agressão física (56,5%), a violência sexual (34,1%) e a violência psicológica/moral (27,9%) apresentaram maior ocorrência. O meio de agressão mais utilizado foi a força corporal (42,9%), seguida pela ameaça (15,1%), por objeto perfurocortante (8,5%) e arma de fogo (8,5%).

Entre as vítimas do sexo masculino, o principal autor da agressão era outro homem (56,8%) que mantinha relação de proximidade com a vítima, geralmente um amigo/conhecido (19,0%), seguido por desconhecidos (18,9%) e pela mãe (13,6%).

No caso das mulheres, a violência foi mais cometida por indivíduos do sexo masculino e que mantinham relação próxima com a vítima na condição afetiva (20,3%), ou de amigo (19,3%), seguido por pessoas desconhecidas (12,6%). Quanto à suspeita de ingestão de bebida

alcoólica, por parte do agressor, foi observada em 17,5% dos atendimentos, variando de 15,4% entre os homens a 18,7% entre as mulheres (BRASIL, 2017).

3.3 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA COMO PRÁTICA EDUCATIVA NO BRASIL E NO MUNDO

A violência contra crianças e adolescentes, no transcorrer da civilização, além do caráter arbitrário dos pais de decidirem sobre sua vida, sempre esteve muito vinculada ao processo educativo. Ela tem sido considerada, em todos os tempos, como um instrumento de socialização e, portanto, como resposta automática a desobediências e rebeldias (MINAYO, 2001).

Inumeráveis são as formas pelas quais se manifesta, adaptando-se às especificidades culturais e às possibilidades de cada momento histórico. Os diversos tipos de violência costumam se expressar associadamente, conformando uma rede onde se interligam as várias violências oriundas do sistema social com aquelas praticadas no nível das relações interpessoais (ASSIS, 1994).

A violência infantil acompanha a trajetória humana desde os mais primitivos registros. O abuso da criança é citado nos livros mais antigos da história da civilização humana, como a Bíblia e o Alcorão, onde a criança era oferecida como sacrifício para agradar a Deus (ASSIS, 1994).

Nas civilizações antigas, os maus-tratos à criança já se faziam presentes por meio do infanticídio, utilizado para eliminar as crianças que nasciam com defeitos físicos. Para equilíbrio dos sexos, por motivos religiosos, como medida econômica nos grandes flagelos ou por não aguentarem longas caminhadas, crianças também eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais. Também era direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho. Assim, desde os primórdios, a maior parte dos casos de violência contra a criança ou adolescente acontecia no ambiente familiar, contrapondo o entendimento de proteção que a família deveria exercer (SCHERER; SCHERER, 2000).

No período que antecedeu ao século XVIII, surge a utilização dos castigos, da punição física, dos espancamentos às crianças através de chicotes, ferros e paus. Justificavam os pensadores da época que os pais deveriam cuidar para que seus filhos não recebessem más influências. Acreditavam que as crianças poderiam ser moldadas de acordo com os desejos dos adultos (DAY et al., 2003).

Novas concepções, como a contribuição de John Locke (1695), em sua obra intitulada “Da educação das crianças”, um dos clássicos da pedagogia europeia do século XVIII, alertava os pais para a importância da prevenção “como o meio mais eficaz de preservar a saúde dos filhos” (apud GÉLIS, 2009).

Locke (1693) promoveu a teoria da infância ao expor sua ideia bastante conhecida de que ao nascer a mente é uma folha em branco, uma tábula rasa. Desse modo, recai sobre os pais e mestres (e, mais tarde, sobre o Estado), uma grande responsabilidade pelo que finalmente será inscrito na mente do indivíduo. Com isso, o autor propôs que se desse uma “atenção rigorosa ao desenvolvimento intelectual e à capacidade de autocontrole da criança” focada em uma educação disciplinar (apud POSTMAN, 1999).

Assim como Locke, também Rousseau (1762), no século XVIII, contribuiu para o entendimento do significado da infância. Afirmava que “a criança é importante em si mesma, e não meramente como um meio para um fim”. Além disso, sustentava que a vida intelectual e emocional das crianças é importante, não porque devemos conhecê-la para ensinar as crianças e formá-las, mas, porque a infância é o estágio da vida em que o homem mais se aproxima do ‘estado de natureza’ (apud POSTMAN, 1999).

Somente no século XIX, o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo, existencial e sua educação de responsabilidade da esfera privada, ou seja, da família. É neste período que passa a ocupar a posição central dentro da família que, por sua vez, passa a ser um lugar de afetividade e de atenção, onde se estabelecem relações de sentimento entre o casal e os filhos (GÉLIS, 2009).

No início do século XX, a medicina, a psiquiatria, o direito e a pedagogia contribuem para a formação de uma nova mentalidade de atendimento à criança, abrindo espaços para

uma concepção de reeducação, baseada não somente nas concepções religiosas e familiares, mas também científicas (DAY et al., 2003).

Até 1960, pensava-se que a violência contra a criança era rara, em parte porque a disciplina física era muito aceita; em parte, pela sua negação (DAY et al., 2003).

Em 1962, a violência contra crianças ganhou notoriedade na comunidade científica com a publicação de um importante artigo descrevendo a síndrome da criança espancada. Ela era caracterizada por hematomas subdurais em crianças pequenas associados a múltiplas fraturas de ossos longos, de origem traumática. Esse trabalho tornou a violência um problema evidente, recebendo assim maior atenção do meio acadêmico, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral (KEMPE et al., 1962).

No Brasil, a gravidade dos maus-tratos na infância foi reconhecida no final da década de 80, quando a notificação dos casos passou a ser obrigatória pela Constituição Federal e foram criados os Conselhos Tutelares para proteger os direitos das crianças e adolescentes (VITOLLO, 2005).

Outra legislação criada foi o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ele constitui-se como um dos principais instrumentos de garantia de direitos e de proteção contra todas as formas de violência e de opressão. Pautado na doutrina de proteção integral, o ECA assegura que a criança (indivíduo de 0 a 12 anos) e o adolescente (indivíduo na faixa etária entre 12 e 18 anos) são prioridade absoluta, considerados sujeitos de direito, com garantia de defesa (BRASIL, 1990).

Em seu art. 5º, o ECA diz que “[...] nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990).

Mais recentemente, foi promulgada a lei n. 13.010/2014 que inclui dispositivos no ECA para garantir o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante no ambiente familiar (BRASIL, 2014).

3.4 PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS

No ato de cuidar, encontram-se os signos do processo de socialização, realizado de forma prioritária pela família. Esse processo inclui o ensino dos padrões de conduta aceitos pela sociedade e a punição dos comportamentos não aceitos. Porém, no contexto de assimetria das relações sociais e, aqui mais especificamente, da relação adulto/ criança, a repressão que o adulto (geralmente a mãe) exerce sobre seus filhos extrapola, muitas vezes, o limite do necessário, chegando a caracterizar a violência intergeracional (APOSTOLICO et al., 2012).

Essa naturalização da violência enquanto processo educativo pode ser percebida tanto em pesquisas com crianças e adolescentes vitimizados (MAGALHÃES et al., 2017; VENTURINI; BAZON; BIASOLI-ALVES, 2004; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004) quanto com pais ou cuidadores perpetradores da violência (PERUHYPE; HALBOTH; ALVES, 2011; TORRES et al., 2015; VITOLO et al., 2005; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004).

Segundo Hoffman (1975), autor clássico no estudo da parentalidade, essa interação baseia-se em relações de poder, principalmente na concentração desse poder na figura dos progenitores. De acordo com ele, os genitores podem lançar mão de duas formas diferentes de poder para alterar o comportamento dos filhos: a disciplina indutiva e a coercitiva.

A disciplina indutiva faz uso da explicação, comunica ao indivíduo o desejo dos genitores de que ele modifique voluntariamente seu comportamento. Nesse tipo de disciplina, os pais induzem a prole a obedecer-lhes por meio do direcionamento de sua atenção para as consequências de seus comportamentos. Desta forma, a criança desenvolve certa autonomia para utilizar esse tipo de informação para controlar seu próprio comportamento (HOFFMAN, 1975).

Já a disciplina coercitiva reforça o poder parental, utilizando a aplicação direta da força e do poder. Como exemplos desse tipo de prática encontramos a punição física, a privação de privilégios, o gritar, o xingar e o ameaçar. Essas técnicas fazem com que a criança controle seu comportamento em função das reações punitivas dos pais. Além disso, elas produzem emoções intensas, tais como medo, raiva e ansiedade, que tendem a reduzir

ainda mais a possibilidade de a criança compreender a situação e a necessidade de modificação de comportamento. Ou seja, o controle do comportamento da criança tenderá a depender de intervenções externas porque ela não adquire a capacidade de compreender as implicações de suas ações. Nesse sentido, as estratégias de força coercitiva não favorecem a internalização das regras sociais e padrões morais (HOFFMAN, 1975).

Outro modelo teórico proposto para compreender o tema da educação na família foi desenvolvido por Gomide (2004, 2006). A autora utiliza um instrumento composto por sete práticas educativas, sendo duas consideradas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco negativas (abuso físico, disciplina relaxada, monitoria negativa, negligência e punição inconsistente) (GOMIDE, 2006; SAMPAIO, 2007).

As práticas educativas são consideradas positivas quando envolvem a utilização de atenção, monitoria, carinho, regras e limites, o que favorece um bom desenvolvimento da criança e do adolescente (WEBER, 2012).

Quando essas práticas envolvem a ausência de atenção e afeto, abuso, negligência e humilhações, são consideradas negativas, tornando-se fatores de risco para o desenvolvimento infanto-juvenil (WEBER, 2012).

Em um estudo teórico de revisão não sistemática da literatura sobre as estratégias educativas parentais os autores observaram que muitas das estratégias utilizadas podem colocar em risco o desenvolvimento de seus filhos. Outras, por sua vez, associam-se a efeitos positivos, sendo considerados fatores protetivos para o desenvolvimento infantil (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2013).

Vários fatores podem influenciar na maneira como os pais ou cuidadores escolhem e fazem uso dessas estratégias no seu cotidiano. Condições de vida (desemprego, pobreza, divórcio), arranjos conjugais (número de irmãos, extensão da família, tipo de configuração), perfil da criança (sexo, gênero, idade, ordem de nascimento), rede de apoio social, características de temperamento e personalidade tanto dos pais quanto das crianças, abuso de substâncias químicas, presença de doenças psiquiátricas e/ou físicas, experiência dos pais vivida com os próprios genitores e crenças parentais influenciadas pela cultura são algumas dessas variáveis (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2013).

3.5 TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA

É válido atentar para outras causas importantes além da exposição às práticas educativas parentais que a literatura aponta como relacionadas aos transtornos comportamentais e emocionais das crianças.

Para Weber (2012), são três os fatores que influenciam o comportamento humano: a herança genética, as aprendizagens realizadas desde o nascimento e as influências culturais presentes em todas as sociedades. Há, ainda, uma interação entre os fatores hereditários e ambientais, sendo que alguns genes influenciam alguns comportamentos. No entanto, a genética não é determinante por si só, já que é influenciada pelo ambiente em que a pessoa encontra-se inserida. Assim, muitos dos comportamentos das crianças são frutos da interação com os pais e/ou cuidadores.

As pesquisas na área da saúde, da psicologia e da terapia ocupacional mostram que durante os primeiros anos de vida, num período denominado sensível ou crítico do desenvolvimento é crucial a aquisição de informações sociais positivas, afetivas e cognitivas que levam a uma estabilização e maior proliferação de determinadas sinapses em detrimento de outras (SANTOS; PACHECO, 2012).

A construção desses circuitos cerebrais é altamente influenciada pelas experiências no início da vida, diretamente mediadas pela qualidade das relações socioafetivas, principalmente pelas interações da criança com seus cuidadores, especialmente pela mãe que ainda é a maior responsável pelo cuidado à criança nos primeiros anos de vida (KNUDSEN, 2004).

Para uma compreensão melhor a respeito do desenvolvimento infantil e da díade mãe-criança, é importante trazer a tona alguns conceitos da teoria do apego proposta por Bowlby (RIBAS; SEIDL DE MOURA, 2004).

Segundo Bowlby (1984), a sobrevivência das crianças, particularmente em uma espécie que precisa do cuidado do outro, depende da manutenção da proximidade de adultos que desempenhem funções de proteção e fornecimento de alimentação, conforto e segurança. Integrando conceitos etológicos à sua teoria, esse autor defende que a tendência em

estabelecer vínculos com determinados indivíduos é um componente básico da natureza humana, que já está presente ao nascer.

Os comportamentos de apego, por sua vez, são observáveis e organizados nas interações das crianças com seus cuidadores, permitindo que a criança consiga ter e manter a proximidade. Tais comportamentos podem ser muito variados, sendo alguns dos mais comuns chorar, chamar, balbuciar, sorrir e agarrar-se (BOWLBY, 1984).

Segundo esta teoria, a qualidade do apego dependerá da natureza das interações adulto-criança. O apego seguro, por exemplo, depende da responsividade contingente dos pais em relação ao bebê, ou seja, da capacidade do adulto em mostrar-se sensível às pistas do bebê e responder nos momentos adequados com o sorriso, a fala, etc (RIBAS; SEIDL DE MOURA, 2004).

Bowlby (1995) traz ainda que a saúde mental da criança depende que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe (ou uma mãe substituta ou permanente, uma pessoa que desempenha, regular e constantemente, o papel de mãe para ela), na qual ambos encontrem satisfação e prazer. É esta relação complexa, rica e compensadora com a mãe, nos primeiros anos, enriquecida de inúmeras maneiras pelas relações com o pai e com os irmãos e irmãs, que os psiquiatras infantis e muitos outros julgam, estar na base do desenvolvimento da personalidade e saúde mental da criança.

Assim, se a mãe falha em prover ao bebê a proteção e estímulo adequados, as chances de prejuízo dos processos do desenvolvimento neurobiológico e psicológico aumentam significativamente, tendo repercussão no processo desenvolvimental a médio e longo prazo. Fica claro a consideração feita acerca da qualidade da interação mãe-criança ou a qualidade da maternagem como contribuintes importantes para o padrão de desenvolvimento neurológico, neuroendócrino e psicológico da criança (SANTOS; PACHECO, 2012).

A exposição precoce de crianças à depressão materna, durante o desenvolvimento no útero ou nos primeiros anos de vida, pode ter consequências duradouras. A exposição pré-natal a um ambiente adverso pode afetar o desenvolvimento fetal e infantil por meio de mecanismos intra-uterinos fisiológicos, enquanto o ambiente pós-natal pode contribuir pela

influência dos comportamentos e cuidados dos pais (FALESCHINI et al., 2019; VAN DEN BERGH et al., 2017)

O sofrimento materno prediz problemas comportamentais na criança tais como: ansiedade, problemas de sono, (GERARDIN et al., 2011), hiperatividade, problemas de conduta e agressividade (DE LAAT et al., 2018; FALESCHINI et al., 2019).

A depressão materna crônica, por exemplo, nos primeiros 6 anos de vida foi associada à redução de cortisol na criança, o que pode indicar uma flexibilidade reduzida do sistema hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e predizer a psicopatologia infantil. A depressão materna crônica pode, portanto, comprometer o ajuste socioemocional das crianças, diminuindo o eixo de estresse do HPA (APTER-LEVI et al., 2016).

Além disso, a depressão materna pode causar efeitos negativos na condução apropriada da maternidade uma vez que mães deprimidas podem exibir mais afeto negativo, raiva, hostilidade, ansiedade e humor deprimido durante as interações com os filhos, fato que também limita a capacidade da mãe de prestar cuidados adequados à criança (APTER-LEVI et al., 2016).

Outro fator relatado em estudos é a grande proporção de crianças expostas à violência por parceiro íntimo (VPI) que desenvolvem problemas de externalização e internalização (GARTLAND et al., 2019; GRIP et al., 2013; SILVA et al., 2018).

As taxas de transtorno mental comum costumam ser altas em mulheres expostas à VPI (FRANKLIN et al., 2017) e uma alta carga de sintomas nas mães submetidas à VPI inclusive na gestação tem sido associada a mais problemas de ajustamento na criança (LANG; STOVER, 2008; SILVA et al., 2018).

Os resultados de um estudo de coorte com 1.507 gestantes na Austrália encontraram associações entre exposição da criança à violência (abuso materno na infância ou VPI no período pré-natal ou pós-natal), saúde física ou mental materna e maiores chances de problemas emocionais e comportamentais na criança aos quatro anos de idade (GARTLAND et al., 2019).

Situações de insatisfação materna, falta de apoio social, pobreza e consumo de álcool e drogas também são apontados como fatores que influenciam a saúde mental das crianças por alterar também, além do ambiente, a própria postura maternal de cuidado da criança

(FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; FLEITLICH; GOODMAN, 2001; KLOSTERMANN; KELLEY, 2009; PINTO et al., 2019).

3.6 PRÁTICA EDUCATIVA VIOLENTA E TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA

A literatura tem apontado as práticas educativas parentais coercitivas ou negativas (como a punição física, negligência, abuso físico, emocional ou sexual) como fatores de risco para o desenvolvimento adaptativo de crianças e adolescentes (GOMIDE, 2006).

Para a maioria das crianças vítimas dessas práticas, estão associadas importantes mudanças neurobiológicas refletidas na cognição e na emoção (CARVALHO et al., 2016).

Maus-tratos podem causar estresse que afeta o desenvolvimento do cérebro das crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, mas também na adolescência. Isso pode levar ao comprometimento cognitivo e ao desenvolvimento de comportamentos de risco à saúde, prejudicando a saúde mental e física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

As evidências para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, problemas de comportamento, tentativas de suicídio, automutilação e uso de drogas ilícitas, são fortes e irrefutáveis. Transtorno de estresse pós-traumático tem sido relatado em até um quarto das crianças vítimas de abuso. Os maus-tratos infantis podem ser responsáveis por quase um quarto da carga de transtornos mentais, especialmente em associação com outras experiências adversas ou negativas na infância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A punição física, por exemplo, quando ocorre, pode causar apatia, medo, desinteresse, depressão, além de condutas antissociais (GOMIDE et al., 2005).

Os maus-tratos físicos causam desde padrões de atenção a sinais emocionais que servem para enfraquecer a regulação das crianças, tanto do afeto negativo (pois a maior parte dos maus tratos físicos envolvem maus tratos psicológicos) quanto da agressão física propriamente dita. Tais processos provavelmente colocam as crianças maltratadas em risco aumentado para o desenvolvimento e manutenção de transtornos de comportamento externalizantes, bem como questões de competência social. No entanto, maus-tratos infantis

não são associados a qualquer tipo de problema comportamental. Além dos distúrbios de externalização, algumas crianças que sofreram maus-tratos precoces apresentam risco aumentado de transtornos de humor (embora nem todos os indivíduos que sofrem maus-tratos desenvolvam depressão ou ansiedade) (POLLAK, 2015).

Como conseqüências da violência psicológica, o Conselho Americano de Pediatria (KAIRYS; JOHNSON, 2002) destaca prejuízos nas seguintes áreas: em pensamentos intrapessoais (medo, baixa auto-estima, sintomas de ansiedade, depressão, pensamentos suicidas, etc), na saúde emocional (instabilidade emocional, problemas em controlar impulso e raiva, transtorno alimentar e abuso de substâncias), nas habilidades sociais (comportamentos anti-social, problemas de apego, baixa competência social, baixa simpatia e empatia pelos outros, delinqüência e criminalidade), no aprendizado (baixo rendimento escolar, prejuízo moral), e na saúde física (queixa somática, falha no desenvolvimento, alta mortalidade). Ainda destaca que a severidade das conseqüências da violência psicológica é influenciada pela intensidade, gravidade, freqüência, cronicidade, suspensão temporária, ou ainda pelo aumento de fatores relacionados aos cuidadores da criança, da própria criança ou do ambiente. O estágio do desenvolvimento da criança pode também influenciar as conseqüências da violência psicológica.

Nesse sentido, estudos apontam associações entre práticas disciplinares coercitivas ou violentas e o desenvolvimento de problemas internalizantes como ansiedade, depressão e retraimento (LINS; ALVARENGA, 2015; LINS, 2018) e externalizantes como agressividade e impulsividade (ALVARENGA; MAGALHÃES; GOMES, 2012; ALVARENGA; PICCININI, 2009; HECKER et al., 2014).

No estudo de Lins e Alvarenga (2015) que investigou as relações entre o controle psicológico e comportamental materno e os problemas internalizantes de crianças entre 3 e 5 anos de idade, foram encontradas associações entre práticas parentais maternas e problemas internalizantes na criança. Algumas dessas práticas foram relações de apego inseguro ou ambivalente, problemas de comunicação, baixa responsividade às emoções e afeto, rejeição, excesso de conflitos, negligência, superproteção, excesso de críticas e exigências, falhas no ensino de autonomia, pouca autonomia materna na interação com o filho e dificuldade

materna de lidar com as emoções negativas dos filhos por meio de exacerbação, punição ou negligência das emoções.

Em relação aos problemas externalizantes, a revisão de estudos de Lins et al (2012), apontou para uma importante relação entre as práticas educativas empregadas pelos pais, em especial pelas mães, e os problemas externalizantes dos filhos. As interações entre pais e filhos constituem um importante meio para desenvolvimento da conduta antissocial, que inicialmente corresponde aos problemas externalizantes. Em geral, as práticas educativas utilizadas pelos pais de crianças que apresentam problemas externalizantes possuem caráter coercitivo e envolvem xingamentos, repreensões e uso de punição física.

Nessa perspectiva, investigar a associação das práticas educativas maternas com os problemas emocionais e comportamentais das crianças é uma tarefa complexa na medida em que envolve a articulação em rede de aspectos sociodemográficos, culturais, psicossociais e até mesmo biológicos, para que se possa atingir uma compreensão mais abrangente acerca do problema em questão.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a associação das práticas educativas maternas relatadas pelas próprias mães com os transtornos comportamentais e emocionais dos seus filhos no início da escolaridade formal, participantes da terceira fase (2013 e 2014) de um estudo de coorte iniciado em 2005.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as práticas educativas maternas;

Descrever os transtornos comportamentais e emocionais das crianças no início da escolaridade formal;

Verificar a associação das características socioeconômicas, demográficas e de saúde mental da mãe, demográficas da criança, socioeconômicas e demográficas do parceiro atual ou mais recente da mãe e do perfil do relacionamento do casal com as práticas educativas maternas;

Verificar a associação das características socioeconômicas, demográficas e de saúde mental da mãe, demográficas da criança, socioeconômicas e demográficas do parceiro atual ou mais recente da mãe e do perfil do relacionamento do casal com os transtornos comportamentais e emocionais da criança em idade escolar;

Estimar a associação entre as práticas educativas maternas e os transtornos comportamentais e emocionais da criança em idade escolar.

5 MÉTODOS

5.1 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 (SILVA, 2016).

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: 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, que estão distribuídos em três microrregiões (RECIFE, 2009).

Apresenta uma extensão territorial de 1.430 hectares, que corresponde a 6,51% da área do município. As densidades domiciliar e demográfica são de 3,79 hab/domicílio e 144 hab/hectare, respectivamente (RECIFE, 2005). 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, 2005).

O número de habitantes do DS II é de 236.662 (RECIFE, 2009), representando 14,5% da população recifense, sendo 53,5% mulheres e 46,5% homens. No que diz respeito à infraestrutura, o DS II apresenta 95,35% dos domicílios com abastecimento de água e 96,92% com coleta de lixo. Além disso, 51,58% dos domicílios possuem fossa rudimentar, no entanto, apenas 31,26% estão ligados à rede de esgoto (RECIFE, 2005).

A rede de atenção à saúde é composta por 44 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 23 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 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 (RECIFE, 2014).

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 saúde (RECIFE, 2014).

5.2 DESENHO DO ESTUDO

Este é um estudo transversal inserido em uma coorte realizada no Distrito Sanitário II do Recife, PE, entre julho de 2013 e dezembro 2014, com mulheres e crianças participantes da terceira fase de um estudo de coorte prospectivo delineado para investigar as consequências da violência cometida pelo parceiro íntimo contra a mulher durante a gravidez,

no pós-parto e nos últimos sete anos para a saúde mental da mulher e para o desenvolvimento psicossocial de crianças nascidas entre julho de 2005 e outubro de 2006.

O estudo iniciou-se em 2005, no qual já foram concluídas três etapas. As duas primeiras ocorreram nos anos de 2005 e 2006.

Na primeira fase, todas as grávidas ($n = 1.133$) foram consideradas elegíveis e 1.120 (99%) mulheres gestantes, entre 18 e 49 anos de idade, com 31 semanas ou mais de gestação, cadastradas nas ESF do DS II foram entrevistadas. As gestantes foram contatadas durante a consulta do pré-natal e as entrevistas realizadas antes ou imediatamente após a consulta, em uma sala reservada na própria USF ou agendada para a data e local mais conveniente, visando mais conforto e segurança para as mesmas. 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).

Na segunda etapa, realizada de maio a dezembro de 2006, 1.057 (94%) mulheres foram novamente entrevistadas depois do parto. O contato com as puérperas foi feito através de lista para consulta de puericultura, disponibilizada pela USF. Em razão da cobertura ainda insuficiente dos ambulatórios de puericultura, a maioria das entrevistas foi realizada na residência das mulheres.

A terceira etapa da coorte foi realizada entre julho de 2013 e abril de 2014, quando as crianças que nasceram em 2005 e 2006 tinham entre 7 e 9 anos de idade. A fim de diminuir as perdas 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/puerpério por USF. Todas as USFs 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. Das 1.057 mulheres entrevistadas depois do parto 644 (61%) permaneciam cadastradas na mesma ESF. Para algumas mulheres que não estavam mais cadastradas, obteve-se informação com a equipe de saúde da família sobre onde elas estavam morando, e para as outras, tentou-se localizá-las através de informações de vizinhos ou familiares.

Todas as mulheres que participaram da avaliação no puerpério foram 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 entrevista.

Entre a segunda e a terceira fase, cinco mulheres foram a óbito, 391 não foram encontradas por mudança de endereço e 17 recusaram-se a permanecer na pesquisa. Dentre as crianças, quatro foram a óbito. Duas crianças que foram doadas a outras famílias, duas que moravam com outros familiares e cinco pares de gêmeos foram excluídas do estudo com suas respectivas mães. Assim, a população do estudo foi constituída por 631 pares mãe-criança.

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

Entrevistadoras com experiência em pesquisa sobre saúde da mulher, da criança, ou violência foram selecionadas para duas semanas de treinamento. O treinamento constou de exposições dialogadas sobre violência contra a mulher, incluindo a apresentação de vídeos. As principais ideias do estudo foram discutidas e o conteúdo do questionário apresentado, com leitura coletiva do manual “questão a questão” e do questionário. 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 em 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.

No estudo transversal, para investigar a associação entre a prática educativa materna e os transtornos comportamentais e emocionais da criança, foram utilizados os questionários

que foram aplicados pelas entrevistadoras, referentes à mulher sobre: identificação, características socioeconômicas, demográficas e de saúde mental, características do parceiro atual ou mais recente e perfil do relacionamento do casal, nos últimos doze meses. Quanto à criança, as informações utilizadas foram: identificação, capacidades e dificuldades da criança versão para os pais (*SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire*) e a escala de conflitos versão mãe-criança (escala *Parent-Child Conflict Tactics Scale - CTSPC*).

5.3 DEFINIÇÃO DOS SUJEITOS

São sujeitos do estudo, as mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família do distrito sanitário II da cidade do Recife, que participaram das entrevistas na gestação, após o parto e na 3ª etapa da coorte ocorrida em 2013 e 2014. Além delas, também são sujeitos do estudo as crianças fruto da gestação ocorrida entre 2005 e 2006 quando já estavam com 6 a 9 anos de idade.

5.4 AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por 631 pares mãe-criança que participaram das entrevistas na 3ª etapa da coorte.

5.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

5.5.1. Variável independente

- Prática educativa materna (PEM) (avaliada pela escala de conflitos - *Parent-Child Conflict Tactics Scale - CTSPC - versão mãe-criança*): Violenta; Não violenta.

A escala avalia a prática educativa em três dimensões: disciplina não violenta (práticas disciplinares alternativas à punição corporal), agressão psicológica (atos verbais e simbólicos cuja intenção é causar medo ou dor psicológica) e agressão física (castigos corporais e punições físicas). Para a categoria de prática educativa violenta foram incluídas a agressão psicológica e agressão física.

5.5.2 *Variável dependente*

- Transtornos comportamentais e emocionais da criança (avaliadas pelo questionário de capacidades e dificuldades da criança - *Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ* - versão mãe): Normal; Anormal.

5.5.3 *Covariáveis*

Em relação a mãe:

- Idade: < 30 anos; ≥ 30 anos.
- Raça/cor: Branca; Não- branca.
- Anos de estudo: ≤ 9 anos de estudo; > 9 anos de estudo.
- Com parceiro: Sim; Não.
- Inserção produtiva: Ativa; Inativa.
- Renda da mulher: Sem renda/Menos de 01 salário-mínimo; ≥ 1 salário-mínimo.
- Chefe de domicílio: Sim; Não.
- Transtornos mentais comuns: Não; Sim.

Em relação ao parceiro atual ou mais recente da mulher:

- Pai da criança: Sim; Não.
- Raça/cor: Branca; Não- branca.
- Inserção produtiva: Ativo; Inativo.

- Uso de álcool: Sim; Não.

Perfil do relacionamento da mulher com o parceiro:

- Tempo da relação: ≤ 6 anos; > 6 anos.
- Comunicação entre o casal: Boa comunicação; Comunicação obstaculizada.
- Brigas do casal (vezes por mês): < 1 vez/mês; ≥ 1 vez/mês.

Em relação a criança:

- Idade: 6-7 anos; 8- 9 anos.
- Sexo: feminino; masculino.
- Presença de irmãos: Não; Sim.
- Posição na prole: 1^a-2^a posição; $\geq 3^a$ posição.
- Série: $\leq 1^o$ ano; $\geq 2^o$ ano.
- Tipo de escola: Privada; Pública.

5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.6.1 Questionário da mulher

O questionário da mulher (ANEXO B) utilizado na terceira etapa do estudo de coorte é composto por 8 seções. Ele foi elaborado tendo como referência o Questionário da Mulher do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica da Organização Mundial da Saúde (SCHRAIBER et al., 2007). Antes de sua aplicação, foi empregado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) a todas as mulheres participantes da pesquisa.

O questionário investiga as diversas formas de violência contra a mulher, os fatores associados, as consequências para a saúde mental e reprodutiva da mulher e as estratégias utilizadas pelas vítimas para seu enfrentamento.

Para o presente estudo foram utilizadas as seções 1, 2, 5 e 7 do questionário que tratam das características socioeconômicas, demográficas e da saúde mental (Quadro 1) da mulher, de características socioeconômicas e demográficas (Quadro 2) e comportamentais (Quadro 3) do parceiro atual ou mais recente e perfil do relacionamento do casal (Quadro 4).

A saúde mental nas últimas 4 semanas foi avaliada pelo Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde para detecção de problemas psiquiátricos em atenção primária à saúde para países em desenvolvimento (HARDING et al., 1980), composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre transtornos psicoemocionais. O SRQ-20 foi validado, em Pernambuco, com sensibilidade de 62% e especificidade de 80% (LUDERMIR; LEWIS, 2005). Na análise dos dados, foi atribuído um ponto para cada resposta afirmativa e zero para cada resposta negativa. O escore de corte do SRQ-20 para este estudo foi definido em 7/8 (HARDING et al., 1980) e as mulheres foram divididas em dois grupos: não-suspeitas de TMC (escore ≤ 7) e suspeitas de TMC (escore ≥ 8).

Características da amostra:

Em relação a mulher:

Quadro 1 – Variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde mental.

Variável	Definição	Categorização
Idade	Idade referida em anos	< 30 ≥ 30
Raça/Cor	Raça/cor referida	Branca Não branca
Anos de estudo	Quantos anos frequentou o	≤ 9 anos de

	ensino formal	estudo > 9 anos de estudo
Com parceiro	Se com companheiro ou sem companheiro	Sim Não
Inserção produtiva	Situação atual da mulher no mercado de trabalho	Ativa Inativa
Renda da mulher (mensal)	Calculada de acordo com o salário-mínimo de 2013 (R\$ 678,00)	< R\$ 678,00/ sem renda ≥ R\$ 678,00
Chefe do domicílio	Se é a responsável pelo domicílio	Sim Não
Transtorno mental comum	Avaliada pelo instrumento SRQ- 20, investiga se a mulher é suspeita de TMC nas últimas 4 semanas	Não Sim

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Em relação ao parceiro atual ou mais recente:

Quadro 2 – Variáveis socioeconômicas e demográficas.

Variável	Definição	Categorização
Pai da criança	Se pai da criança fruto da gestação ocorrida entre 2005 e 2006	Sim; Não
Raça/Cor	Raça/cor referida	Branca Não branca
Inserção produtiva	Situação atual do parceiro no mercado de trabalho	Ativo Inativo

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Quadro 3 - Variáveis comportamentais.

Variável	Definição	Categorização
Uso de álcool	Se ingere ou ingeriu bebida alcoólica nos últimos 7 anos	Não Sim

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Em relação ao perfil do relacionamento do casal:

Quadro 4 - Variáveis do perfil do relacionamento

Tempo da relação	Tempo de duração da relação atual ou mais recente em anos	≤ 6 anos > 6 anos
Comunicação entre o casal	Se o casal conversa um com o outro sobre o cotidiano, suas preocupações e sentimentos.	Boa comunicação Comunicação obstaculizada
Brigas do casal	Se o casal briga entre si (vezes por mês)	< 1 vez por mês ≥ 1 vez por mês
Violência por parceiro íntimo	Se sofreu violência física, psicológica ou sexual pelo parceiro	Não Sim

Fonte: Elaboração da autora (2020).

5.6.2 Questionário sobre a criança

O questionário da criança é composto por 9 seções que tratam da identificação da criança e questões relacionadas à saúde e ao seu desenvolvimento (ANEXO C). Para o presente estudo foram utilizadas 3 seções (identificação, capacidades e dificuldades da criança -*SDQ* e escala tática de conflitos versão mãe-criança- *CTSPC*).

O quadro 5 apresenta as variáveis demográficas incluídas a partir da seção de identificação da criança.

Para avaliar os transtornos comportamentais e emocionais da criança foi utilizado o Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*), um questionário breve, que foi desenvolvido por Goodman (1997) e validado para o contexto brasileiro por Fleitlich e Goodman (2001). Ele é largamente usado para rastrear dificuldades comportamentais e emocionais (FANTINATO; CIA, 2017; FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; STONE et al., 2010). Encontra-se gratuitamente disponível em 85 idiomas, inclusive o português (<http://www.sdqinfo.com>).

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, 2001; GOODMAN, 1997).

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.

Goodman (1997) definiu a categoria anormal como os piores 10% com base em uma pesquisa do Reino Unido baseada na população. Para este estudo, foi utilizada a versão validada para o Brasil ([http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz\(Brazil\)](http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz(Brazil))) e os pontos de corte recomendados e utilizados são: 0-13 pontos para categorizar as crianças normais, 14-16 para limítrofes e 17-40 para anormais. Usamos o escore total de dificuldades do SDQ. Uma criança com um escore total de dificuldades de 17 ou mais é considerada como tendo alto risco de problemas de saúde mental (GOODMAN, 1997; GOODMAN et al., 2000). 'Limítrofe' foi categorizada como 'normal', e então comparada com 'anormal' (Quadro 6).

Embora os escores do SDQ possam ser usados como variáveis contínuas, Goodman & Goodman (2011) relataram que às vezes é conveniente categorizar as pontuações, porque os resultados da pesquisa como proporções podem ser mais facilmente interpretados pelos formuladores de políticas e prestadores de serviços. Vários estudos utilizaram o SDQ como variável categórica (BOMAN et al., 2016; JOHNSON et al., 2014; SILVA et al., 2019; VITOLLO et al., 2005).

Para este estudo foi considerado caso positivo de transtornos comportamentais e emocionais os escores anormais.

Baseado na experiência de outro estudo do seguimento da coorte, optamos por não utilizar a versão professor do questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ – versão professor*), pois os resultados encontrados não foram significativos (SILVA, 2016). Dado a realidade brasileira e o contexto escolar de superlotação das salas de aula, os professores por vezes têm dificuldades em atentar para alterações comportamentais e emocionais das crianças, o que pode ter ocorrido nesta amostra. Além disso, por observar várias crianças ao mesmo tempo, o olhar do professor é muito mais comparativo, fazendo com que ele só destaque as crianças que têm um comportamento diferenciado em relação às demais.

As respostas das crianças não foram avaliadas porque nesta amostra a idade variou de 6 a 9 anos.

Uma das seções do questionário contém a escala *Parent-Child Conflict Tactics Scale* (CTSPC) que avalia a prática educativa parental. A CTSPC é um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para investigação da violência doméstica praticada contra a criança. É composta por 22 itens que investigam a violência doméstica a partir da prática educativa parental. São avaliadas três dimensões: disciplina não violenta (4 itens), agressão psicológica (5 itens) e violência física (13 itens), sendo esta última dimensão subdividida em três, cada qual contemplando atos de gravidade distintos: punição corporal (6 itens), maus tratos físicos menores (3 itens) e maus tratos físicos graves (4 itens) (BONFIM et al., 2011). Os itens da escala apresentam-se intercalados, seguindo sequência aleatória, a fim de tornar menos evidente ao entrevistado as subdivisões (STRAUS et al., 1998). Neste estudo, os três tipos de maus tratos físicos (punição corporal, maus tratos físicos menores e maus tratos físicos graves) foram agrupados na escala de agressão física.

A CTSPC foi desenvolvida nos Estados Unidos por Straus et al (1998). De acordo com os autores, a dimensão disciplina não violenta verifica o uso de práticas disciplinares alternativas à punição corporal (explicar o que há de errado no que a criança fez, isolá-la, substituir a atividade inadequada por uma adequada, privá-la de privilégios). Já a agressão psicológica mede atos verbais e simbólicos que têm a intenção de causar medo ou dor psicológica na criança (gritar; ameaçar bater; ameaçar expulsá-lo de casa; chamá-lo de estúpido; praguejar). A escala de agressão física é a mais ampla e envolve atitudes como castigos corporais e agressões físicas severas. É subdividida em punição ou castigo corporal (sacudir; dar palmada no bumbum; bater no bumbum com objeto duro; beliscar; dar tapa no rosto; bater na perna, braço ou mão), maus tratos físicos (bater com a mão fechada; bater com algo em alguma parte do corpo; jogar no chão) e maus tratos físicos de gravidade severa (queimar intencionalmente; ameaçar com faca ou outra arma; bater com mão fechada).

No Brasil, o instrumento foi adaptado e validado por Reichenheim e Moraes (2003), através de estudo realizado com 774 mulheres, entrevistadas em maternidades públicas do Rio de Janeiro, nas primeiras 48 horas do puerpério, através de perguntas que reportavam a situações ocorridas com outras crianças de seu convívio. A avaliação indicou que a CTSPC poderia ser recomendada para o contexto brasileiro (REICHENHEIM; MORAES, 2003). Os

achados de Reichenheim e Moraes (2006) constataram reprodutibilidade, consistência interna e recomendação para uso em contextos lusófonos.

A CTSPC deve ser respondida pela mãe em relação às suas atitudes com a criança e indaga sobre os acontecimentos dos últimos 12 meses, avaliando a frequência de cada um dos 22 itens em três dimensões: não aconteceu, aconteceu uma vez e aconteceu mais de uma vez.

É pertinente lembrar que a escala não avalia a ocorrência de violência sexual, mas de agressão psicológica e física. A CTSPC, apesar de ser composta por estas três subescalas, não deve ser aplicada de maneira fragmentada, tendo em vista a complexidade do fenômeno, a fragmentação de suas escalas não é considerada eficiente (BONFIM et al., 2011). Na identificação das práticas educativas violentas contra a criança, a análise do CTSPC considerou como caso positivo de violência a afirmação da prática, nos últimos doze meses, de pelo menos um item das respectivas subescalas.

Quadro 5 - Variáveis demográficas da criança.

Variável	Definição	Categorização
Idade	Idade da criança, em anos. Categorizada em grupos etários	6 - 7 anos 8 - 9 anos
Sexo	A categoria a qual pertence a criança	Feminino Masculino
Presença de irmãos	Se possui irmãos	Sim Não
Posição na prole	Qual a posição de nascimento da criança dentre os irmãos (ordem de nascimento)	1 ^a -2 ^a posição ≥ 3 ^a posição
Série	Qual a série que a criança está ou estava cursando	≥ 2 ^o ano ≤ 1 ^o ano
Tipo de escola	A categoria a qual a escola pertence	Pública Privada

Quadro 6. Escores do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão-mãe.

Escalas	Normal	Anormal
Total das Dificuldades	0-16	17-40
Problemas emocionais	0-4	5-10
Problemas de conduta	0-3	4-10
Hiperatividade	0-6	7-10
Problemas com colegas	0-3	4-10
Comportamento pró-social	5-10	0-4

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

A entrada de dados foi realizada no Programa Epi-Info versão 3.5.3, através de entrada dupla 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 feita no programa Stata versão 13.0 para Windows.

Inicialmente foi realizada a descrição da amostra pelas variáveis estudadas e estimada a prevalência de PEM a partir das dimensões disciplina não violenta, agressão física e agressão psicológica e dos transtornos comportamentais e emocionais da criança. A associação entre os transtornos emocionais e comportamentais da criança (variável dependente) e a PEM (variável independente) foi estimada através de razões de prevalência bruta e ajustada, pela regressão de Poisson. A significância estatística foi avaliada pelo teste Qui-quadrado, considerando o intervalo de confiança a 95% e o valor do $p < 0,05$. As covariáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que, no presente estudo, mostraram-se associadas com a PEM e com os transtornos emocionais e comportamentais com valor de $p < 0,10$.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto é vinculado a um estudo de coorte intitulado “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”. O estudo transversal foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 3.564.148).

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) conforme a Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde, sendo informados sobre objetivo, relevância, riscos, benefícios, confidencialidade e liberdade para recusa ou desistência.

Os questionários da pesquisa foram identificados por um número e guardados imediatamente após as entrevistas. Esses questionários constam de dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para a mulher e outro para a criança, através do qual a mãe concorda em responder questões sobre a criança e autoriza a ida das entrevistadoras na escola para entrevistar os professores. O termo de consentimento livre e esclarecido 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.

Considerando o caráter 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 ou vizinhos.

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 severa atual, as mulheres foram

orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres e crianças em situação de violência.

7 PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Por tratar-se de um estudo transversal realizado a partir de um estudo de coorte, uma limitação do estudo são as perdas do seguimento que podem levar a um viés de seleção. Por isso, foi realizada a comparação de algumas características das mulheres que saíram da coorte 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 da terceira etapa do estudo e aquelas que não fizeram (SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017).

Para minimizar as perdas no seguimento da coorte foram planejadas medidas que incluíram: organização da lista de mulheres entrevistadas na gravidez e no pós-parto, verificando se estas ainda permaneciam cadastradas na mesma USF, solicitação de informações das equipes de saúde da família sobre o endereço atual da mulher e localização das mulheres através de informações de vizinhos e familiares.

A pesquisa aborda a violência contra a mulher e contra a criança, ambos os temas são delicados e podem gerar constrangimento ou receio acerca das informações relatadas. Lembrar a violência sofrida pode ser uma experiência difícil, causando medo e vergonha, tornando a mulher indisponível para falar sobre o tema. Além disto, insegurança sobre o local da entrevista e sobre o sigilo das informações também podem provocar interferências causando subestimação dos casos de VPI. Do mesmo modo, o receio das mães em admitir a prática educativa violenta pode levar a subestimação dos eventos.

Para minimizar estas questões foram adotados cuidados 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 na temática da violência. Todos estes aspectos foram trabalhados durante os treinamentos das entrevistadoras.

A respeito da prática educativa violenta, é possível haver um viés de informação uma vez que o instrumento de coleta (escala CTSPC) foi aplicado à mãe da criança, o que pode subestimar a prevalência da PEMV, por isso, utiliza-se a estratégia de dispor as perguntas

aleatoriamente a fim de tornar menos evidente os objetivos das questões e diminuir a possibilidade de respostas negativas em torno da ocorrência de violência.

Outra característica da escala CTSPC é que ela não avalia a ocorrência de violência sexual e de negligência, assim, os resultados encontrados não incluem esses eventos. Isso aponta uma fragilidade na estimativa desses tipos de violência e conseqüentemente na associação destes com os transtornos comportamentais e emocionais da criança.

A pesquisa foi realizada em áreas nas quais prevalecem famílias com nível socioeconômico baixo, além disto, as informações se referem a crianças dentro de um recorte de idade o que limita as possibilidades de generalização dos resultados para famílias com poder aquisitivo diferenciado bem como para crianças de outras faixas etárias.

8 RESULTADOS

8.1 TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA

A prevalência de transtornos comportamentais e emocionais da criança na população do estudo foi de 199/631 (31,54%). Dentre as escalas de comportamento, as de problemas de conduta e hiperatividade tiveram as maiores frequências com 41,36% (n=261) e 30,11% (n=190) respectivamente .

A tabela 1 mostra a distribuição das características demográficas e socioeconômicas da mulher e seu parceiro, demográficas da criança, perfil do relacionamento do casal, saúde mental da mulher e sua associação com os transtornos comportamentais e emocionais da criança.

A maioria das mulheres tinha 30 anos ou mais de idade (73,2%), não eram brancas (82,2%), com 9 anos ou menos de estudo (50,6%), com parceiro nos últimos 7 anos (81,1%), eram ativas no mercado de trabalho (51,5%), renda menor que um salário-mínimo (66,4%), não eram as chefes do domicílio (71,0%) e não eram suspeitas de transtornos mentais comuns (67,7%).

Na análise bivariada as mulheres não brancas, com 9 anos de estudo ou menos, inativas, com renda mensal < 1 salário-mínimo, que não eram chefes do domicílio e suspeitas de transtornos mentais comuns tiveram associação estatisticamente significativa com os transtornos comportamentais e emocionais da criança.

Quanto às crianças, a maioria apresentava idade entre 8 e 9 anos (51,5%), era do sexo feminino (50,9%), tinham irmãos (79,1%), ocupando a 1ª ou 2ª posição na prole (70,8%), no 2º ano ou mais do ensino fundamental (64,1%), em escola pública (52,9%). A presença de irmãos e a escola pública apresentaram associação com os transtornos comportamentais e emocionais da criança.

Sobre as características do parceiro atual ou mais recente das mulheres, a maioria dos parceiros eram os pais das crianças (64%), não brancos (68,3%), ativos no mercado de trabalho (68,8%) e faziam uso de álcool (75,3%). No perfil do relacionamento, a maioria dos casais tinha um tempo de relacionamento > 6 anos (66,6%), boa comunicação entre eles

(79,4%), frequência de brigas < 1 vez por mês (67,8%) e ausência de violência por parceiro íntimo (67,2%).

Na análise bivariada com as características do parceiro atual e do perfil do relacionamento, apenas a inatividade do parceiro, frequência das brigas do casal ≥ 1 vez por mês e VPI mostraram-se estatisticamente associadas com os transtornos comportamentais e emocionais da criança.

8.2 PRÁTICAS EDUCATIVAS MATERNAS (PEM)

A prática educativa materna relatada pelas mães através da escala tática de conflitos (CTSPC) apresentou uma alta prevalência (91,8%; n=579) de práticas educativas maternas violentas (PEMV) (agressão física e/ou psicológica) (tabela 2).

Quando descritas as 3 dimensões do instrumento separadamente, 89,7% (n=566) das mulheres relataram atos de agressão psicológica e 75,6% (n=477) de agressão física, sendo esta subdividida em punição corporal 73,5% (n=464), maus tratos físicos 35,8% (n=226) e maus tratos físicos graves 1,7% (n=11).

A disciplina não violenta teve prevalência de 96,8% (n=611), existindo concomitantemente com estratégias violentas de disciplina.

Na análise bivariada, (tabela 3) a agressão psicológica não esteve associada a nenhuma das variáveis relacionadas à mulher, ao seu parceiro ou à criança.

A punição corporal foi associada à menor escolaridade materna, série $\leq 1^{\circ}$ ano do ensino fundamental, escola pública e VPI.

Quanto aos maus tratos físicos, diversas variáveis da família estiveram associadas a esse tipo de violência (tabela 3), tais como: idade <30 anos, menor escolaridade e suspeita de TMC (em relação à mulher); presença de irmãos, posição na prole $\geq 3^{\text{a}}$ posição e escola pública (em relação à criança); comunicação obstaculizada e frequência de brigas do casal ≥ 1 vez por mês e VPI (em relação ao perfil do relacionamento).

Os maus tratos físicos graves foram associados a: idade materna < 30 anos, ausência de parceiro, não chefia do domicílio e suspeita de TMC da mulher, série da criança $\leq 1^{\circ}$ ano e tempo do relacionamento ≤ 6 anos.

8.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO À PEMV E TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA

A tabela 4 apresenta a associação da prática educativa materna, nos últimos 12 meses, com os transtornos comportamentais e emocionais da criança. Os transtornos mentais nas crianças estiveram associados à punição corporal, ocorrendo mais vezes nas crianças expostas a esse tipo de disciplinamento em comparação às crianças não expostas (RP ajustado 1,5; IC95%: 1,1-2,1; p 0,010).

Os transtornos também estiveram associados aos maus tratos físicos graves mesmo após a inclusão de muitas variáveis na análise multivariada (RP ajustado 1,9; IC95%: 1,3-2,8; p 0,002) (tabela 5).

Tabela 1 - Análise bivariada entre características sociodemográficas da mulher e seu parceiro, características demográficas da criança, perfil do relacionamento do casal, saúde mental materna e os transtornos comportamentais e emocionais da criança, Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Variáveis	N=631 n (%)	Total das dificuldades (SDQ)			
		Normal (%)	Anormal (%)	RP (IC 95%)	p (valor)
Características sociodemográficas e saúde mental da mulher					
Idade (anos)					
≥30	462 (73,2)	326 (75,5)	136 (68,3)	1,0	
<30	169 (26,8)	106 (24,5)	63 (31,7)	1,27 (1,0-1,6)	,055
Raça/cor*					
Branca	112 (17,8)	87 (20,2)	25 (12,6)	1,0	
Não-branca	517 (82,2)	343 (79,8)	174 (87,4)	1,5 (1,0-2,2)	,028
Anos de estudo					
> 9	312 (49,4)	244 (56,5)	68 (34,2)	1,0	
≤ 9	319 (50,6)	188 (43,5)	131 (65,8)	1,9 (1,5-2,4)	,000
Com parceiro					
Sim	512 (81,1)	356 (82,4)	156 (78,4)	1,0	
Não	119 (18,9)	76 (17,6)	43 (21,6)	1,2 (0,9-1,5)	,220
Inserção produtiva					
Ativa	325 (51,5)	239 (55,3)	86 (43,2)	1,0	
Inativa	306 (48,5)	193 (44,7)	113 (56,8)	1,4 (1,1-1,8)	,005
Renda (salário-mínimo)					
≥ 1	212 (33,6)	162 (37,5)	50 (25,1)	1,0	
< 1	419 (66,4)	270 (62,5)	149 (74,9)	1,5 (1,1-2,0)	,003
Chefe do domicílio					
Sim	183 (29,0)	115 (26,6)	68 (34,2)	1,0	
Não	448 (71,0)	317 (73,4)	131 (65,8)	0,8 (0,6-1,0)	,048
Transtorno mental comum					
Não	427 (67,7)	333 (77,1)	94 (47,2)	1,0	
Sim	204 (32,3)	99 (22,9)	105 (52,8)	2,3 (1,9-2,9)	,000
Características demográficas da criança					
Idade (anos)					
6-7	306 (48,5)	206 (47,7)	100 (50,3)	1,0	
8-9	325 (51,5)	226 (52,3)	99 (49,7)	0,9 (0,7-1,2)	,549
Sexo					
Feminino	321 (50,9)	223 (51,6)	98 (49,3)	1,0	
Masculino	310 (49,1)	209 (48,4)	101 (50,7)	1,1 (0,8-1,3)	,580
Presença de irmãos					
Não	132(20,9)	101 (23,4)	31 (15,58)	1,0	
Sim	499 (79,1)	331 (76,6)	168 (84,42)	1,4 (1,0-2,0)	,033
Posição na prole					
1ª-2ª posição	447 (70,8)	316 (73,2)	131 (65,8)	1,0	
≥ 3ª posição	184 (29,2)	116 (26,8)	68 (34,2)	1,3 (1,0-1,6)	,056
Série**					
≥ 2º ano	404 (64,1)	286 (66,2)	118 (59,6)	1,0	
≤ 1º ano	226 (35,9)	146 (33,8)	80 (40,4)	1,2 (0,9-1,5)	,105
Tipo de escola *					
Privada	296 (47,1)	223 (51,7)	73 (36,9)	1,0	
Pública	333 (52,9)	208 (48,3)	125 (63,1)	1,5 (1,2-1,9)	,001
Parceiro atual ou mais recente da mulher					
Pai da criança					
Sim	404 (64,0)	283 (65,5)	121 (60,8)	1,0	
Não	227 (36,0)	149 (34,5)	78 (39,2)	1,1 (0,9-1,4)	,249
Raça/cor ***					
Branca	199 (31,7)	138 (32,2)	61 (30,8)	1,0	
Não-branca	428 (68,3)	291 (67,8)	137 (69,2)	1,0 (0,8-1,3)	,735
Inserção produtiva					
Ativa	434 (68,8)	312 (72,2)	122 (61,3)	1,0	
Inativa	197 (31,2)	120 (27,8)	77 (38,7)	1,4 (1,1-1,7)	,005

Tabela 1 (continua)

Variáveis	N=631 n (%)	Total das dificuldades (SDQ)			p (valor)
		Normal (%)	Anormal (%)	RP (IC 95%)	
Uso de álcool					
Não	156 (24,7)	104 (24,1)	52 (26,1)	1,0	,575
Sim	475 (75,3)	328 (75,9)	147 (73,9)	0,9 (0,7-1,2)	
Perfil do relacionamento do casal					
Tempo da relação (anos)					
> 6	420 (66,6)	291 (67,4)	129 (64,8)	1,0	,528
≤ 6	211 (33,4)	141 (32,6)	70 (35,2)	1,1 (0,85-1,4)	
Comunicação entre o casal					
Boa comunicação	501 (79,4)	351(81,3)	150 (75,4)	1,0	,081
Comunicação obstaculizada	130 (20,6)	81 (18,7)	49 (24,6)	1,3 (1,0-1,6)	
Brigas do casal (vezes por mês) **					
< 1	427(67,8)	309 (71,7)	118 (59,3)	1,0	,002
≥ 1	203(32,2)	122 (28,3)	81 (40,7)	1,4 (1,2-1,8)	
Violência por parceiro íntimo					
Não	424 (67,2)	314 (72,7)	110 (55,3)	1,0	,000
Sim	207 (32,8)	118 (27,3)	89 (44,7)	1,7 (1,3-2,1)	

*2 valores perdidos, ** 1 valor perdido, *** 4 valores perdidos.

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Tabela 2 - Prática educativa maternal violenta usando a escala tática de conflitos versão mãe-criança (*Parent-Child Conflict Tactics Scale CTSPC*), Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Práticas educativas maternas violentas	Sim	(%)	Não	(%)
Agressão psicológica	566	(89,7)	65	(10,3)
Punição corporal	464	(73,5)	167	(26,5)
Maus tratos físicos	226	(35,8)	405	(64,2)
Maus tratos físicos graves	11	(1,7)	620	(98,3)
Total de casos de práticas educativas maternas violentas	579	(91,8)	52	(8,2)

Fonte: Elaboração da autora (2020)

Tabela 3 - Análise bivariada entre características sociodemográficas da mulher e seu parceiro, características demográficas da criança, perfil do relacionamento do casal, saúde mental materna e as práticas educativas maternas violentas, Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Variáveis	Práticas educativas maternas violentas (N=631)											
	Agressão psicológica			Punição corporal			Maus tratos físicos			Maus tratos físicos graves		
	n (%)	RP (IC 95%)	p (valor)	n (%)	RP (IC 95%)	p (valor)	n (%)	RP (IC 95%)	p (valor)	n (%)	RP (IC 95%)	p (valor)
Características sociodemográficas e saúde mental da mulher												
Idade (anos)												
≥30	411 (72,6)	1,0		334 (72,0)	1,0		155 (68,6)	1,0		5 (45,5)	1,0	
<30	155 (27,4)	1,0 (1,0-1,1)	,282	130 (28,0)	1,1 (1,0-1,2)	,224	71 (31,4)	1,2 (1,0-1,6)	,044	6 (54,5)	3,3 (1,0-10,6)	,047
Raça/Cor*												
Branca	102 (18,1)	1,0		77 (16,6)	1,0		37 (16,4)	1,0		0 (0,0)	1,0	
Não-branca	463 (81,9)	1,0 (0,9-1,0)	,613	386 (83,4)	1,1 (0,9-1,2)	,230	189 (83,6)	1,1 (0,8-1,5)	,490	11(100,0)		,228†
Anos de estudo												
> 9	278 (49,1)	1,0		215 (46,3)	1,0		90 (39,8)	1,0		3 (27,3)	1,0	
≤ 9	288 (50,9)	1,0 (1,0-1,1)	,627	249 (53,7)	1,1 (1,0-1,2)	,010	136 (60,2)	1,5 (1,2-1,8)	,000	8 (72,7)	2,6 (0,7-9,7)	,223†
Com parceiro												
Sim	456 (80,6)	1,0		374 (80,6)	1,0		179 (79,2)	1,0		6 (54,5)	1,0	
Não	110 (19,4)	1,0 (1,0-1,1)	,222	90 (19,4)	1,0 (0,9-1,2)	,553	47 (20,8)	1,1 (0,9-1,4)	,343	5 (45,5)	3,6 (1,1-11,6)	,033
Inserção produtiva												
Ativa	293 (51,8)	1,0		230 (49,6)	1,0		109 (48,2)	1,0		4 (36,4)	1,0	
Inativa	273 (48,2)	1,0 (0,9-1,0)	,669	234 (50,4)	1,1 (1,0-1,2)	,105	117 (51,8)	1,1 (0,9-1,4)	,220	7 (63,7)	1,9 (0,5-6,3)	,371†
Renda (salário-mínimo)												
≥ 1	189 (33,4)	1,0		149 (32,1)	1,0		68 (30,1)	1,0		3 (27,3)	1,0	
< 1	377 (66,6)	1,0 (0,9-1,1)	,751	315 (67,9)	1,1 (1,0-1,2)	,202	158 (69,9)	1,2 (0,9-1,5)	,171	8 (72,7)	1,3 (0,4-5,0)	,759†
Chefe do domicílio												
Sim	170 (30,0)	1,0		141 (30,4)	1,0		76 (33,6)	1,0		7 (63,6)	1,0	
Não	396 (70,0)	0,9 (0,9-1,0)	,063	323 (69,6)	0,9 (0,8-1,0)	,184	150 (66,4)	0,8 (0,6-1,0)	,051	4 (36,4)	0,2 (0,5-0,8)	,017†
Transtorno mental comum												
Não	381 (67,3)	1,0		309 (66,6)	1,0		142 (62,8)	1,0		4 (36,4)	1,0	
Sim	185 (32,7)	1,0 (1,0-1,1)	,563	155 (33,4)	1,0 (0,9-1,2)	,324	84 (37,2)	1,2 (1,0-1,5)	,048	7 (63,6)	3,6 (1,1-12,4)	,045†
Características demográficas da criança												
Idade (anos)												
6-7	279 (49,3)	1,0		229 (49,3)	1,0		111 (49,1)	1,0		8 (72,7)	1,0	
8-9	287 (50,7)	1,0 (0,9-1,0)	,235	235 (50,7)	1,0 (0,9-1,1)	,472	115 (50,9)	1,0 (0,8-1,2)	,816	3 (27,3)	0,3 (0,1-1,3)	,132†
Sexo												
Feminino	288 (50,9)	1,0		228 (49,1)	1,0		107 (47,3)	1,0		4 (36,4)	1,0	
Masculino	278 (49,1)	1,0 (0,9-1,0)	,986	236 (50,9)	1,1 (1,0-1,2)	,147	119 (52,7)	1,1 (0,9-1,4)	,187	7 (63,7)	1,8 (0,5-6,1)	,376†
Presença de irmãos												
Não	116 (20,5)	1,0		98 (21,1)	1,0		37 (16,4)	1,0		2 (18,2)	1,0	
Sim	450 (79,5)	1,0 (1,0-1,1)	,467	366 (78,9)	1,0 (0,9-1,1)	,834	189 (83,6)	1,3 (1,0-1,8)	,046	9 (81,8)	1,2 (0,3-5,4)	1,000†

Tabela 3 (continua)

Variáveis	Práticas educativas maternas violentas (N=631)											
	Agressão psicológica			Punição corporal			Maus tratos físicos			Maus tratos físicos graves		
	n (%)	RP (IC 95%)	p (valor)	n (%)	RP (IC 95%)	p (valor)	n (%)	RP (IC 95%)	p (valor)	n (%)	RP (IC 95%)	p (valor)
Posição na prole												
1ª-2ª posição	400 (70,7)	1,0		325 (70,0)	1,0		148 (65,5)	1,0		6 (54,5)	1,0	
≥ 3ª posição	166 (29,3)	1,0 (0,9-1,1)	,780	139 (30,0)	1,0 (1,0-1,1)	,453	78 (34,5)	1,3 (1,0-1,6)	,024	5 (45,5)	2,0 (0,6-6,6)	,240
Série **												
≥ 2º ano	359 (63,4)	1,0		285 (61,4)	1,0		140 (62,0)	1,0		3 (27,3)	1,0	
≤ 1º ano	207 (36,6)	1,0 (1,0-1,1)	,258	179 (38,6)	1,1 (1,0-1,2)	,014	86 (38,0)	1,1 (0,9-1,4)	,391	8 (72,7)	4,8 (1,3-17,8)	,021†
Tipo de escola*												
Privada	263 (46,6)	1,0		204 (44,1)	1,0		87 (38,7)	1,0		3 (27,3)	1,0	
Pública	302 (53,4)	1,0 (1,0-1,1)	,449	259 (55,9)	1,1 (1,0-1,2)	,013	138 (61,3)	1,4 (1,1-1,7)	,002	8 (72,7)	2,4 (0,6-8,9)	,231†
Parceiro atual ou mais recente da mulher												
Pai da criança												
Sim	363 (64,1)	1,0		301 (64,9)	1,0		137 (60,6)	1,0		4 (36,4)	1,0	
Não	203 (35,9)	1,0 (0,9-1,0)	,867	163 (35,1)	1,0 (0,9-1,1)	,468	89 (39,4)	1,2 (0,9-1,4)	,179	7 (63,6)	3,1 (0,9-10,5)	,063†
Raça/cor***												
Branca	182 (32,3)	1,0		143 (31,0)	1,0		71 (31,6)	1,0		2 (18,2)	1,0	
Não-branca	381 (67,7)	1,0 (0,9-1,0)	,327	318 (69,0)	1,0 (0,9-1,1)	,527	154 (68,4)	1,0 (0,8-1,3)	,941	9 (81,8)	2,1 (0,5-9,6)	,516†
Inserção produtiva												
Ativa	388 (68,6)	1,0		315 (67,9)	1,0		145 (64,2)	1,0		7 (63,6)	1,0	
Inativa	178 (31,4)	1,0 (1,0-1,1)	,710	149 (32,1)	1,0 (0,9-1,1)	,411	81 (35,8)	1,2 (1,0-1,5)	,057	4 (36,4)	1,3 (0,4-4,2)	,747†
Use de álcool												
Não	141 (24,9)	1,0		112 (24,1)	1,0		48 (21,2)	1,0		4 (36,4)	1,0	
Sim	425 (75,1)	1,0 (0,9-1,0)	,740	352 (75,9)	1,0 (0,9-1,1)	,579	178 (78,8)	1,2 (0,9-1,6)	,141	7 (63,6)	0,6 (0,2-1,9)	,478†
Perfil do relacionamento do casal												
Tempo da relação (anos)												
> 6	373 (65,9)	1,0		311 (67,0)	1,0		140 (62,0)	1,0		3 (27,3)	1,0	
≤ 6	193 (34,1)	1,0 (1,0-1,1)	,279	153 (33,0)	1,0 (0,9-1,1)	,683	86 (38,0)	1,2 (1,0-1,5)	,063	8 (72,7)	5,3 (1,4-19,8)	,008†
Comunicação entre o casal												
Boa comunicação	448 (79,1)	1,0		370 (79,7)	1,0		170 (75,2)	1,0		7 (63,6)	1,0	
Comunicação obstaculizada	118 (20,9)	1,0 (0,9-1,1)	,639	94 (20,3)	1,0 (0,9-1,1)	,727	56 (24,8)	1,3 (1,0-1,6)	,044	4 (36,4)	2,2 (0,6-7,4)	,250†
Brigas do casal (vezes por mês) **												
< 1	378 (66,9)	1,0		305 (65,9)	1,0		142 (62,8)	1,0		5 (45,4)	1,0	
≥ 1	187 (33,1)	1,0 (1,0-1,1)	,140	158 (34,1)	1,1 (1,0-1,2)	,076	84 (37,2)	1,2 (1,0-1,5)	,043	6 (54,6)	2,5 (0,8-8,2)	,123
Violência por parceiro íntimo												
Não	375 (66,2)	1,0		298 (64,2)	1,0		132 (58,4)	1,0		5 (45,4)	1,0	
Sim	191 (33,8)	1,0 (1,0-1,1)	,113	166 (35,8)	1,1 (1,0-1,2)	,005	94 (41,6)	1,5 (1,2-1,8)	,000	6 (54,6)	2,5 (0,8-8,0)	,121

*2 valores perdidos, ** 1 valor perdido, *** 4 valores perdidos.

† Teste exato de Fisher

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Tabela 4 - Transtornos comportamentais e emocionais da criança em idade escolar relatado pelas mães através do questionário de capacidades e dificuldades da criança - *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ - versão mãe)*, Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

	SDQ relatado pelas mães (n=631)				p (valor)
	Exposto a PEMV		Não exposto a PEMV		
	n	(%)	n	(%)	
Total das dificuldades	189	95,0	10	5,0	,046
Hiperatividade	180	94,7	10	5,3	,074
Problemas emocionais	164	94,2	10	5,8	,160
Problemas de conduta	247	94,6	14	5,4	,027
Problemas com colegas	123	90,4	13	9,6	,528
Comportamento pró-social	29	87,9	4	12,1	,339

Fonte: Elaboração da autora (2020).

Tabela 5 - Associação entre as práticas educativas maternas violentas e os transtornos comportamentais e emocionais da criança em idade escolar relatado pelas mães através do questionário de capacidades e dificuldades da criança - *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ - versão mãe)*, Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Práticas educativas maternas violentas	Total das dificuldades (SDQ)					
	Normal (%)	Anormal (%)	RP bruta (IC 95 %)	p (valor)	RP ajustada (IC 95%)	p (valor)
Agressão psicológica						
Não	52 (12,0)	13 (6,5)	1,0		1,0	
Sim	380 (88,0)	186 (93,5)	1,6 (1,0-2,7)	,052	1,6 (1,0-2,6)	,064 ^a
Punição corporal						
Não	132 (30,6)	35 (17,6)	1,0		1,0	
Sim	300 (69,4)	164 (82,4)	1,7 (1,2-2,3)	,001	1,5 (1,1-2,1)	,010 ^b
Maus tratos físicos						
Não	294 (68,1)	111 (55,8)	1,0		1,0	
Sim	138 (31,9)	88 (44,2)	1,4 (1,1-1,8)	,003	1,2 (0,9-1,5)	,115 ^c
Maus tratos físicos graves						
Não	430 (99,5)	190 (95,5)	1,0		1,0	
Sim	2 (0,5)	9 (4,5)	2,7 (2,0-3,6)	,001†	1,9 (1,3-2,8)	,002 ^d

Fonte: Elaboração da autora (2020).

^a Ajustado por chefe do domicílio

^b Ajustado por anos de estudo, tipo de escola, violência por parceiro íntimo e brigas do casal

^c Ajustado por idade da mãe, anos de estudo, chefe do domicílio, transtorno mental comum, tipo de escola, presença de irmãos, posição na prole, inserção produtiva da mulher, comunicação entre o casal e brigas do casal

^d Ajustado por idade da mãe, chefe do domicílio e transtorno mental comum

† Teste exato de Fisher

9 DISCUSSÃO

Nesse estudo, a agressão física como prática educativa disciplinar esteve associada aos transtornos comportamentais e emocionais das crianças como também foi encontrado em outros estudos (ALYAHRI; GOODMAN, 2008; DURIVAGE et al., 2015; HECKER et al., 2014; STÜLB et al., 2019). Embora os instrumentos de aferição da prática educativa parental sejam diferentes na literatura, a punição corporal aparece como uma prática constante e de maior prevalência para o disciplinamento das crianças em diferentes países e culturas.

A punição física representa, possivelmente, o tipo de estratégia que tem o menor potencial de favorecer a autorregulação na criança, bem como o maior potencial de provocar emoções desfavoráveis, como o medo e a raiva, que prejudicam sua compreensão a respeito do episódio disciplinar (Hoffman, 1979).

Esse tipo de punição só é capaz de controlar o mau comportamento na presença do agressor e de promover a assimilação da violência física, inclusive com transmissão intergeracional. Pais que relatam ter sofrido abuso físico na infância são mais propensos a comportamentos fisicamente agressivos no disciplinamento de seus filhos do que os pais não expostos a abusos físicos na infância (GREENE et al., 2020).

Ressalta-se que a disciplina não violenta foi a prática de resolução de conflitos mais utilizada pela mãe (ALTAFIM; MCCOY; LINHARES, 2018), fato positivo por se tratar de uma disciplina que induz a autonomia e compreensão da criança sobre o comportamento inadequado (Hoffman, 1975). Esse resultado confirma o que já é apontado por outros estudos em que práticas parentais positivas tendem a preponderar em detrimento das negativas (BOLZE et al., 2019; PERUHYPE; HALBOTH; ALVES, 2011). Porém, na amostra do estudo elas foram utilizadas concomitantemente à práticas coercitivas ou negativas.

Em estudo realizado na cidade de Diamantina, Minas Gerais, que utilizou a mesma escala tática de conflitos (CTSPC) para avaliar a prática educativa, a prevalência das violências praticadas foi semelhante ao presente estudo com 95,56% de agressão psicológica, 94,44% de agressão física que, nas formas moderada e grave, foi praticada por 74,44% dos entrevistados e, 100% deles adotaram também a disciplina não violenta concomitante às outras (PERUHYPE; HALBOTH; ALVES, 2011).

No presente estudo, 73,53% (464/631) das mães relataram punir seus filhos com tapas, beliscões e palmadas pelo corpo ou com objetos duros no bumbum (punição corporal). Pegar a criança pelo pescoço e sacudi-la, queimar intencionalmente, ameaçar com faca ou revólver ou bater na criança com força sem parar (maus tratos físicos graves) teve prevalência de 1,74% (11/631).

Na Tanzânia, em uma amostra com crianças em idade escolar, a maioria foi punida por seus pais ou cuidadores com objetos como paus ou cintos (82%) ou por tapas e socos (66%). Quase um quarto (24%) foi atingido com tanta força que ficou ferido (HECKER et al., 2014).

Outros estudos utilizando diferentes instrumentos de registro da prática educativa violenta e com autorrelatos das vítimas encontraram que 69,9% dos participantes (n=2.519) declararam ter sofrido pelo menos uma forma de punição corporal. Entre eles, a palmada foi a mais frequente (61,9%) (WITT et al., 2017). Ou ainda 95% de crianças (n=409) que sofreram pelo menos um tipo de punição corporal por seus pais ou cuidadores durante a vida (com 51% nos últimos 12 meses) (HECKER et al., 2014).

De modo geral, pais que relataram uso de punição corporal já haviam sofrido abusos físicos quando crianças, tinham baixa escolaridade (Witt et al., 2017), altas taxas de desemprego ou baixo nível socioeconômico e eram mais jovens (DuRivage et al., 2015) este fato também foi encontrado no presente estudo quanto à associação com a menor escolaridade materna e o uso da punição corporal.

Os transtornos mentais comuns e VPI também foram associados a maus-tratos físicos (NWABUZOR OGBONNAYA; KEENEY; VILLODAS, 2019; SEDLAK et al., 2010; TAYLOR et al., 2009).

A prevalência de transtornos comportamentais e emocionais da criança é considerada alta se comparada a estudos internacionais (BOMAN et al., 2016; JOHNSON et al., 2014). Entretanto, muito similar a estudos brasileiros em que as amostras de crianças avaliadas apresentam realidades socioeconômicas semelhantes (ALTAFIM; MCCOY; LINHARES, 2018; FLEITLICH; GOODMAN, 2001).

No Brasil, pobreza, doenças mentais maternas, VPI e práticas educativas com punição corporal foram fortemente associadas a taxas mais altas de transtornos comportamentais e

emocionais entre as crianças (dos Santos, Queirós, Barreto, & dos Santos, 2016; A. Goodman, Fleitlich-Bilyk, Patel, 2007; Reyes et al., 2019; Silva, Ludermir, Lima, Eickmann, & Emond, 2019).

Embora seja tentador concluir que as adversidades sociais causaram problemas no comportamento das crianças, os problemas das crianças podem ter provocado depressão materna ou incitado os pais a praticarem disciplina educativa coercitiva. Outra possibilidade é que as adversidades sociais e os problemas comportamentais se originem de fatores não medidos no estudo (FLEITLICH; GOODMAN, 2001).

No presente estudo, os resultados concordam com a literatura e apontam variáveis relacionadas direta ou indiretamente à maior instabilidade financeira (tais como: raça/cor não branca, menor escolaridade materna, inserção produtiva inativa e baixa renda mensal), associadas aos transtornos comportamentais e emocionais das crianças.

Além disso, depressão materna, frequência das brigas ≥ 1 vez por mês e VPI foram variáveis associadas aos transtornos e que também são possíveis de serem relacionadas a maior presença de estresse familiar e econômico.

A punição corporal e os maus tratos físicos graves estiveram associados aos transtornos comportamentais e emocionais da criança sendo o primeiro ajustado pela escolaridade da mãe (ALYAHRI; GOODMAN, 2008; BØE et al., 2014; DUNCOMBE et al., 2012), tipo de escola, frequência de brigas do casal e VPI (DUNCOMBE et al., 2012) e o segundo ajustado pelas variáveis maternas de idade, chefe do domicílio e saúde mental (DUNCOMBE et al., 2012).

Além destas, a literatura aponta também outras covariáveis associadas que no presente estudo não entraram na análise multivariada, pois não atenderam aos critérios estabelecidos para a entrada no modelo ($p < 0,10$). Algumas delas são: renda da família (ALYAHRI; GOODMAN, 2008; BØE et al., 2014; DUNCOMBE et al., 2012), mães que trabalham em cargos de maior status ocupacional (DUNCOMBE et al., 2012), presença de irmãos e posição na prole (ALYAHRI; GOODMAN, 2008).

9.1 LIMITAÇÕES

Embora a prevalência de práticas educativas violentas tenha sido alta, é possível ainda haver um viés de informação uma vez que o instrumento de coleta (escala CTSPC) foi aplicado à mãe da criança, o que pode subestimar a prevalência da PEMV especialmente os maus tratos físicos graves, por isso, utiliza-se a estratégia de dispor as perguntas aleatoriamente a fim de tornar menos evidente os objetivos das questões e diminuir a possibilidade de respostas negativas em torno da ocorrência de violência.

Esse viés de informação também pode ter ocorrido na prevalência dos transtornos comportamentais e emocionais da criança, pois ele é avaliado a partir da perspectiva da mãe que tende a superestimar alterações comportamentais em seus filhos.

Apesar de os dados do estudo provirem de um segmento de coorte, trata-se de um estudo transversal e uma das limitações é que o desenho do estudo não permite o estabelecimento denexo causal. Por exemplo, pode-se argumentar que as crianças que apresentam mais dificuldades comportamentais e emocionais mereciam e recebiam maior punição corporal ou maus-tratos físicos.

Todavia, embasados pela literatura já citada inclusive com estudos longitudinais (BERLIN et al., 2009; MACKENZIE et al., 2012), parece haver uma forte associação entre ambas no sentido da punição corporal praticada pelos pais acarretar os transtornos comportamentais e emocionais na criança.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo enfocou a prática educativa materna especialmente a agressão física influenciando de maneira negativa no desenvolvimento de crianças em idade escolar. Cabe lembrar que a literatura aponta também outros fatores que podem interferir na orientação e escolha dessas práticas por parte dos pais quanto fatores que podem motivar o aparecimento dos problemas comportamentais e emocionais nas crianças.

Em uma sociedade como a nossa, as relações parentais ainda se dão com a afirmação do poder parental de forma violenta, naturalizada e legítima muito embora as práticas educativas fruto dessa relação não facilitem a internalização das normas sociais, mas sim provocam sentimentos de insegurança, medo e raiva na criança além de comportamentos de hiperatividade, agressividade, problemas de relação social com outras crianças, etc.

Os resultados apontam uma alta prevalência de práticas educativas maternas violentas (93,82%) e de transtornos comportamentais e emocionais da criança (31,54%) tendo os problemas de conduta e hiperatividade as maiores frequências. A agressão física esteve associada aos transtornos comportamentais e emocionais da criança ajustada pela escolaridade da mãe, tipo de escola e série da criança. As variáveis de confusão atentam para fatores socioeconômicos e demográficos que permeiam essa associação como também encontrado em outros estudos além de outras condições como saúde mental da mãe, renda familiar, apoio social, exposição à VPI, questões culturais, etc.

Apesar de algumas limitações, a relevância do estudo é de colaborar com a identificação de fatores de risco para execução de práticas educativas maternas violentas e para os transtornos comportamentais e emocionais das crianças, além de contribuir com estudos a serem desenvolvidos na área de educação parental e psicologia.

Finalmente, os resultados reforçam a necessidade de intervenções que promovam apoio parental e uso efetivo de disciplina não violenta na condução do processo educativo a fim de estabelecer relações mais saudáveis entre mães e filhos e minimizar os problemas emocionais e de comportamento da criança.

REFERÊNCIAS

- ALTAFIM, E. R. P.; MCCOY, D. C.; LINHARES, M. B. M. Relations between parenting practices, socioeconomic status, and child behavior in Brazil. **Children and Youth Services Review**, v. 89, p. 93–102, 2018.
- ALVARENGA, P.; MAGALHÃES, M. DE O.; GOMES, Q. DE S. Relações entre práticas educativas maternas e problemas de externalização em pré-escolares. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 1, p. 33–42, mar. 2012.
- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento social no terceiro ano de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 2, p. 191–199, 2009.
- ALYAHRI, A.; GOODMAN, R. Harsh corporal punishment of Yemeni children: Occurrence, type and associations. **Child Abuse and Neglect**, v. 32, n. 8, p. 766–773, 2008.
- APOSTOLICO, M. R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 895–901, 2012.
- APTER-LEVI, Y. et al. Maternal depression across the first years of life compromises child psychosocial adjustment; relations to child HPA-axis functioning. **Psychoneuroendocrinology**, v. 64, p. 47–56, 2016.
- ASSIS, S. G. DE. Crianças e Adolescentes Violentados : Passado , Presente e Perspectivas para o Futuro Abused Children and Adolescents : Past , Present , and Prospects for the. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 126–134, 1994.
- BAZON, M. R. et al. Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 71–84, 2010.
- BERLIN, L. J. et al. Correlates and Consequences of Spanking and Verbal Punishment for Low-Income White, African American, and Mexican American Toddlers. **Child Development**, v. 80, n. 5, p. 1403–1420, set. 2009.
- BITTAR, D. B. et al. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção de mães agressoras. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 771–778, 2012.
- BØE, T. et al. Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 42, n. 5, p. 705–715, 23 jul. 2014.
- BOLZE, S. D. A. et al. Táticas de resolução de conflitos conjugais e parentais em famílias sul-brasileiras. **Ciencias Psicológicas**, v. 13, n. 1, p. 67, 2 maio 2019.

BOMAN, F. et al. Comparing parent and teacher assessments of mental health in elementary school children. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 44, n. 2, p. 168–176, 2016.

BONFIM, C. B. et al. Um estudo sobre a validade de construto da Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC) em uma amostra populacional urbana do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2215–2226, nov. 2011.

BOWLBY, J. **Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo. vol 1.** 1ª edição ed. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

_____. **Cuidados maternos e Saúde mental.** 3ª edição ed. São Paulo, 1995.

BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Diário Oficial da União**, 1990.

_____. LEI Nº 13.010, DE 26 DE JUNHO DE 2014. **Diário Oficial da União**, 2014.

_____. **Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014.** 1. ed. Brasília, 2017.

BUTCHART, A. et al. Preventing Maltreatment: Child a guide to taking action and generating evidence. **World Health Organization**, v. VIII, p. 1–90, abr. 2006.

CARVALHO, J. C. N. et al. Cognitive, Neurobiological and Psychopathological Alterations Associated with Child Maltreatment: A Review of Systematic Reviews. **Child Indicators Research**, v. 9, n. 2, p. 389–406, 16 jun. 2016.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1129–1141, out. 2007.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. suppl 1, p. 9–21, abr. 2003.

DE LAAT, S. A. A. et al. Socioeconomic inequalities in psychosocial problems of children: Mediating role of maternal depressive symptoms. **European Journal of Public Health**, v. 28, n. 6, p. 1062–1068, 2018.

DOS SANTOS, L. M. et al. Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the city of Salvador, state of Bahia, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 1, p. 46–52, 2016.

DUNCOMBE, M. E. et al. The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 43, n. 5, p. 715–733, 2012.

DURIVAGE, N. et al. Parental use of corporal punishment in Europe: Intersection between public health and policy. **PLoS ONE**, v. 10, n. 2, p. 1–11, 2015.

FALESCHINI, S. et al. Associations of prenatal and postnatal maternal depressive symptoms with offspring cognition and behavior in mid-childhood: A prospective cohort study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 6, p. 1–11, 2019.

FANTINATO, A. C.; CIA, F. Habilidades sociais educativas paternas e comportamento infantil. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 79, p. 177–186, 24 nov. 2017.

FERNANDEZ, C. B.; TAVARES, L. F. T. F.; PINHEIRO, M. J. D. S. Enfrentamento da violência sexual de crianças e adolescentes pelo Legislativo no Amazonas/ Confronting sexual violence against children and adolescents by the Amazonas Legislative Assembly. **Argumentum**, v. 8, n. 2, p. 84, 2016.

FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, 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.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **BMJ**, v. 323, n. 7313, p. 599–600, 15 set. 2001.

FRANKLIN, M. et al. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–8, 2017.

GANDHI, M. K. **Sarvodaya: The Welfare of All**. [s.l.] Navajivan, 1969.

GARTLAND, D. et al. Intergenerational Impacts of Family Violence - Mothers and Children in a Large Prospective Pregnancy Cohort Study. **EClinicalMedicine**, v. 15, p. 51–61, 2019.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 6, p. 659–665, nov. 2012.

GÉLIS, J. **Historia Da Vida Privada 3: Da Renascença ao Século das Luzes**. 2009.

GERARDIN, P. et al. Depression during pregnancy: Is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 72, n. 3, p. 378–387, 2011.

GOMIDE, P. I. C. **Pais presentes, pais ausentes: Regras e limites**. 3ª ed. Petrópolis, 2004.

GOMIDE, P. I. C. et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades

sociais. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 169–178, dez. 2005.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de estilos parentais - IEP: Modelo teórico - manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis, 2006.

GOODMAN, A. et al. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 46, n. 4, p. 448–456, 2007.

GOODMAN, A.; GOODMAN, R. Population mean scores predict child mental disorder rates: validating SDQ prevalence estimators in Britain. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 52, n. 1, p. 100–108, jan. 2011.

GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 581–586, jul. 1997.

_____. The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 40, n. 5, p. 791–799, jul. 1999.

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, 11 jan. 2000.

GREENE, C. A. et al. Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. **Clinical Psychology Review**, v. 80, n. September 2019, p. 101891, 2020.

GRIP, K. K. et al. Children exposed to intimate partner violence and the reported effects of psychosocial interventions. **Violence and Victims**, v. 28, n. 4, p. 635–655, 2013.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231–241, 1980.

HECKER, T. et al. Corporal punishment and children's externalizing problems: A cross-sectional study of Tanzanian primary school aged children. **Child Abuse and Neglect**, v. 38, n. 5, p. 884–892, 2014.

HILDYARD, K. L.; WOLFE, D. A. Child neglect: developmental issues and outcomes☆. **Child Abuse & Neglect**, v. 26, n. 6–7, p. 679–695, 1 jun. 2002.

HOFFMAN, M. L. Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. **Developmental Psychology**, v. 11, n. 2, p. 228–239, 1975.

_____. Development of moral thought, feeling, and behavior. **American Psychologist**, v. 34, n. 10, p. 958–966, 1979.

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, n. 5, p. 453–459, maio 2014.

KAIRYS, S. W.; JOHNSON, C. F. The Psychological Maltreatment of Children--Technical Report. **PEDIATRICS**, v. 109, n. 4, p. e68–e68, 1 abr. 2002.

KEMPE. et al. The Battered-Child Syndrome. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 181, n. 1, p. 17, 7 jul. 1962.

KLOSTERMANN, K.; KELLEY, M. L. Alcoholism and intimate partner violence: Effects on children's psychosocial adjustment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 6, n. 12, p. 3156–3168, 2009.

KNUDSEN, E. I. Sensitive Periods in the Development of the Brain and Behavior. **Journal of Cognitive Neuroscience**, v. 16, n. 8, p. 1412–1425, out. 2004.

KRUG, E. G. et al. World report on violence and health . Geneva, World Health Organization. **Le Journal médical libanais. The Lebanese medical journal**, v. 51, n. 2, p. 59–63, 2002.

LANG, J. M.; STOVER, C. S. Symptom patterns among youth exposed to intimate partner violence. **Journal of Family Violence**, v. 23, n. 7, p. 619–629, 2008.

LINS, T. et al. Problemas externalizantes e agressividade infantil: uma revisão de estudos brasileiros. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 3, p. 57–75, 2012.

LINS, T.; ALVARENGA, P. Controle Psicológico Materno e Problemas Internalizantes em Pré-Escolares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 311–319, set. 2015.

LINS, T. C. DE S. O Impacto das Práticas de Socialização Emocional sobre os Problemas Internalizantes na Infância. 2018.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 40, n. 8, p. 622–627, 16 ago. 2005.

MACKENZIE, M. J. et al. Corporal Punishment and Child Behavioural and Cognitive Outcomes through 5 Years of Age: Evidence from a Contemporary Urban Birth Cohort Study. **Infant and Child Development**, v. 21, n. 1, p. 3–33, jan. 2012.

- MAGALHÃES, J. R. F. DE et al. Intra-family violence: experiences and perceptions of adolescents. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1–7, 2017.
- MEADOWS, P. et al. The costs and consequences of child maltreatment: literature review for the NSPCC. **National Institute of Economic and Social Research**, 2011.
- MINAYO, M. C. DE S. Violence against children and adolescents: a social and a health problem. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 1, n. 2, p. 91–102, 2001.
- MONTEIRO, E. M. L. M. et al. Violência contra criança e adolescente: Rompendo o silêncio. **Revista Rene**, v. 10, n. 3, p. 107–116, 2009.
- MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes : do espaço privado à cena pública. **O Social em Questão**, v. 28, p. 13–26, 2012.
- NWABUZOR OGBONNAYA, I.; KEENEY, A. J.; VILLODAS, M. T. The role of co-occurring intimate partner violence, alcohol use, drug use, and depressive symptoms on disciplinary practices of mothers involved with child welfare. **Child Abuse and Neglect**, v. 90, n. February, p. 76–87, 2019.
- PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. Práticas Educativas e Intervenção com Pais: A Educação como Proteção ao Desenvolvimento dos Filhos. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 29–40, 30 jun. 2013.
- PERUHYPE, R. C.; HALBOTH, N. V.; ALVES, P. A. B. Uso da violência doméstica como prática educativa: conhecendo a realidade em Diamantina – MG/ Brasil. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 1, p. 170–178, 2011.
- PINTO JUNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES, V.; SANTOS, J. G. DOS. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 124–131, jun. 2015.
- PINTO, R. J. et al. Psychological Distress and Posttraumatic Stress Symptoms: The Role of Maternal Satisfaction, Parenting Stress, and Social Support Among Mothers and Children Exposed to Intimate Partner Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 34, n. 19, p. 4114–4136, 2019.
- PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42–49, 2005.
- POLLAK, S. D. Multilevel developmental approaches to understanding the effects of child maltreatment: Recent advances and future challenges. **Development and Psychopathology**,

v. 27, n. 4pt2, p. 1387–1397, 4 nov. 2015.

POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro, 1999.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1701–1712, dez. 2003.

_____. Psychometric properties of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales: Parent-child Version (CTSPC) used to identify child abuse. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 503–515, 2006.

REYES, A. N. et al. Emotional and behavioral problems in children of depressed mothers: a school-based study in Southern Brazil. **Psychology, Health and Medicine**, v. 24, n. 1, p. 14–20, 2019.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL DE MOURA, M. L. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 315–322, 2004.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. DAS G. C.; REIS, J. N. DOS. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 456–464, abr. 2004.

SAMPAIO, I. T. A. Inventário de Estilos Parentais (IEP): um novo instrumento para avaliar as relações entre pais e filhos. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 125–126, jun. 2007.

SANTOS, H.; PACHECO, M. Factores de Risco ao Desenvolvimento da Criança: da Visão Biomédica à Visão Psicossocial. **The 4th International Congress on University-Industry Cooperation**, p. 2–18, 2012.

SCHERER, E.; SCHERER, Z. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 22–29, 2000.

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, 2007.

SEDLAK, A. J. et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4). **Report to Congress**, 2010.

SILVA, J. M. M. DA; LIMA, M. DE C.; LUDERMIR, A. B. Intimate partner violence and maternal educational practice. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 34, 2017.

SILVA, E. et al. Mental health of children exposed to intimate partner violence against their

mother: A longitudinal study from Brazil. **Child Abuse & Neglect**, v. 92, n. 1, p. 1–11, 2019.

_____. **Desenvolvimento Psicossocial de Crianças Expostas à Violência contra a Mãe cometida por Parceiro Íntimo**. **Desenvolvimento Psicossocial de Crianças Expostas à Violência contra a mãe cometida por Parceiro Íntimo**. 2016.

_____. Intimate partner violence during pregnancy and behavioral problems in children and adolescents: a meta-analysis. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 94, n. 5, p. 471–482, 2018.

SLACK, K. S. et al. Understanding the Risks of Child Neglect: An Exploration of Poverty and Parenting Characteristics. **Child Maltreatment**, v. 9, n. 4, p. 395–408, 25 nov. 2004.

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 and Family Psychology Review**, v. 13, n. 3, p. 254–274, 30 set. 2010.

STRAUS, M. A. et al. Identification of child maltreatment with the parent-child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. **Child Abuse and Neglect**, v. 22, n. 4, p. 249–270, 1998.

STÜLB, K. et al. Prevalence and Predictors of Behavioral Problems in Healthy Swiss Preschool Children Over a One Year Period. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 50, n. 3, p. 439–448, 27 jun. 2019.

SVEVO-CIANCI, K. A.; HART, S. N.; RUBINSON, C. Protecting children from violence and maltreatment: A qualitative comparative analysis assessing the implementation of U.N. CRC Article 19. **Child Abuse & Neglect**, v. 34, n. 1, p. 45–56, jan. 2010.

TAYLOR, C. A. et al. Intimate Partner Violence, Maternal Stress, Nativity, and Risk for Maternal Maltreatment of Young Children. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 175–183, jan. 2009.

TORRES, E. A. et al. O que pensam os pais sobre a violência infantil. **Journal Health Science**, v. 33, n. 2, p. 160–163, 2015.

VAN DEN BERGH, B. R. H. et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, n. July, 2017.

VENTURINI, F. P.; BAZON, M. R.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Família e Violência na Ótica de Crianças e Adolescentes Vitimizados. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 20–33, 2004.

VITOLLO, 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, out. 2005.

WEBER, L. **Eduque com carinho: equilíbrio entre amor e limites**. 22^a ed. Curitiba, 2012.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 2, p. 227–237, ago. 2004.

WITT, A. et al. The Cycle of Violence: Examining Attitudes Toward and Experiences of Corporal Punishment in a Representative German Sample. **Journal of Interpersonal Violence**, p. 1–24, 27 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. European report on preventing child maltreatment. 2017.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (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. Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). 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 6 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 – email: cepccs@ufpe.br).**

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____,
 abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como
 voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) 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:

ANEXO B – 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?	_____ _____
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. Enteadado 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. Enteadado 19. Enteadada 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 []	

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) ?	<p>Dia [] []</p> <p>Mês [] []</p> <p>Ano [] [] []</p> <p>Não sabe o ano 9999</p>	
118	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [] []	
119	Em que religião você foi criada?	<p>00. NÃO TEM RELIGIÃO</p> <p>01. CATÓLICA</p> <p>02. PROTESTANTE</p> <p>03. ESPÍRITA</p> <p>04. UMBANDA / CANDOBLE</p> <p>05. OUTRA..... (Especificar)</p>	
120	Atualmente, você frequenta alguma religião ou culto?	<p>00. NÃO TEM RELIGIÃO ⇒ passe para Q.122</p> <p>01. CATÓLICA</p> <p>02. PROTESTANTE</p> <p>03. ESPÍRITA</p> <p>04. UMBANDA / CANDOBLE</p> <p>05. OUTRA..... (Especificar)</p> <p>88. Não Aplicável</p>	
121	Com que frequência você frequentou culto religioso nas duas últimas semanas?	<p>Nº DE VEZES [] []</p> <p>Não aplicável ‘88’</p>	
122	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	<p>01. BRANCA</p> <p>02. PRETA</p> <p>03. PARDA</p> <p>04. AMARELA</p> <p>05. INDÍGENA</p> <p>89. Não quis responder</p> <p>99. Não sabe</p>	
123	Você tem livros em casa?	<p>00. Não</p> <p>01. Sim</p>	
124	Você sabe ler e escrever?	<p>00. Não ⇒ passe para Q.126</p> <p>01. Sim</p>	
125	Você lê para seu(s) filho(s)?	<p>00. Não</p> <p>01. Sim</p>	
126	Você já frequentou a escola?	<p>00. Não ⇒ passe para Q.129</p> <p>01. Sim</p>	

127	Você está estudando?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
128	Qual a última serie e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. (CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).	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? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	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 ⇒ passo para Q.133 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADA DOMÉSTICA DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] [] dias ⇒ passo para Q.133 04. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA ⇒ passo para Q.133 05. EMPREGADORA ⇒ passo 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? (INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE)	NÚMERO DE MARIDOS / COMPANHEIROS [][] ⇒ 00 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? (MARQUE NO BOX B)	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)?	01. Não 02. 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 ⇒ passo para Q.142 88. Não aplicável (quando a Q.133 tiver resposta 01 ou 00)	
140	Qual o motivo que levou este seu último casamento ou relacionamento a terminar? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	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	O que você bebe ou bebia mais? (APENAS UMA RESPOSTA)	01. CERVEJA 02. CACHAÇA 03. RUM 04. WHISKY 05. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

149	Com que frequência você bebe ou bebia? 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	
150	Nos dias em que você toma bebida alcoólica, você costuma tomar quantas doses ou copos?	Número de doses / copos /dia [] [] Não aplicável.....88 Não quis responder89	
151	Você usa ou usou algum tipo de droga nos últimos 7 anos?	00. Nunca usou ⇒ passe para a SEÇÃO 2 01. Sim, usa. 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder ⇒ passe para a SEÇÃO 2	
152	Qual tipo de droga você usa ou usou? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	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	
153	Com que frequência você usa ou usou droga? 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. OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

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.

01	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..... [][]
02	Em que lugar você conheceu o seu companheiro atual / ultimo 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
03	Quantos anos seu marido / companheiro / namorado fez no último aniversário dele? Verifique a idade aproximada.	ANOS[][] Não Sabe '99'

04	<p>Em que ano ele nasceu?</p> <p>Explore: Você sabe o mês de aniversário dele?</p>	<p>Mês [][] ANO [][][][]</p> <p>Não Sabe. '99' '9999'</p>
05	<p>Ele sabe ler e escrever?</p>	<p>00. Não ⇒ passa para Q.207</p> <p>01. Sim</p> <p>99. Não Sabe ⇒ passa para Q.207</p>
06	<p>Qual o último grau e série que ele completou na escola?</p> <p><i>(MARQUE O GRAU MAIS ALTO)</i></p>	<p>01. Ensino Infantil _____</p> <p>02. Ensino Fundamental _____</p> <p>03. Ensino Médio _____</p> <p>04. Ensino Técnico _____</p> <p>05. Universitário Incompleto _____</p> <p>06. Universitário Completo _____</p> <p>Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [][]</p> <p>88. Não aplicável</p> <p>99. Não sabe</p>
07	<p>Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a cor ou raça do seu marido / companheiro?</p>	<p>01. BRANCA</p> <p>02. PRETA</p> <p>03. PARDA</p> <p>04. AMARELA</p> <p>05. INDÍGENA</p> <p>99. Não sabe</p>
08	<p>Atualmente seu marido / companheiro / namorado está?</p> <p><i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE:</i></p> <p><i>Durante o relacionamento de vocês ele estava empregado....?)</i></p>	<p>01. EMPREGADO ⇒ passa para Q.210</p> <p>02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA</p> <p>03. EMPREGADO DOMÉSTICO DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [][] dias ⇒ passa para Q.210</p> <p>04. EMPREGADO DOMÉSTICO MENSALISTA ⇒ passa para Q.210</p> <p>05. EMPREGADOR</p> <p>06. APOSENTADO ⇒ passa para Q.210</p> <p>07. DESEMPREGADO</p> <p>08. SEM OCUPAÇÃO</p> <p>09. ESTUDANTE ⇒ passa para Q.210</p> <p>10. FAZENDO BISCAITE (BICO)</p> <p>11. Outro:.....</p> <p>89. Não quis responder</p> <p>88. Não aplicável</p>
09	<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</p> <p>02. DE 4 SEMANAS A 12 MESES</p> <p>03. MAIS QUE 12 MESES</p> <p>04. NUNCA TEVE EMPREGO</p> <p>88. Não aplicável</p> <p>99. Não sabe</p>

10	<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> <p>_____</p>
11	<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>
12	<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>
13	<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>
14	<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>
15	<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>
16	<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>

		<u>NÃO</u> <u>SIM</u>
17	<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>	<p>01. PROBLEMAS COM DINHEIRO 00 01 02. PROBLEMAS FAMILIARES 00 01 03. OUTROS: _____ 00 01</p> <p>_____</p> <p>88. Não aplicável 89. Não quis responder</p>
18	<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>
19	<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></p> <p>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>
20	<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>
21	<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>
22	<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>

23	O seu marido / companheiro teve filhos com outra mulher durante o relacionamento com você?	00. Não 01. Sim 02. Pode ser 88. Não aplicável 99. Não sabe
24	Durante esse relacionamento, você teve algum envolvimento com outra pessoa que incluíse sexo?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder
25	Seu marido / companheiro chegou a saber que você teve relações sexuais com outra pessoa?	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

SEÇÃO 5 – SAÚDE MENTAL (SRQ -20)

As próximas perguntas são relacionadas com outros problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas **últimas 4 semanas**. Se você teve problemas nas **últimas 4 semanas**, responda SIM. Se não, responda NÃO.

501			NÃO	SIM
	a) Tem dores de cabeça frequentes?	a) Dor de cabeça	00	01
	b) Tem falta de apetite?	b) Falta de apetite	00	01
	c) Dorme mal?	c) Dorme mal	00	01
	d) Assusta-se com facilidade?	d) Assusta-se	00	01
	e) Tem tremores nas mãos?	e) Mãos trêmulas	00	01
	f) Sente-se nervosa, tensa, preocupada?	f) Nervosa	00	01
	g) Tem má digestão?	g) Má digestão	00	01
	h) Tem dificuldade em pensar com clareza?	h) Dificuldade em pensar	00	01
	i) Tem se sentido triste ultimamente?	i) Triste	00	01
	j) Tem chorado mais que de costume?	j) Chora muito	00	01
	k) Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?	k) Dificuldades Atividades diárias	00	01
	l) Tem dificuldade para tomar decisões?	l) Dificuldade decisões	00	01
	m) Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	m) Dificuldade serviço	00	01
	n) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	n) Sem papel útil	00	01
	o) Tem perdido o interesse pelas coisas?	o) Sem interesse	00	01
	p) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	p) Inútil / Tudo o que faz dá errado	00	01
	q) Tem tido a ideia de acabar com a vida?	q) Por fim à vida	00	01
	r) Sente-se cansada o tempo todo?	r) Sente-se cansada	00	01
	s) Tem sensações desagradáveis no estômago?	s) Problemas Estomacais	00	01
	t) Você se cansa com facilidade?	t) Cansaço	00	01

SEÇÃO 7 – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO NOS ÚLTIMOS 7 ANOS E NOS ÚLTIMOS 12 MESES E OUTROS AGRESSORES			
B) 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?			
01	Geralmente, você e o seu (atual ou mais recente) marido / companheiro conversam sobre os seguintes assuntos?	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
		00	01
		00	01
	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		
	d) AS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS DELE		
02	No relacionamento com seu (atual ou mais recente) marido / companheiro, com que frequência vocês brigam / brigavam?	a. .RARAMENTE (menos de 1 vez / mês) b. .ALGUMAS VEZES (Entre 1 e 3 vezes / mês) c. .FREQUENTEMENTE (1 ou mais vezes / semana)	
03	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.	00	01
	h) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE TRABALHAR	00	01
	i) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE ESTUDAR	00	01

ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE A CRIANÇA

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:	
	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	

SEÇÃO 16 A

ESCALA DE CONFLITOS: VERSÃO MÃE-CRIANÇA

Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC)

Nesta seção perguntaremos sobre o seu relacionamento com _____ (nome da criança).

“Crianças muitas vezes fazem coisas erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. Eu gostaria de saber o que você costuma fazer quando (nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz você ficar irritada ou zangada. Eu vou ler algumas coisas que você pode ter feito nessas horas. “Eu gostaria de saber se, nos últimos 12 meses essas coisas aconteceram...”

Caso tenha dito que já praticou algum dos atos abaixo e no momento do questionamento, ela negar que praticou, perguntar “Mas você não disse agora a pouco que fazia tal coisa?”

1601 A	Você acha (nome da criança) muito	00. Não 01. Sim
--------	-----------------------------------	--------------------

	levado?	
“NOS ÚLTIMOS DOZE MESES, QUANDO (NOME DA CRIANÇA) FAZ ALGUMA COISA ERRADA...”		
1602 A	Você explicou a (nome da criança) porque o que ele/a estava fazendo estava errado?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1603 A	Você colocou ele/a de castigo do tipo: mandou ele ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1604 A	Você sacudiu (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1605 A	Você bateu no bumbum dele/a com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1606 A	Você deu a ele/a) outra coisa para fazer em vez daquilo que ele/a estava fazendo de errado?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1607 A	Você falou alto, berrou ou gritou com (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
“NOS ÚLTIMOS DOZE MESES, QUANDO (NOME DA CRIANÇA) FAZIA ALGUMA COISA ERRADA...”		
1608 A	Você bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele/a? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1609 A	Você deu uma palmada no bumbum de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez

1610 A	Você agarrou ele/a pelo pescoço e o(a) sacudiu? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1611 A	Você xingou ou praguejou, quer dizer, rogou praga, contra ele/a? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1612 A	Você bateu muito em (nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que a Sra.V. conseguiu? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1613 A	Você disse alguma vez que iria expulsar ele/a de casa ou enxotá-lo(a) para fora de casa? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1614 A	Você queimou (nome da criança) ou derramou líquido quente nele(a) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1615 A	Você ameaçou dar um tapa nele(a), mas não deu? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
“NO ÚLTIMO ANO QUANDO (NOME DA CRIANÇA) <u>FAZIA</u> ALGUM MALFEITO...”		
1616 A	Você bateu em alguma parte do corpo dele(a) diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1617 A	Você deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1618 A	Você tirou as regalias dele(a) ou o(a) deixou sem sair de casa?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez

1619 A	Você deu beliscão em (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1620 A	Você o(a) ameaçou com uma faca ou arma? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1621 A	Você jogou (nome da criança) no chão? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
1622 A	Você o(a) chamou de estúpido(a), burro(a), preguiçoso(a) ou de outra coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	0 Não aconteceu 1 Aconteceu uma vez 2 Aconteceu mais de uma vez
1623 A	Você deu um tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?	0. Não aconteceu 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez

1624 A	Você teve companheiro nos últimos 12 meses?	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 parece estranha.

Dê suas respostas com base no comportamento da criança **nos últimos seis meses** o

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	