



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Daniela Porto Faus

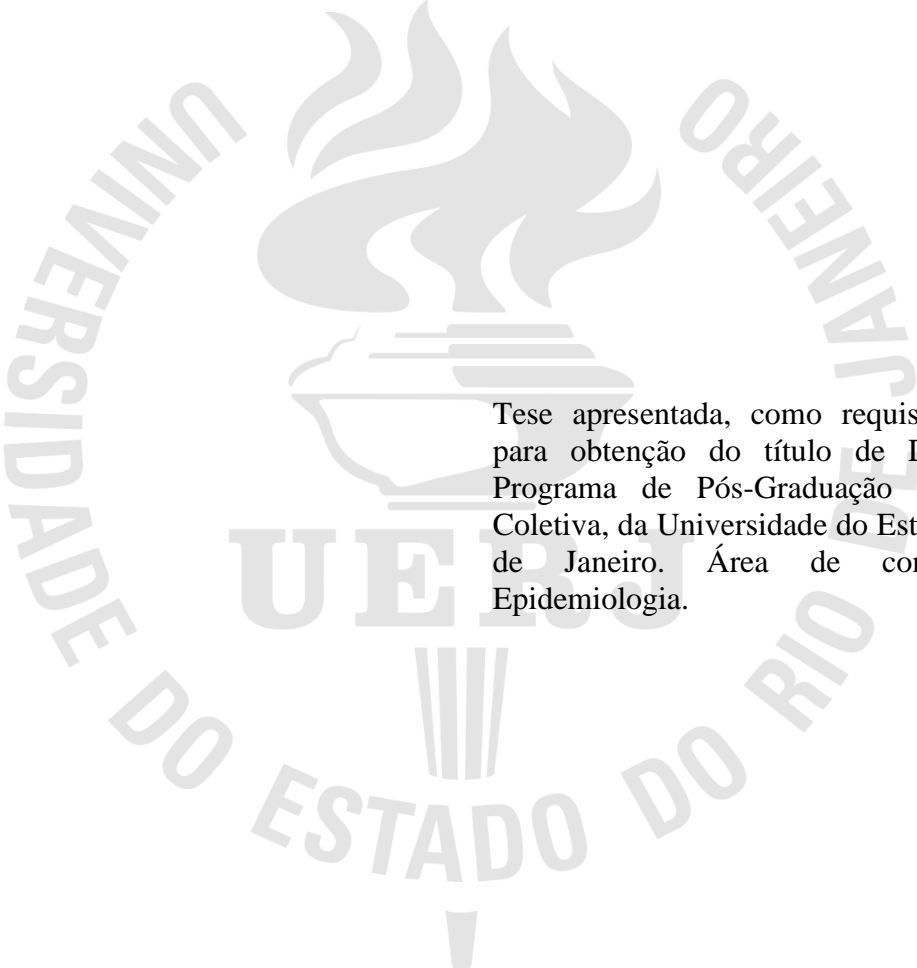
**Violência familiar na infância, violência no namoro e saúde mental na  
adolescência**

Rio de Janeiro

2022

Daniela Porto Faus

**Violência familiar na infância, violência no namoro e saúde mental na  
adolescência**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Leite de Moraes

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F267	Faus, Daniela Porto
	Violência familiar na infância, violência no namoro e saúde mental na adolescência / Daniela Porto Faus. – 2022. 228 f.
	Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Claudia Leite de Moraes
	Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.
	1. Violência familiar – Teses. 2. Violência por parceiro íntimo – Teses. 3. Saúde mental – Teses. 4. Maus-tratos infantis – Teses. 5. Adolescente – Teses. I. Moraes, Claudia Leite de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.
	CDU 616.89-008.444.9

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Daniela Porto Faus

**Violência familiar na infância, violência no namoro e saúde mental na adolescência**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 28 de abril de 2022

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Leite de Moraes (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Lopes  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

---

Prof. Dr. Michael E. Reichenheim  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Zila van der Meer Sanchez  
Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marcia Castro  
Department of Global Health and Population –  
Harvard T.H. Chan School of Public Health

Rio de Janeiro

2022

## **DEDICATÓRIA**

A todas as crianças e adolescentes que ainda são vítimas de violência.  
A todos os adolescentes que participaram da pesquisa.  
Que esta tese seja mais um grão na construção de uma infância sem violência.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à CAPES/ PRINT – PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INTERNACIONALIZAÇÃO pelo apoio financeiro para realização do período Sanduíche na *Harvard T.H Chan School of Public Health*.

Quero de agradecer à minha orientadora, a professora Claudia Leite de Moraes, pela orientação, carinho e paciência.

À professora Marcia Castro por me receber e supervisionar durante o Doutorado Sanduíche. Nunca vou me esquecer deste período.

Aos professores do PIEVF Emanuelle Marques, Michael Reichenheim e Evandro Coutinho, pela atenção e contribuições ao longo de meu percurso neste grupo de pesquisa.

Às colegas do PIEVF e do IMS que fizeram com que o trabalho fosse cada vez mais prazeroso. Em especial, Deylane Lourenço, Fernanda Lima, Aline Costa e Claudia Miliauskas que estão comigo desde o mestrado!

Aos professores do programa de Epidemiologia. Aprendemos muito e vamos continuar usando as aulas para futuras referências.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa. Obrigada pela atenção e pelas contribuições.

Aos técnicos da informática, à secretaria e a todos os funcionários do IMS. Obrigada pela paciência que vocês têm com cada aluno, principalmente nesse período de pandemia que não está sendo fácil.

Às minhas colegas de trabalho na UFRJ, Camila Haddad, Gabriela Simão, Luciana Ferreira, Mariana Rabello, Paula Maues, Raquel Boff e Ana Cristina Cunha. Obrigada pela compreensão e apoio nesta fase.

Aos amigos que fiz durante o período sanduíche do doutorado (BACURADA). Vocês fizeram esta experiência ser mais especial ainda!

Gostaria de agradecer à minha família que sempre investiu em mim com dedicação, carinho e educação, criando bases sólidas para que eu chegasse até aqui. Obrigada à minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão.

O meu muito obrigada ao meu companheiro Vinícius, que soube sempre entender as dificuldades dessa fase e que sempre teve uma palavra de sabedoria e conforto quando precisei.

Ao meu primeiro filho, Romeu, que está chegando.

No entanto, frente à opressão, ao saque e ao abandono, nossa resposta é a vida.

*Trecho do discurso de Gabriel García Márquez (Gabo), em 1982, ao aceitar o Nobel de Literatura.*

## RESUMO

FAUS, D. P. *Violência familiar na infância, violência no namoro e saúde mental na adolescência*. 2022. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O objetivo geral desta tese foi conhecer as magnitudes e os padrões das violências no namoro na adolescência (VNA) e das violências familiares na infância (VFI), as repercussões da VFI nos diferentes padrões de VNA, bem como as relações entre os padrões de VFI e a saúde mental na adolescência. O objetivo geral suscitou três objetivos específicos, cada um explorado em um manuscrito. Os dados usados na tese derivaram da pesquisa “Estupro de vulnerável e outras violências contra adolescentes e jovens do sexo feminino”, desenvolvida em 2017 e 2018 que contou com a participação de 721 estudantes de escolas públicas e privadas da IX Região Administrativa (RA) do Rio de Janeiro. Para identificar a VNA, a VFI e estimar a saúde mental, usou-se respectivamente as versões brasileiras do instrumento *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory* (CADRI), do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e do *General Health Questionnaire* (GHQ-12). As estratégias de análise de dados variaram em função dos diferentes objetivos/manuscritos. O manuscrito 1 estimou as magnitudes de exposição e perpetração das VNA entre os escolares da IX RA do município do Rio de Janeiro. A prevalência de vitimização variou de 16,7% (sexual) a 94,6% (emocional). A prevalência de perpetração variou entre 9,9% (sexual) e 94,6% (emocional). Os adolescentes que relataram serem vítimas de violência na infância, os que vivem em áreas violentas e os que consomem bebidas alcoólicas com maior frequência tiveram maior prevalência de VNA. Os manuscritos 2 e 3 utilizaram análises de classes latentes (ACL) para identificar os padrões de VNA (manuscrito 2) e o padrão de VFI (manuscrito 3) com base na agregação de indivíduos em classes, caracterizadas em função da probabilidade de endosso aos diferentes itens dos instrumentos CADRI e CTQ. Além da identificação destes padrões, buscou-se utilizar as classes estimadas em modelos causais aferindo os efeitos das dimensões de VFI para os padrões de VNA (manuscrito 2) e das classes de VFI para a saúde mental dos adolescentes (manuscrito 3). No manuscrito 2, identificou-se três classes latentes de VNA entre meninas e meninos. O abuso sexual na infância aumentou a chance de pertencer à classe mais grave de vitimização de VNA entre as meninas (OR = 5,72; IC 95% = 2,51-13,06). Os abusos emocionais (OR=5,97; IC 95% = 1,95-18,30) e físicos (OR=3,16; IC 95%=1,07-9,34) aumentaram as chances de classificar os meninos na classe mais grave de perpetração de VNA. A ACL do manuscrito 3 também identificou três classes de violência familiar na infância, tanto em meninas, como em meninos. Apesar de várias semelhanças entre as classes dos dois sexos, as meninas foram mais vítimas de abuso sexual e os meninos de punição corporal (castigo físico). Pertencer à classe mais grave de VFI aumentou os escores do GHQ-12 em 2 a 3 pontos quando comparados às classes mais brandas de violência. A partir destes resultados e com as discussões trazidas pelos três manuscritos, espera-se que esta tese tenha contribuído tanto com as discussões temáticas das violências, como apresentado alguns avanços metodológicos no campo da análise epidemiológica. Com relação aos primeiros aspectos, mais uma vez, evidenciou-se que a violência entre pais e filhos é um problema de saúde pública, por sua alta frequência e relações diretas e específicas com a violência no namoro de adolescentes; ampliou-se também os debates sobre a relação entre as violências e o gênero, na medida em que tanto as prevalências como os padrões de violência diferem entre meninos e meninas desde a infância; identificou-se padrões de violência que mostram que a vivência de diferentes tipos de abuso é a situação mais frequente entre crianças e adolescentes; percebeu-se que as repercussões das violências contra crianças na saúde mental



de adolescentes dependem do padrão de coocorrência das diferentes formas de vitimização infantil. Com relação aos avanços metodológicos, a tese é inovadora por propor, pela primeira vez no Brasil, a utilização de ACL para caracterizar as violências contra crianças e em relacionamentos amorosos de adolescentes. Ademais, a tese avança ao articular a identificação de padrões de violência via análise de classes latentes com seus fatores de risco e consequências, ampliando as possibilidades de inferência dos modelos.

Palavras-chave: Violência entre parceiros íntimos. Abuso infantil. Adolescente. Saúde mental.

Análise de classes latentes. Gráficos acíclicos direcionados.

## ABSTRACT

FAUS, D. P. *Family violence against children, dating violence and adolescent mental health*. 2022. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The main objective of this thesis was to know the magnitudes and patterns of dating violence in adolescence (DV) and family violence against children (VAC), the repercussions of on different DV patterns, and the relationship of VAC patterns to health mentality in adolescence. The general objective raised three specific goals. Each one was explored in one manuscript. The data used in the thesis were derived from the research “Rape of the vulnerable and other violence against female adolescents and young people”, developed in 2017 and 2018, with 721 students from public and private schools in the IX Administrative Region (AR) of Rio de Janeiro. The Brazilian versions of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI) instrument, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and the General Health Questionnaire (GHQ-12) were used to identify DV, VAC and to estimate mental health trends respectively. Data analysis strategies varied according to different objectives/manuscripts. Manuscript 1 estimated the magnitudes of exposure and perpetration of DV among students from the IX AR in Rio de Janeiro. The estimated victimization prevalence ranged from 16.7% (sexual) to 94.6% (emotional). The prevalence of perpetration ranged from 9.9% (sexual) to 94.6% (emotional). Adolescents who reported child abuse, those living in violent areas, and those who consumed alcohol more frequently had a higher prevalence of DV. Manuscripts 2 and 3 used latent classes analysis (LCA) to identify the DV patterns (manuscript 2) and the VAC pattern (manuscript 3) based on the aggregation of individuals into classes, characterized according to the probability of endorsement to the different items from the CADRI and CTQ instruments. In addition to identifying these patterns, we sought to use the estimated classes in causal models, assessing the effects of the VAC dimensions for the DV patterns (manuscript 2) and the VAC classes for adolescents' mental health (manuscript 3). In manuscript 2, three latent classes of DV were identified among girls and boys. Childhood sexual abuse increased the chance of belonging to the most severe class of DV victimization among girls (OR = 5.72; 95% CI = 2.51-13.06). Emotional (OR=5.97; 95% CI = 1.95-18.30) and physical (OR=3.16; 95% CI=1.07-9.34) abuse increased the chances of classifying boys in the most severe class of DV perpetration. The LCA of manuscript 3 also identified three classes of VAC, both in girls and boys. Despite several similarities between the classes of the two sexes, girls suffered more with sexual abuse and boys with corporal punishment (physical punishment). Belonging to the most severe class of VAC increased the GHQ-12 scores by 2 to 3 points compared to the milder classes of violence. Based on these results and with the discussions brought by the three manuscripts, it is expected that this thesis has contributed both to the thematic discussions of violence and presented some methodological advances in the field of epidemiological analysis. Regarding the first aspect, once again, it is evident that violence between parents and children is a public health problem due to its high frequency and direct and specific relationship with violence in adolescents' dating. Debates on the relationship between violence and gender have expanded, as both the prevalence and patterns of violence differ between boys and girls since childhood; patterns of violence were identified that indicate that experiencing different types of abuse is the most frequent situation among children and adolescents, and it was noticed that the repercussions of violence against children on the mental health of adolescents depend on the pattern of co-occurrence of different forms of child victimization. Regarding methodological

advances, the thesis is innovative as it proposes the use of LCA to characterize VAC and DV for the first time in Brazil. Furthermore, the thesis advances by articulating the identification of patterns of violence via the analysis of latent classes with their risk factors and consequences, expanding the possibilities of inference from the models.

**Keywords:** Intimate partner violence. Child abuse. Adolescent. Mental health. Latent class analysis. Direct acyclic graphs.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo <u>Ecobiodesenvolvimentista</u> (Ecobiodevelopmental Model).....	33
Figura 2 -	Modelo conceitual da VPI.....	41
Figura 3 -	Caminhos da violência familiar na infância para comportamentos internalizantes ou externalizantes mediados pelos efeitos do cortisol.....	52
Figura 4 -	Mapa do Município do Rio de Janeiro. Em destaque: IX Região Administrativa.....	64
Figura 5 -	Esquema de classificação de para interpretação do Fator de Bayes.....	73
Figura 6 -	Gráfico acíclico direcionado: relação entre violência familiar contra criança e classes latentes de violência no namoro.....	76
Figura 7 -	Gráfico Acíclico Direcionada (GAD): relações entre classes latentes de violência na infância e saúde mental na adolescência.....	79
Figure 8 -	Directed acyclic diagram (DAG). Relationship between violence against children (VAC) and dating violence.....	118
Figure 9 -	Latent profile plot of dating violence among girls.....	124
Figure 10 -	Latent profile plot of dating violence among boys.....	125
Box 1 -	Summary of characteristics and labels of the latent classes of dating violence among girls and boys.....	127
Figure 11-	Directed acyclic diagram (DAG). Relationship between child abuse and neglect (CAN) and mental health.....	149
Figure 12 -	Latent profile plot of child abuse and neglect among girls.....	153
Figure 13 -	Latent profile plot of child abuse and neglect among boys.....	154
Figura 14 -	Exemplo do IMP no <i>MPlus</i> para estimação de três classes latentes....	197
Figura 15 -	Exemplo do IMP no <i>MPlus</i> para inclusão das variáveis auxiliares v1 a v5 no modelo de classes latentes usando o método automático de três passos.....	198

## LISTA DE TABELAS

Table 1 -	Sociodemographic characteristics, child abuse, community violence, and alcohol consumption among adolescent students in Rio de Janeiro, Brazil.....	90
Table 2 -	Prevalence of victimization and perpetration of dating violence in the total sample and stratified by sex among adolescent students.....	92
Table 3 -	Prevalence of victimization from dating violence according to subgroups among adolescent students from Rio de Janeiro, Brazil.....	94
Table 4 -	Prevalence of perpetration of dating violence according to subgroups among adolescent students from Rio de Janeiro, Brazil.....	98
Table 5 -	Sociodemographic, family composition and child abuse profiles.....	120
Table 6 -	Fit Indices for the Latent Class Analysis of Dating Violence for girls and boys.....	122
Table 7 -	Relationship between types of child abuse (exposures) and dating violence latent class violence among adolescents (outcome). School-based survey (IX-Administrative Region of the municipality of Rio de Janeiro, Brazil).....	129
Table 8 -	Sociodemographic, family composition, and school characteristics. School-based survey (IX-AR of the municipality of Rio de Janeiro, Brazil).....	150
Table 9 -	Fit Indices for the Latent Class Analysis of Child Abuse and Neglect for girls and boys.....	152
Table 10	Relation between Latent Classes of child abuse and neglect (exposure) and mental health among adolescents (outcome). School-based survey (IX-AR of the municipality of Rio de Janeiro, Brazil).....	155

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACL	Análise de classes latentes
AIC	Akaike information criterion
AR	Administrative Region
BF	Bayes Factor
BIC	Bayesian information criterion
BLRT	Bootstrap Likelihood Ratio
BRL	Brazilian Real
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação ética
CADRI	Conflict in Adolescent Dating Inventory
CAFT	Centro de Avaliação Física e Treinamento
CAN	Child abuse and neglect
CCEB	CrITÉrios de Classificação Econômica Brasileira
CCEB	Brazilian Economic Classification Criteria
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMD	Common mental disorders
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
CTS	Conflict Tactics Scale
DAG	Directed acyclic diagram
DV	Dating violence
EA	Emotional Abuse
EAI	Experiência Adversa na Infância
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EM	Emotional Neglect
FB	Fator de Bayes
GAD	Gráficos Acíclicos Direcionados
GHQ-12	General Health Questionnaire
HÁ	hipertensão arterial

HDI	Human development index
IC	Intervalo de Confiança
IMS	Instituto de Medicina Social
IPP	Instituto Pereira Passos
IPV	Intimate Partner Violence
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LCA	Latent Class Analysis
LCHD	Lifecourse Health Development
LIPAPS	Laboratório Interdisciplinar de pesquisa em Atenção Primária à Saúde
LMICs	Low- and middle-income countries
LPA	Latent profile analysis
LRT	Likelihood Ratio Test
MRL	Maximum likelihood estimator with robust standard errors
MS	Ministério da Saúde
NESSA	Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PA	Physical Abuse
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
PN	Physical Neglect
RA	Região Administrativa
AS	Sexual Abuse
SIC	Schwartz Information Criterion
SWIGs	Single world intervention graphs
TCLE	Termos de Consentimento Livre Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USD	United States Dollar
VAC	Violence against children
VFI	Violência familiar na infância
VJ	Violência Juvenil

VLMR	Lo-Mendell-Rubin likelihood
VNA	Violência no Namoro entre adolescentes
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos
WHO	World Health Organization



## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
1	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	23
1.1	<b>A relevância da Violência Familiar na Infância (VFI)</b> .....	23
1.1.1	<u>Definições, determinantes e magnitude das violências familiares contra a criança</u> .....	23
1.1.2	<u>Consequências das violências contra a criança na saúde de suas vítimas</u> .....	29
1.1.2.1	Modelos teóricos que nos auxiliam a compreender as repercussões da vitimização infantil.....	29
1.1.2.1.1	Teoria do apego.....	29
1.1.2.1.2	Teoria da aprendizagem social ou ciclo da violência.....	30
1.1.2.1.3	Modelo ecobiodesenvolvimentista (Ecobiodevelopmental model).....	32
1.1.2.2	Breve síntese sobre as repercussões da violência familiar contra criança na saúde física a curto e longo prazo.....	34
1.2	<b>Violências entre parceiros íntimos durante a adolescência</b> .....	35
1.2.1	<u>Magnitudes e Tipologias das violências nas relações de namoro</u> .....	36
1.2.2	<u>Teorias explicativas da violência entre parceiros íntimos durante a adolescência e em outros ciclos de vida</u> .....	43
1.2.3	<u>Algumas repercussões da violência no namoro na saúde de adolescentes e em seus relacionamentos amorosos futuros</u> .....	46
1.3	<b>Evidências empíricas das relações entre violência familiar na infância e violência no namoro</b> .....	47
1.4	<b>Evidências empíricas sobre as relações entre vitimização na infância e saúde mental</b> .....	51
2	<b>JUSTIFICATIVAS</b> .....	59
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	61
3.1	<b>Objetivo geral</b> .....	61

3.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	61
4	<b>PROCEDIMENTOS E MÉTODOS</b> .....	63
4.1	<b>Procedimentos e métodos relacionados ao estudo de fundo</b> .....	63
4.1.1	<u>Desenho e cenário de estudo</u> .....	63
4.1.2	<u>Plano amostral e seleção de participantes</u> .....	65
4.1.3	<u>Coleta de dados</u> .....	65
4.1.4	<u>Instrumento de coleta de dados</u> .....	66
4.1.5	<u>Questões Éticas</u> .....	66
4.2	<b>Procedimentos e métodos diretamente relacionados aos objetivos e produtos desta tese</b> .....	67
4.2.1	<u>Métodos relativos ao objetivo 1: Estimar a prevalência de perpetração e vitimização dos diferentes tipos de violência no namoro como um todo e em subgrupos</u> .....	67
4.2.1.1	Desenho de estudo.....	67
4.2.1.2	Participantes.....	67
4.2.1.3	Processo de redução dos constructos teóricos às variáveis empíricas.....	68
4.2.1.4	Plano de análise de dados.....	69
4.2.2	<u>Métodos relativos aos objetivos 2 (Identificar os diferentes padrões de violência no namoro e analisar quais formas de violência familiar na infância favorecem o pertencimento às classes mais graves de violência no namoro) e 3 (Investigar os padrões de vitimização de violência familiar na infância e examinar a relação deste es padrões com a saúde mental na adolescência)</u> .....	70
4.2.2.1	Referencial teórico-metodológico que subsidia os manuscritos 2 e 3.....	70
4.2.2.1.1	Dos modelos teórico-conceituais aos Gráficos Acíclicos Direcionados (GAD).....	70
4.2.2.1.2	Breve síntese dos Modelos de Análises de Classes Latentes (ACL).....	71
4.2.2.2	Questões específicas a cada um dos manuscritos.....	75
4.2.2.2.1	Objetivo 2: Identificar os diferentes padrões de violência no namoro e analisar quais formas de violência familiar na infância favorecem o	75

	pertencimento às classes mais graves de violência no namoro.....	
4.2.2.2.2	Objetivo 3: Investigar os padrões de vitimização na infância e examinar a relação destes padrões com a saúde mental na adolescência.....	78
5	<b>RESULTADOS</b> .....	83
5.1	<b>Manuscrito 1: Dating violence perpetration and victimization among high school students from Rio de Janeiro, Brazil (submetido à revista Violence and Victims)</b> .....	83
5.1.1	<u>Abstract</u> .....	83
5.1.2	<u>Introduction</u> .....	84
5.1.3	<u>Methods</u> .....	86
5.1.4	<u>Results</u> .....	89
5.1.5	<u>Discussion</u> .....	101
5.1.6	<u>Conclusions</u> .....	105
5.1.7	<u>References</u> .....	105
5.2	<b>Manuscrito 2: The relationships between child maltreatment and dating violence patterns among boys and girls: A three-step latent class analysis</b> .....	111
5.2.1	<u>Abstract</u> .....	111
5.2.2	<u>Introduction</u> .....	112
5.2.3	<u>Methods</u> .....	114
5.2.4	<u>Results</u> .....	119
5.2.5	<u>Discussion</u> .....	130
5.2.6	<u>Conclusions</u> .....	134
5.2.7	<u>References</u> .....	134
5.3	<b>Manuscrito 3: Child Abuse and Mental Health: what can we learn from latent class analysis?</b> .....	141
5.3.1	<u>Abstract</u> .....	141
5.3.2	<u>Introduction</u> .....	142
5.3.3	<u>Methods</u> .....	145
5.3.4	<u>Results</u> .....	149
5.3.5	<u>Discussion</u> .....	155

5.3.6	<u>Conclusions</u> .....	159
5.3.7	<u>References</u> .....	160
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	167
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	174
	<b>APÊNDICE A</b> – Trechos dos principais Scripts do <i>Mplus</i> utilizados para os manuscritos 2 e 3.....	197
	<b>ANEXO A</b> – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Responsáveis).....	199
	<b>ANEXO B</b> – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Alunos).....	201
	<b>ANEXO C</b> – Questionário Completo.....	203
	<b>ANEXO D</b> – Outros produtos desenvolvidos ao longo do doutorado diretamente relacionados ao objeto da tese.....	229
	<b>D Faus; CL de Moraes; MC Castro; Keefe-Oates; ME Reichenheim, S Taquette. Sexual dating violence victimization and adolescent psychological distress in Rio de Janeiro, Brazil. <i>European Journal of Public Health</i>, Volume 30 Supplement 5, 2020</b> .....	229
	<b>DP Faus; CL de Moraes; M Reichenheim; MC Castro; SR Taquette. (2021, December). Padrões de perpetração e vitimização de violência no namoro: análise de classes latentes. Trabalho apresentado em Anais do 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia</b> .....	230

## INTRODUÇÃO

Esta tese faz parte da pesquisa “Estupro de vulnerável e outras violências contra adolescentes e jovens do sexo feminino” coordenada pelo Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) e pelo Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)<sup>1</sup>. O estudo de fundo tem como principal objetivo estimar as prevalências das violências vivenciadas por adolescentes e avaliar a percepção deles, de profissionais da saúde e da educação a respeito do estupro de vulnerável, caracterizado, segundo o artigo 217 do Código Penal, por ato libidinoso antes dos 14 anos de idade (BRASIL, 1940, 2009). Para isso, a pesquisa de fundo contou com abordagem metodológica mista, quanti e qualitativa, e foi realizada com adolescentes e jovens escolares da IX Região Administrativa (RA) do Rio de Janeiro, durante os anos de 2017 e 2018.

A abordagem qualitativa foi coordenada e conduzida por pesquisadores e alunos vinculados ao LIPAPS e teve como objetivo principal estudar a percepção dos adolescentes e educadores sobre as relações entre a sociedade erotizada, iniciação sexual precoce e estupro de vulnerável. Foram realizados 13 grupos focais em três escolas públicas e três escolas privadas. Dos grupos realizados, cinco foram compostos apenas por integrantes do sexo masculino, cinco exclusivamente pelo sexo feminino e três por ambos os sexos totalizando 132 estudantes. A pesquisa quantitativa, na qual este estudo se insere, teve como objetivos principais estimar as prevalências das violências psicológica, física e sexual nos relacionamentos amorosos de estudantes matriculados em escolas públicas e privadas de uma Região Administrativa do Rio de Janeiro, suas relações com as violências familiares na infância e suas consequências com relação à saúde mental e ao envolvimento dos escolares em situações de violência juvenil. Ademais, objetivou-se avaliar as associações entre estas violências e variáveis sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, relativas aos hábitos de vida e ao ambiente social. Esta etapa foi planejada e coordenada pelo PIEVF.

Como detalhado mais adiante, a violência familiar na infância (VFI) passou a receber mais atenção do setor saúde a partir de 1962 com o surgimento do trabalho de Kempe e colegas intitulado “*The battered child syndrome*”. Mais recentemente, o abuso infantil, em

---

<sup>1</sup> Financiamentos: Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (E-26/010.002590/2014; E-26/110.774/2013).

suas diversas formas (físico, sexual, emocional e negligências), é claramente encarado como um problema global de Saúde Pública (KRUG et al., 2002). A definição de violência familiar na infância varia de acordo com questões culturais e regionais no que diz respeito às formas aceitáveis de práticas parentais (KRUG et al., 2002). Estima-se que cerca de 22% das pessoas tenham sofrido agressão física familiar na infância no mundo (STOLTENBORGH et al., 2013). A relevância do tema vem sendo ressaltada ao longo dos anos, não só por sua elevada prevalência ao redor do mundo, mas também por suas sérias consequências para a saúde e qualidade de vida, tanto a curto, quanto a médio e a longo prazo (DE FREITAS FERREIRA et al., 2018; FANG; CORSO, 2007; FAUS et al., 2019; GARDNER; THOMAS; ERSKINE, 2019; HAGBORG; TIDEFORS; FAHLKE, 2017; HAZZARD et al., 2019; HECKER et al., 2016; KRUG et al., 2002; VIDAL et al., 2017).

A inserção da violência contra a mulher na agenda da saúde se deu a partir dos movimentos feministas da década de 1960, que lutaram por igualdade no ambiente profissional e pessoal (MINAYO, 2006). Considerada atualmente um problema de Saúde Pública por suas altas magnitudes (DEVRIES et al., 2010) e variadas consequências (KRUG et al., 2002; EXNER-CORTENS; ECKENRODE; ROTHMAN, 2013; FOSHEE et al., 2016; HAYNIE et al., 2013; WOLFE; TEMPLE, 2018), a violência entre parceiros íntimos (VPI) se inicia principalmente na adolescência e início da vida adulta (KRUG et al., 2002). A violência no namoro entre adolescentes (VNA) se diferencia da VPI entre adultos em diferentes aspectos, dentre os quais, se destacam os fatos de os adolescentes ainda estarem desenvolvendo suas habilidades de relacionamento (WOLFE; TEMPLE, 2018) e de ainda viverem com adultos responsáveis pelo seu cuidado.

Algumas teorias entendem que as vivências de violência na infância podem aumentar o risco de perpetração da violência em idades futuras, seja pela naturalização e aprendizagem da violência, seja por influenciarem negativamente no desenvolvimento da personalidade (MARKOWITZ, 2001; TOTH; CICCETTI, 2013). Estudos empíricos também têm indicado que a VFI pode favorecer o envolvimento de suas vítimas em VNA (MAAS; HERRENKOHL; SOUSA, 2008; EXNER-CORTENS; ECKENRODE; ROTHMAN, 2013; WOLFE; TEMPLE, 2018). Entretanto, ainda há várias controvérsias sobre o tema, dentre as quais, se as relações entre as duas formas de violência dependem do tipo de violência sofrida na infância e do padrão de VNA e se estas relações são semelhantes entre meninos e meninas.

As relações entre VFI e os agravos à saúde mental vêm sendo estudadas há algum tempo. Várias pesquisas sugerem que a vitimização na infância aumenta o risco de comportamentos internalizantes (e.g., transtornos de humor e de ansiedade) (BROWN et al.,

2016; GALLO et al., 2018; GARDNER; THOMAS; ERSKINE, 2019; KRUEGER; MARKON, 2006; KRUG et al., 2002; LI; D'ARCY; MENG, 2016) . Ainda que já tenhamos muitas evidências sobre o tema, ainda há controvérsias no que tange à similaridade (ou não) destas relações entre meninos e meninas, seus caminhos de efetuação e se tais relações se dão de forma similar em indivíduos com diferentes padrões de coocorrências das VFI.

Visando contribuir para estes debates, o objetivo geral desta tese foi conhecer as magnitudes e os padrões das violências no namoro durante a adolescência (VNA) e familiares na infância (VFI), as repercussões da VFI nos diferentes padrões de VNA, bem como as relações dos padrões de VFI à saúde mental na adolescência. Espera-se que a estimação da magnitude e dos padrões de vitimização e perpetração das violências na infância e no namoro durante a adolescência possa ser a primeira etapa para a sensibilização das instituições e da sociedade como um todo para relevância das diferentes formas de violência e relações entre elas nos vários ciclos de vida (KRUG et al., 2002). Além disto, como a VFI, VNA e saúde mental são problemas de Saúde Pública de difícil enfrentamento, torna-se mister entender não só as raízes dos mesmos, a fim de propor intervenções eficazes para a redução de tais comportamentos, mas também, conhecer suas consequências para promover ações capazes de reduzi-los (KRUG et al., 2002).

O texto que se segue está dividido em 9 seções: Revisão Bibliográfica, Justificativas, Objetivos, Métodos, Resultados, Considerações Finais, Referências, Apêndices e Anexos. A seção de Revisão Bibliográfica é composta por quatro subseções. A primeira pretende contextualizar a relevância da violência familiar na infância. Nesta subseção serão apresentados os conceitos e magnitudes da VFI, os modelos teóricos que tentam explicar as diferentes repercussões das VFI ao longo da vida e algumas evidências empíricas sobre as consequências da VFI, a curto, médio e longo prazos. A segunda subseção trará a violência no namoro para o foco da discussão, destacando os achados da literatura a respeito de sua magnitude, bem como as teorias e modelos explicativos para sua ocorrência e uma visão geral sobre suas consequências à saúde. Nas últimas duas subseções da Revisão Bibliográfica, será proposto um breve resumo das evidências empíricas sobre a relação entre ser vítima de violência da infância e 1) se envolver em relacionamentos violentos na adolescência (§1.3); e 2) a ocorrência de problemas de saúde mental na adolescência (§1.4). Subsequentemente, são apontadas as justificativas para a realização do estudo, valorizando a relevância do tema e demais motivos que contribuíram para o nosso interesse em torná-lo objeto de pesquisa. Na sessão seguinte, serão descritos o objetivo principal dessa tese, bem como seus objetivos secundários. Na sessão de Procedimentos e Métodos, serão detalhadas as diferentes etapas

para a realização do estudo. Inicia-se pela descrição do cenário e desenho de estudo. Na sequência, apresenta-se o plano amostral e o processo de coleta de dados. Em seguida, serão apresentados os modelos teóricos que guiarão as análises dos estudos causais e as formas de operacionalização das variáveis de interesse. Por fim, serão descritas as propostas de análise estatística dos dados para cada artigo e os aspectos éticos. Como resultados serão apresentados os três manuscritos elaborados como produtos principais dessa tese. Por fim, são apresentadas algumas considerações finais e as referências bibliográficas. Ao final, estão os apêndices e os anexos contendo os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) dos pais e dos alunos, o questionário utilizado para a captação das informações de interesse e outros produtos desenvolvidos ao longo do doutorado, como trabalhos apresentados em congressos.



## 1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1.1 A relevância da Violência Familiar na Infância (VFI)

#### 1.1.1 Definições, determinantes e magnitude das violências familiares contra a criança

A violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha a humanidade durante toda sua história, mas que se torna um problema de Saúde Pública, uma vez que afeta a saúde individual e coletiva, exigindo práticas e políticas específicas do setor Saúde para sua prevenção e tratamento (BRASIL, 2005a). Desde a década de 1980, as violências passam a ocupar importante papel nas discussões do setor Saúde, em função do aumento das taxas de morbimortalidade como consequências das violências, além do crescente custo do atendimento às vítimas para os serviços de saúde. Este envolvimento se dá tanto na atenção às suas vítimas, quanto em pesquisas sobre o tema voltadas a compreender as raízes, formas de prevenção e suas consequências à saúde, pautando que a violência pode e deve ser evitada e que suas consequências podem ser reduzidas. Nesta perspectiva, muitos autores vêm chamando à atenção para a importância de estimar o tamanho do problema e suas principais consequências como a primeira etapa para a sensibilização das instituições e da sociedade como um todo, visando o seu enfrentamento (KRUG et al., 2002; WAISELFISZ, 2014; DEVRIES et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência seria o uso de força física ou poder contra si, outra pessoa ou um grupo ou comunidade em ameaças ou práticas que resultem ou possam resultar em: sofrimento, morte, dano psicológico ou desenvolvimento prejudicado (KRUG et al., 2002). O Ministério da Saúde (MS) acompanha a definição da OMS apontando que a violência pode ser representada pelo conjunto de ações provocadas por indivíduos, grupos ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (BRASIL, 2005b).

A OMS propõe que a tipologia deste fenômeno pode ser dividida em três categorias, de acordo com as características de quem comete a violência, podendo ser auto infligida, de

uma pessoa para outra (violência interpessoal), ou de um grupo de pessoas (como Estado, ou grupos políticos) a outra pessoa ou grupo. De especial interesse a este projeto de pesquisa são as violências interpessoais, subdividas em violência comunitária e violência familiar, podendo a natureza desta ser física, sexual, psicológica ou relacionada à privação e ao abandono (KRUG et al., 2002). Para a OMS, a violência na comunidade, ou violência comunitária, acontece entre indivíduos que não mantêm relação pessoal entre si e, geralmente, mas não exclusivamente, ocorre fora dos lares. Inclui atos variados de violência como assaltos, homicídios, violência juvenil (VJ) e violências em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (KRUG et al., 2002). A exposição à violência comunitária pode se dar de forma direta (quando os atos de violência são originalmente voltados ao indivíduo exposto) e indireta (quando o indivíduo é exposto indiretamente através do testemunho da violência direcionada a outra pessoa). Em ambos os casos a exposição pode trazer consequências importantes à saúde (CHEN et al., 2016; LOPES et al., 2015).

As magnitudes e consequências das violências interpessoais no Brasil são alarmantes, tanto no que se refere aos homicídios, quanto às repercussões não letais à saúde e aos custos a toda sociedade (REICHENHEIM et al., 2011). As mortes causadas pela violência, junto àquelas causadas por acidentes, são chamadas “causas externas” e ocuparam, em 2014, o terceiro lugar no perfil de mortalidade geral do Brasil, sendo atribuído a este grupo 12,8% do total dos óbitos. Na faixa etária entre cinco e 49 anos, as causas externas foram o principal motivo de óbitos, abrangendo 44,9% do total das mortes neste mesmo ano (BRASIL, 2017).

Diferente da violência comunitária, a qual ocorre principalmente nos espaços coletivos e entre pessoas sem relação afetiva próxima, a violência familiar se dá entre indivíduos de uma mesma família ou entre parceiros íntimos e ocorre, principalmente dentro dos domicílios. Segundo alguns autores, o risco de mulheres, idosos e crianças sofrerem algum tipo de violência dentro de casa por membros da família ou conhecidos é maior do que o risco de violência por desconhecido fora de casa (GELLES, 1997; KRUG et al., 2002; MORAES; PERES; REICHENHEIM, 2011).

A definição de VFI pode variar de acordo com características socioculturais e regionais, especialmente relacionadas às formas aceitáveis de práticas educativas parentais, ao olhar da sociedade sobre os direitos das crianças, ao grau de patriarcalismo, dentre outros. A OMS (KRUG et al., 2002) descreveu violência contra a criança como:

O abuso ou maus-tratos em relação à criança constitui todas as formas de tratamento doentio físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou

potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade de criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (KRUG et al., 2002, p. 59).

Dentre o amplo espectro de possíveis violências que a criança pode vivenciar nos diferentes locais de socialização que frequenta (e.g., casa, escola, grupo de pares, etc.), aquela vivenciada em casa e perpetrada por pais e/ou responsáveis pode ser descrita em quatro tipos: abuso físico, ou seja, atos realizados pelo responsável que causem, ou possam causar, dano físico à criança; abuso sexual, que é caracterizado quando o responsável utiliza a criança a fim de obter gratificação sexual; abuso emocional, que é o conjunto de atitudes do responsável que impossibilitam à criança um ambiente de desenvolvimento adequado e inclui atos depreciativos, ameaças, exposição ao ridículo, entre outras formas de tratamento hostil; e negligência, definida como falhas dos responsáveis em proporcionar o desenvolvimento da criança no que diz respeito à saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida segura (KRUG et al., 2002). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) destaca que a violência contra criança abrange todo o conjunto de ações ou omissões capazes de provocar lesões, danos e transtornos ao desenvolvimento integral da criança (BRASIL, 2005a).

Muitos pesquisadores têm se dedicado a compreender as raízes da VFI, a fim de identificar grupos mais vulneráveis e desenvolver políticas para seu enfrentamento (BELSKY, 1993; GOUGH, 1996; STOCHERO et al., 2020). De forma geral, a partir do modelo de Bronfenbrenner (1979), a violência familiar contra crianças resulta da interação entre as características pessoais, relacionais, comunitárias e sociais. A idade, o sexo e a personalidade da criança seriam exemplos dos fatores individuais relacionados à violência, já que meninos são mais vulneráveis à violência física (STOLTENBORGH et al., 2015), enquanto as meninas à violência sexual (STOLTENBORGH et al., 2011). O risco também é superior em crianças mais novas, mais impulsivas ou com temperamento “mais difícil”. No que se refere às características relacionais, crianças que vivem em famílias envolvidas em outras formas de violência, como a violência entre parceiros íntimos, têm mais chance de serem vitimizadas. As crianças que não vivem com pai e mãe podem ser mais negligenciadas pela sobrecarga do genitor nos cuidados da criança. A falta de conhecimento dos familiares a respeito do desenvolvimento infantil e das formas adequadas de educação também aumentam a chance de violência contra criança, uma vez que práticas educacionais inadequadas, tais como o uso de agressão ou ameaças, passam a ser usadas como estratégias disciplinares. Em relação à dimensão comunitária, aspectos como o isolamento social aumentam a chance de violência na

família. Viver em locais sem equipamentos comunitários para as crianças, tais como creches, unidades de saúde, parques ou praças, também pode aumentar o risco de vitimização. De forma mais distal, questões econômicas, sociais e culturais também podem aumentar ou reduzir o risco de VFI. Neste contexto, famílias com status socioeconômico mais baixo acabam tendo mais chance de perpetrar VFI. O grau de aceitação do uso de castigos corporais e ameaças como formas adequadas de educação e o machismo estrutural também são componentes desta dimensão, já que permitem o uso de punição corporal, impõem a sobrecarga de cuidados familiares às mulheres e favorecem o trabalho doméstico infantil e a violência sexual contra meninas (KRUG et al., 2002; MORAES; PERES; REICHENHEIM, 2011).

A VFI tem se mostrado um grande problema de Saúde Pública atingindo proporções alarmantes ao redor do mundo (STOLTENBORGH et al., 2015; STOLTENBORGH; BAKERMANS-KRANENBURG; IJZENDOOR, 2013; STOLTENBORGH et al., 2013; STOLTENBORGH et al., 2011). Uma meta-análise baseada em 111 estudos, publicados entre 1980 e 2008, estimou prevalência global de abuso físico contra crianças de 22,6%, sem muita variação por gênero (22,3% entre as meninas e 24,8% entre os meninos). Tais prevalências variaram muito entre os continentes, indicando que Oceania e Ásia têm um padrão de baixa prevalência (14,3% e 16,7%, respectivamente); África, Europa e América do Norte (EUA e Canadá) de médias prevalências (22,8%, 22,9% e 24,0%, respectivamente); e América Latina de altíssima prevalência (54,8%). No entanto, os autores criticam esta última estimativa, pois ela se baseia em apenas três estudos, dois na Costa Rica e um no México (STOLTENBORGH et al., 2013).

Outra meta-análise que teve como foco estimar a prevalência de violência sexual infantil analisou os resultados de 217 estudos publicados no período de 1982 a 2008. O grande número de artigos analisados aponta para a importância dada pela comunidade científica ao tema. No entanto, o interesse pelo tema parece bastante desigual ao redor do mundo. Enquanto 120 destes estudos foram realizados na América do Norte (Canadá ou EUA), apenas três abarcaram a América do Sul. Como já indicava a literatura, as prevalências estimadas entre as meninas foram substancialmente maiores em quase todos os continentes<sup>2</sup>. As prevalências combinadas mais altas foram entre as meninas da América do Norte (20,1%), África (20,2%) e Austrália (21,5%). Europa e América Latina apresentarem estimativas próximas para as meninas: 13,5% e 13,4 %, respectivamente, sendo a estimativa média da

---

<sup>2</sup> Na América do Sul, como só foram selecionados três estudos, não foi testada a diferença estatística entre gêneros.

Europa baseada em 39 estudos, totalizando 35.468 participantes; enquanto que a da América Latina se baseou em apenas três estudos, com o total de 1.564 participantes. A Ásia apresentou a menor prevalência de abuso entre as meninas com 11,3%. Entre os meninos, as prevalências combinadas foram de 19,3% na África, 13,8% na América Latina, 8% na América do Norte, 7,5% na Austrália, 5,6% na Europa e 4,1% na Ásia (STOLTENBORGH et al., 2011).

Ao objetivar estimar a prevalência de negligência (tanto física, como emocional) contra a criança ao redor do mundo, Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg e IJzendoor (2013) se depararam com o que descreveram sendo “a negligência da negligência contra a criança”, uma vez que apenas 16<sup>3</sup> estudos sobre o assunto foram localizados entre 1980 e 2008. Onze destes haviam sido realizados na América do Norte, que apresentou 19,2% de prevalência combinada de negligência física e 14,5% de negligência emocional. Na Europa, a prevalência combinada de negligência física foi 6,5% (dois estudos), enquanto que, na Ásia, a negligência emocional estimada foi de 30,1% (três estudos) e, na Austrália, de 40,0% (dois estudos). Os estudos realizados na África e na América Latina não puderam ser considerados na meta-análise por não preencherem os critérios de inclusão.

No Brasil, não há muitos inquéritos populacionais para acompanhar as prevalências de VFI. No entanto, alguns estudos realizados em domínios particulares podem nos dar pistas sobre a dimensão do problema em nosso país. O principal estudo de abrangência nacional, realizado em 143 municípios, distribuídos em todas as regiões do país, entrevistou 3.007 pessoas com 14 anos ou mais que responderam sobre a ocorrência de violência na infância por parte dos pais e responsáveis. Os autores mostraram que 44,1% dos entrevistados haviam relatado terem sido agredidos fisicamente, sendo que 10,3% descreveram agressão grave (bateu em você com alguma coisa, queimou ou escaldou, usou uma faca ou uma arma) (ZANOTI-JERONYMO et al., 2009). Alguns resultados mais recentes de pesquisas regionais também podem ser citados. Estudo realizado no município de São Gonçalo, no estado do Rio de Janeiro, com adolescentes entre 15 a 19 anos, matriculados em escolas públicas e privadas, por exemplo, mostrou que 11,8% haviam sofrido algum tipo de violência sexual, 14,6% haviam sido vítimas de violência física grave e 48,0% haviam sofrido violência psicológica dos pais e responsáveis ou de uma pessoa significativa (MELO; BARROS; ALMEIDA, 2011). Outra pesquisa, realizada no município do Rio de Janeiro, com 699 adolescentes e jovens entre 15 e 21 anos, em 2016, aponta que 77,8% deles havia sofrido violência

---

<sup>3</sup> Destes 16 estudos, 13 estudos reportaram apenas as prevalências de negligência física.

emocional, 52,8% violência física e 10,7% abuso sexual até os 10 anos de idade (FAUS et al., 2019).

Diante das elevadas magnitudes, graves repercussões na saúde e o entendimento de que é um direito da criança e do adolescente viver sem violência, em 1990, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além de ratificar os direitos de crianças e adolescentes de viverem sem violência, o ECA previa a obrigatoriedade da notificação de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes e criava os Conselhos Tutelares, principal instância responsável pela garantia dos Direitos de proteção de crianças e adolescentes (BRASIL, 1991). Aproximadamente 20 anos depois, em 2011, o Brasil deu mais um passo importante para o enfrentamento destas violações de Direitos e para a ampliação dos grupos de risco, tornando as violências interpessoais e autodirigidas agravos de notificação compulsória em todas as unidades da saúde do País (BRASIL, 2011). No entanto, assim como na maioria dos países, os dados oficiais regulares sobre a incidência e prevalência de violência contra crianças e adolescentes ainda não são totalmente confiáveis devido à subnotificação dos casos. O estudo de Moura, Moraes e Reichenheim (2008), realizado no Rio de Janeiro, por exemplo, fornece evidências que reforçam a relevância da subnotificação. Tal pesquisa estimou a prevalência de crianças vítimas de maus-tratos atendidas em hospitais com emergência pediátrica a partir da entrevista com as mães e a partir das notificações realizadas pelos profissionais de saúde dos mesmos serviços. Enquanto os resultados da pesquisa via entrevistas estimaram prevalências de agressão psicológica, negligência e violência física de 96,5%, 60,0% e 47,2%, as estimadas por meio de notificações foram 0,007%, 0,034% e 0,242%, respectivamente (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008).

Um outro aspecto importante destas formas de violência é o fato de que raramente ocorrem de forma isolada (GARBIN et al., 2012; GELLES, 2007; KRUG et al., 2002; MORAES et al., 2011). Diante da coocorrência dos vários tipos de violência (e.g., psicológica, física etc.), um tipo de violência pode ser entendido como fator de risco para outra forma de violência ou como uma condição moderadora, que agrava os efeitos da primeira na saúde e qualidade de vida dos envolvidos (HAGBORG; TIDEFORS; FAHLKE, 2017).

## 1.1.2 Consequências das violências contra a criança na saúde de suas vítimas

### 1.1.2.1 Modelos teóricos que nos auxiliam a compreender as repercussões da vitimização infantil

Existem diversas propostas e modelos teóricos que visam entender como a violência na infância pode levar à ocorrência dos diferentes agravos à saúde de suas vítimas. A maior parte destas propostas sugere que o processo seja multidimensional, ou seja, que tais repercussões sejam fruto de um desequilíbrio entre fatores promotores (e.g., baixa idade, reduzido apoio sexual, cronicidade da violência, entre outros) e fatores protetores (e.g., resiliência) de agravos, frutos estes de diversas dimensões. A maior parte destas teorias dão lugar de destaque às repercussões do problema na saúde mental infantil e colocam esta dimensão como peça-chave na compreensão dos mecanismos envolvidos no aparecimento das consequências negativas à saúde. Nesta seção, faremos um breve panorama das propostas mais frequentemente aceitas e utilizadas para a compreensão dos mecanismos envolvidos com a ocorrência destas consequências.

#### 1.1.2.1.1 Teoria do apego

A teoria do apego foi desenvolvida, principalmente, por John Bowlby (1907-1990). Trata-se de um modelo psicológico que busca explicar as dinâmicas de relacionamento interpessoais a curto e longo prazos. Influenciado pela psicanálise de Freud, porém sempre nutrindo certo mal-estar pela falta de cientificidade deste método, Bowlby encontrou nos conhecimentos de etologia uma forma de embasar sua teoria. A teoria do apego propõe que a qualidade das primeiras relações afetivas do bebê com seus cuidadores, ou figuras de apego, seria decisiva para a construção das relações interpessoais posteriores (BOWLBY, 1988; HOLMES, 1993).

A partir da observação da separação de bebês e suas mães, a teoria propõe que o apego é construído a partir de uma série de fatores. Primeiramente, há o disparo de alarme que aponta ao desconforto do bebê, podendo ser este alarme uma dor física (interno) ou a perda de

contato visual com a mãe (externo). Com isso, será acionado o sistema de apego que seria um sistema inato e necessário para a sobrevivência da espécie. Com isso, o bebê busca o contato físico com sua figura de apego, sendo essa a única forma de encerrar o sistema de apego. Este comportamento seria essencial para a sobrevivência humana, uma vez que bebês estariam mais propensos a serem alvo de predadores precisando permanecer sempre colados ao corpo de adultos para se protegerem e sobreviverem (BOWLBY, 1988; HOLMES, 1993).

Quando o bebê encontra o contato físico com sua figura de apego, o sistema é encerrado e a ansiedade diminui, fazendo com que o bebê se acalme e possa retornar à brincadeira e à exploração do mundo. Porém, quando esta necessidade não é satisfeita, o bebê experimenta uma sensação de horror e desamparo. Se o sistema de apego fica muito tempo ligado, sem ser encerrado pela figura de apego, este poderá ser suprimido, o que pode tornar o bebê agressivo ou muito sensível. Quando as figuras parentais se mostram pouco responsivas às necessidades de apego do bebê, podem ser desenvolvidos padrões de apego inseguro que criam uma base para relacionamentos interpessoais problemáticos no futuro (BOWLBY, 1988; HOLMES, 1993).

Diante da percepção da importância do apego, esta teoria aponta para os possíveis efeitos nefastos que a separação de pais e filhos pode causar ao desenvolvimento. Nesse sentido, a negligência emocional vivida na infância recebe novo status na discussão dos efeitos das violências na infância. A ausência afetiva pode favorecer o aparecimento de traços ansiosos graves, favorecendo o adoecimento mental e prejudicando os relacionamentos amorosos a longo prazo.

#### 1.1.2.1.2 Teoria da aprendizagem social ou ciclo da violência

Albert Bandura (1925-) é o autor mais identificado com a teoria da aprendizagem social. Esta teoria propõe que a aquisição de novos comportamentos ao longo do desenvolvimento e da vida ocorrem a partir da observação e imitação. A partir da observação do comportamento daqueles a sua volta, o sujeito leva em conta as recompensas e punições vividas pelo outro e avalia se irá imitar este comportamento. Bandura (1978) considera de grande importância a capacidade cognitiva do ser humano no processo de construção de comportamentos.



Esta teoria vem sendo amplamente utilizada para explicar o ciclo da violência ou a transmissão transgeracional da violência. Sob essa perspectiva, os modelos aprendidos na infância passam a ser aplicados nas relações familiares e amorosas na adolescência e idade adulta. Crianças expostas à violência familiar, tanto direta como indiretamente (e.g., testemunhando a violência no casal), aprenderiam este tipo de comportamento como forma adequada para lidar com a resolução de conflitos. Esta forma violenta de resolução de conflitos competiria com outros possíveis modelos de comportamento mais adequados, tornando a criança um adulto sem repertório para tal, ficando este restrito a perpetração da violência. Como as crianças ficam muito tempo na presença dos pais, sendo deles grande parte da responsabilidade de educação e desenvolvimento afetivo, as figuras materna e paterna representam fontes importantes no processo de aprendizagem social (MIHALIC, 2007).

Muitos estudos apoiam esta ideia, discutindo que crescer em lares violentos favorece o surgimento de comportamentos agressivos em outras fases da vida (WIDOM, 1989). No entanto, alguns pontos ainda precisam de debate. Crescer testemunhando a violência entre os pais faria com que o adolescente/jovem/adulto fosse agressivo apenas no relacionamento amoroso ou de forma generalizada, extrapolando tal comportamento para outras áreas como *bullying* ou delinquências, por exemplo? Para Bandura, os modelos de comportamento agressivo podem ser transmitidos tanto para uma aprendizagem específica como também possibilitam a generalização da agressividade. Esta proposta parece ter um vasto apoio da literatura que aponta as violências familiares contra crianças como importantes fatores de risco para a perpetração de outras formas de violência (DODGE; BATES; PETTIT, 1990; MAAS; HERRENKOHL; SOUSA, 2008; MARKOWITZ, 2001).

Apesar de meninos e meninas terem os pais como importantes fontes para a construção de suas crenças e comportamentos, algumas pesquisas discutem se as influências dos padrões de violências familiares seriam iguais para ambos os sexos. Isto porque a aprendizagem poderia ser modulada pela identificação prioritária da criança com seu pai (menino) ou com sua mãe (menina). Neste contexto, as questões ligadas à transmissão da violência e o gênero ainda suscitam debate, pois alguns estudos apontam que as violências dos pais contra crianças têm maior impacto em meninas do que em meninos, tanto quando se consideram os comportamentos agressivos, como para o desenvolvimento de transtornos mentais (MIHALIC, 2007).

### 1.1.2.1.3 Modelo ecobiodesenvolvimentista (Ecobiodevelopmental model)

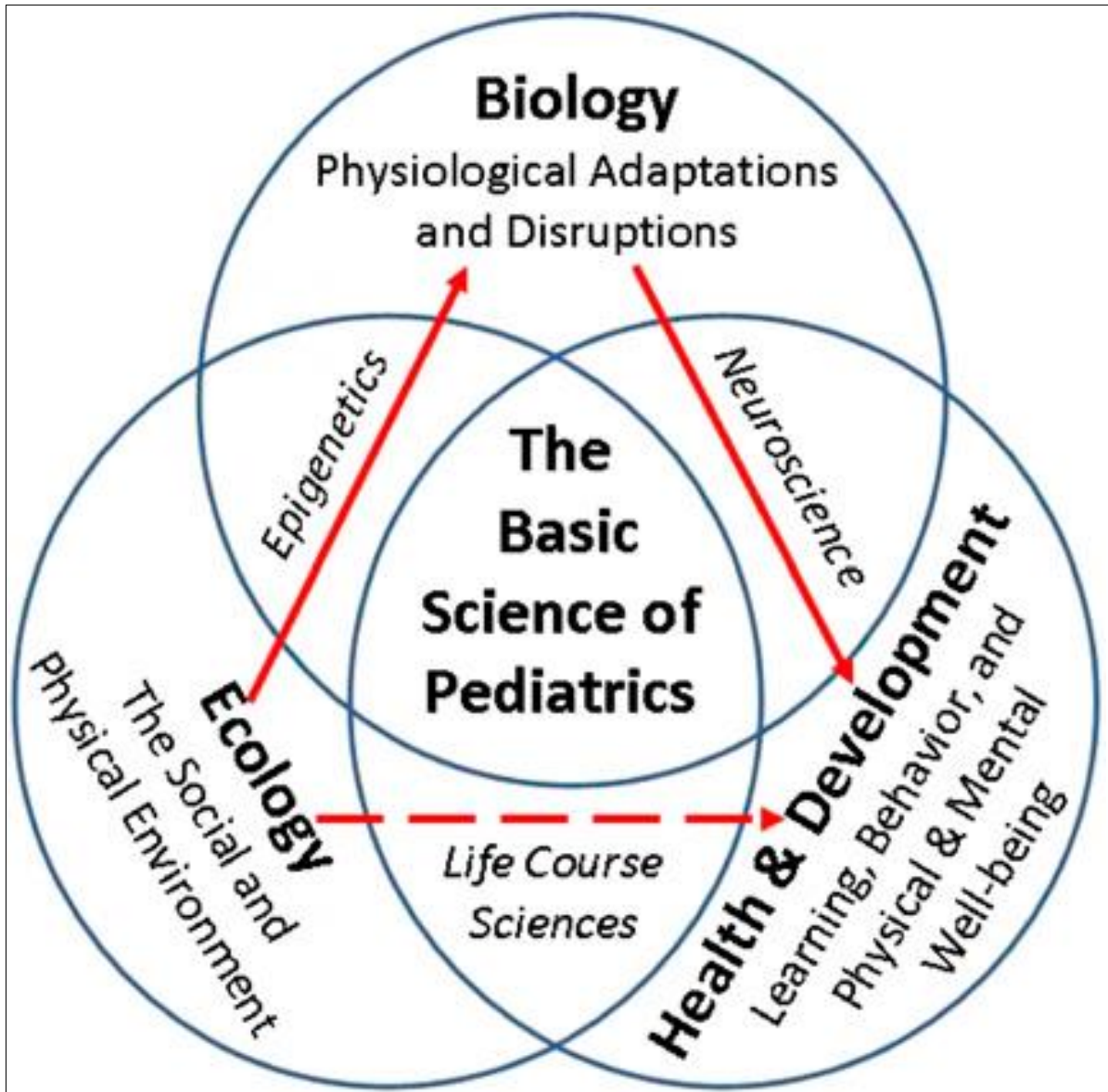
A partir do avanço nas áreas da neurociência, biologia molecular, genética, psicologia, epidemiologia e economia, alguns paradigmas do entendimento das causas e consequências das doenças e do desenvolvimento humano foram bastante alterados. Até a metade do século XX, modelos biomédicos foram a base para a compreensão da natureza de doenças agudas e infecciosas e para seu tratamento. Com o envelhecimento populacional e as mudanças no perfil de morbimortalidade a partir do aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas, as evidências do papel do ambiente e do comportamento proporcionaram o surgimento dos modelos biopsicossociais. Mais recentemente, a partir do impacto de estudos epidemiológicos que alertaram para a importância das experiências fetais na saúde do adulto e das descobertas da sociologia e psicologia que apontaram que fatores ambientais e psicológicos no início da vida teriam uma influência maior para o adoecimento à curto e à longo prazo, o modelo *lifecourse health development (LCHD)* se expandiu. Este modelo examina a influência do ambiente gestacional e das primeiras relações interpessoais, avalia a especificidade de cada estágio da vida (e.g., primeira infância, adolescência e vida adulto) e incorpora os achados da biologia na explicação do adoecimento e da morte (HALFON et al., 2014).

Baseado nesse novo paradigma, Shonkoff et al. (2012) apresenta o modelo teórico ecobiodesenvolvimentista (Figura 1) que, entendendo o desenvolvimento humano de forma multidisciplinar, ilustra como as primeiras experiências e o ambiente podem resultar em marcas biológicas nas crianças, gerando consequências à longo prazo. Este modelo se baseia em evidências do campo de epigenética que investiga mecanismos biológicos moleculares (tais como metilação do DNA) que afetam a expressão gênica sem alterar a sequência de DNA. Além disso, os resultados de investigações sobre o desenvolvimento cerebral em seus aspectos neurais e funcionais também se alinham ao referido modelo. Neste contexto, a vivência significativa de estresse na infância é vista como um fator de risco tanto para a gênese de comportamentos que ameaçam a saúde, quanto como um catalisador ou modulador de respostas fisiológicas ao estresse que podem lançar as bases para outras doenças ao longo da vida (CENTER ON THE DEVELOPING CHILD, 2016).

A Figura 1 mostra como os autores propõem uma investigação que vá além das predisposições genéticas, considerando também o ambiente e as primeiras experiências.

Ilustram, assim, os mecanismos que ligam as relações entre genética, ativação ambiental, adaptações comportamentais, desenvolvimento e saúde ao longo da vida.

**Figura 1 – Modelo Ecobiodesenvolvimentista (Ecobiodevelopmental Model)**



Fonte: SHONKOFF et al., 2012, p. 234.

### 1.1.2.2 Breve síntese sobre as repercussões da violência familiar contra criança na saúde física a curto e longo prazo

A violência familiar contra criança apresenta diversas consequências à saúde física e mental tanto a curto, como a longo prazo (KRUG et al., 2002). Com relação às consequências na saúde física, além dos agravos habitualmente identificados por serem de curto prazo, tais como, equimoses, escoriações, traumatismos diversos, dentre outros (KRUG et al., 2002; REICHENHEIM et al., 2011; VALENTE et al., 2015), estudos mais recentes têm sugerido relações entre a violência na infância e doenças crônicas. Um estudo seccional com 13.093 participantes no Canadá, por exemplo, observou uma forte associação entre histórico de violência física e diagnóstico de câncer na vida adulta. Segundo os pesquisadores, o modelo que controlou as variáveis de confusão como idade, sexo, cor e nível socioeconômico, além de diversos fatores de risco que poderiam mediar a relação entre violência física e câncer, tais como, transtornos de humor, hábitos na vida adulta (atividade física, fumo, alimentação, obesidade) e outros fatores de estresse na infância, constatou que adultos com histórico de diagnóstico de câncer na vida adulta tinham 47% (IC95%: 1,1-2,0) mais chance de terem sido vítimas de violência física na infância do que aqueles sem diagnóstico (FULLER-THOMSON; BRENNENSTUHL, 2009).

A violência na infância também pode estar associada à hipertensão arterial (HA) e a outras doenças cardiovasculares. Um estudo seccional, que foi realizado na cidade de São Paulo com 5.037 participantes e que avaliou a associação entre negligências, violência física e violência emocional na infância com HA e doenças cardiovasculares, destacou que aqueles que haviam reportado violência física na infância tiveram 76% (IC95%: 1,4-2,3) mais chance de ter diagnóstico de hipertensão e 74% (IC95% 1,4-2,3) de diagnóstico de doenças cardiovasculares quando adultos do que os sem história de violência. Quando a análise foi controlada para a coexistência de depressão, a chance de HA passou a 64% (IC95%: 1,3-2,1) e a associação com doenças cardiovasculares deixou de ser estatisticamente significativa, indicando que boa parte do efeito da violência na infância na gênese das doenças cardiovasculares pode ser devido ao aumento do risco de depressão e outros agravos à saúde mental, habitualmente associados às violências na infância (PARRISH et al., 2013).

Ainda no que tange as consequências à saúde física, a violência sexual na infância pode trazer consequências específicas como o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis ou gestações indesejadas. O risco estimado de transmissão de HIV após única

relação sexual consentida entre dois adultos é de 0,01 a 2%. No entanto, em relações que envolvem violência infantil, esses valores podem ser muito maiores, uma vez que a ocorrência de traumas físicos durante o ato violento aumenta o risco de transmissão (ELLIS; AHMAD; MOLYNEUX, 2005).

Os efeitos da violência familiar na infância à saúde mental nos diferentes ciclos de vida também vêm sendo ressaltados por diversos autores. Como este tema é central a esta tese, optamos por destacar o problema na seção 1.4.

## **1.2 Violências entre parceiros íntimos durante a adolescência**

A adolescência pode ser entendida como a fase de desenvolvimento que ocorre entre a infância e a vida adulta, entre os 10 e os 19 anos de idade. O período de 10 a 13 anos é considerado pré-adolescência, de 14 a 18, o meio da adolescência e, a partir dos 18, a adolescência tardia. Este é um momento de consideráveis mudanças físicas, psicológicas e sociais, período de crise e reestruturação da personalidade (BOWEN; WALKER, 2015a; LEVY, 2013). Neste estágio do desenvolvimento, se inicia a aquisição de habilidades sociais, tais como, a capacidade de resolução de problemas e de negociação saudável. Nesta fase, comportamentos externalizantes (e.g., agressividade, impulsividade, problemas de atenção, uso de álcool e drogas) podem ser de difícil controle devido à imaturidade emocional. Com a chegada da adolescência, há também um aumento da força física, da necessidade de autoafirmação pelos colegas, o enfraquecimento das relações familiares em prol da intensificação das relações com os pares, podendo, muitas vezes, propiciar a ocorrência de relacionamentos e atos violentos. Paralelamente, são experimentadas as primeiras relações amorosas que, se vivenciadas de maneira disfuncional, podem prover o contexto para a ocorrência da violência e do abuso (BOWEN; WALKER, 2015a).

A importância de se estar atento à possibilidade de violência nas relações amorosas nesta fase da vida é ressaltada pela OMS quando a instituição indica que, de modo geral, a violência entre parceiros íntimos (VPI) se inicia na adolescência ou no início da vida adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Apesar de adolescentes poderem achar que importunar ou apelidar os amigos ou namorados pode ser aceitável, estes comportamentos podem tornar-se abusivos e levar a comportamentos violentos (BUTCHART; MIKTON;

KRUG, 2014; KRUG et al., 2002; LOEBER; BURKE, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, 2015).

### 1.2.1 Magnitudes e Tipologias das violências nas relações de namoro

As magnitudes da violência entre parceiros íntimos em geral (VPI) tornam o fenômeno extremamente relevante. Uma revisão sistemática com 141 estudos de 81 países estimou que 30% das mulheres de 15 anos ou mais havia sofrido VPI ao longo da vida. Essa magnitude variou bastante entre os continentes. Na Europa ocidental, a prevalência foi de 19,3%, enquanto na América Latina, a estimativa foi de 27,4% e, na África Subsaariana, chegou a 65,6% (DEVRIES et al., 2010). Quando restrita à VPI, que ocorre em relações de namoro ou afins durante a adolescência, uma meta-análise com adolescentes também chama a atenção ao problema ao indicar que, nesta fase da vida, aproximadamente 20% dos adolescentes já havia se envolvido em relacionamentos amorosos com violência física e 9% com violência sexual. Segundo os autores, a síntese da literatura aponta que há maior prevalência de violência física perpetradas por meninas (25%), quando comparadas aos meninos (13%), mas quando se considera o relato de vitimização, não se encontrou diferenças entre os sexos (21% em meninos e meninas). Um padrão diferente foi observado para violência sexual no namoro. As meninas relataram menores taxas de perpetração em comparação aos meninos (3% vs. 10%) e maiores taxas de vitimização (14% vs. 8%) (WINCENTAK; CONNOLLY; CARD, 2017). Um estudo sobre violência no namoro realizado no Brasil também aponta a grande relevância do problema em nosso País. Após entrevistar 3.205 adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, de dez capitais brasileiras, estimou-se que 29,8% haviam sofrido algum tipo de violência no último relacionamento amoroso (OLIVEIRA et al., 2014).

A OMS define a VPI em geral a partir da natureza do abuso, ou seja, como um “comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores” (KRUG et al., 2002, p. 6). O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) acompanha esta definição propondo que a violência no namoro se caracteriza por agressões físicas, sexuais, psicológicas, emocionais ou perseguição dentro de um relacionamento de namoro, podendo ocorrer pessoal ou eletronicamente, entre um parceiro de

namoro atual ou anterior. Essa violência pode ser desde um ato isolado, que pode ou não levar a consequências mais graves, até um comportamento repetitivo que se alastre por um longo período (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2019).

Esta classificação de acordo com a natureza de abuso é bastante utilizada no campo da Saúde Pública. Porém, esta proposta não considera as especificidades dos tipos de violência no namoro que, apesar de, em alguns casos, terem a mesma natureza, podem ter motivações e consequências bem diferentes entre si (ALI; DHINGRA; MCGARRY, 2016; CANNON; BUTTELL, 2016; MENNICKE; KULKARNI, 2016). Por exemplo, a ideia de que um único tapa ou empurrão pode caracterizar violência no namoro pode ser controversa (ROTHMAN, 2018). Este mesmo ato pode ser tanto algo isolado, que ocorre apenas no momento de término do namoro, como uma forma de demonstrar poder em um relacionamento no qual o medo já está presente há mais tempo. O contexto, as motivações e as consequências deste único evento podem caracterizar fenômenos diferentes que, ao serem classificados como iguais - por conta de a natureza do abuso ser a mesma (violência física), podem prejudicar o entendimento das violências no namoro e a construção de estratégias adequadas para o enfrentamento das mesmas.

Visando ampliar a abordagem do tema, vários autores têm tentado construir tipologias mais abrangentes, que não incluam apenas a natureza dos atos, mas que agreguem também elementos relativos ao contexto, ao tipo de envolvimento na relação violenta (vítima; perpetrador ou ambos), às motivações das violências, dentre outros. Segundo uma revisão de literatura (ALI; DHINGRA; MCGARRY, 2016), dentre as tipologias que focam nos tipos de violências no namoro, o modelo mais utilizado é o de Johnson (1995), que foi atualizado por Kelly e Johnson (2008). Assim como outras, essa tipologia propõe que estes padrões de violências físicas nos relacionamentos amorosos se diferem de maneira significativa no que se refere às suas causas, participantes, consequências e formas de intervenções necessárias (ALI; DHINGRA; MCGARRY, 2016; JOHNSTON; CAMPBELL, 1993; KELLY; JOHNSON, 2008).

Tal proposta discute a importância das questões de gênero na diferenciação dos vários padrões de VPI. Segundo os autores, as teorias feministas, com base em discussões teóricas e em estudos com mulheres abrigadas ou sistema judiciário, apontam que a VPI é perpetrada prioritariamente por homens na busca de manter o controle patriarcal (assimetria de gênero) (JOHNSON, 2005). No entanto, os achados de estudos realizados a partir de bases populacionais trouxeram controvérsias a este campo ao indicar que as prevalências de violência de mulheres contra seus parceiros eram semelhantes às perpetradas por homens

contra mulheres (simetria de gênero) (JOHNSON, 2005; STRAUS, 2010). Kelly e Johnson (2008) sugerem que os resultados controversos no que se refere à assimetria ou simetria de gênero são consequências da existência de diversos tipos de VPI. Diante desta perspectiva, os autores propõem uma tipologia da VPI que envolve quatro formas distintas, todas contendo violência física, quais sejam: “violência controladora coerciva”; “resistência violenta”; “violência situacional do casal”; e “violência instigada pela separação”<sup>4</sup>.

Segundo os autores, a “violência controladora coerciva” é um padrão (*pattern*) de violência que se caracteriza pelo uso de poder e da força nas relações de violência. Inclui, além da violência física, intimidação, abuso emocional, uso dos privilégios do homem, coerção e ameaça. Este uso da violência ocorre principalmente dos homens para as mulheres, o que significa propor que exista uma assimetria de gênero nesta VPI. Ainda, seria essa a forma de violência que causa mais danos às mulheres. Além de apresentar elevada letalidade, as mulheres vítimas deste padrão de violência também sofrem de problemas psicológicos como medo, ansiedade, baixa autoestima, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, quando comparadas às outras vítimas. Este tipo de violência tende a crescer com o tempo e ser acompanhada de violência física grave. As vítimas deste padrão de violência têm mais chance de buscarem ajuda na justiça e precisarem recorrer a abrigos. Desta forma, os estudos realizados com população de mulheres abrigadas tendem a corroborar a assimetria de gênero, fortalecendo as teorias feministas. Porém, para estes autores, este padrão de violência, apesar de ser o mais grave, é o menos frequente dentre as formas de VPI na população geral (KELLY; JOHNSON, 2008).

O segundo padrão de violência proposto pelos autores é a denominado de “resistência violenta”. Tal proposta se baseia nos achados de muitas pesquisas que indicam que algumas mulheres buscam resistir à violência controladora coerciva também com atos de violência (MILLER; MELOY, 2006; SWAN; SNOW, 2003). Porém, ao usarem essa forma de resistência, logo percebem que isso não reduz a violência sofrida, mas sim, a torna ainda mais grave e frequente. Em casos extremos, ao se sentirem em situação de desespero por não verem saída para a situação, estas chegam a assassinar seus agressores. Muitas, porém, têm ideias suicidas antes de chegarem ao homicídio dos parceiros (KELLY; JOHNSON, 2008). Essa

---

<sup>4</sup> Tradução dos termos feita pela autora. Nomes originais em inglês são: *Coercive Controlling Violence, Violent Resistance, Situational Couple Violence, and Separation-Instigated Violence*.



forma de VPI também tem como marca a assimetria de gênero, mesmo que perpetrada mais por mulheres do que por homens.

A “violência situacional do casal” seria o terceiro padrão. Esta é a mais comum na população geral, sendo perpetrada tanto por homens, como por mulheres. É importante destacar que não se trata de uma versão mais branda das violências anteriores, mas sim um outro tipo de violência com causas e consequências distintas. Essa forma de VPI resultaria de brigas e discussões entre o casal para resolução de conflitos do dia a dia, que aumentam com o tempo a ponto de chegarem a atos de agressão física. Frequentemente, este padrão envolve agressões menos graves e mais raras, porém, os conflitos podem crescer chegando a situações de agressividade grave. Nessas situações, pelo menos um membro do casal costuma apresentar pouca habilidade social e dificuldade de controlar a raiva. Essa forma de violência tem menos probabilidade de aumentar ao longo do tempo, cessando durante o relacionamento ou após a separação. As consequências às mulheres são menos graves quando comparadas às decorrentes da “violência controladora coerciva”, o que leva as vítimas a recorrer menos à Justiça e a outros setores e serviços de proteção. Tal padrão é o mais encontrado nos estudos com amostras de bases populacionais que, frequentemente, estimam prevalências de perpetração e vitimização entre homens e mulheres bastante semelhantes, pondo em dúvida o pressuposto de assimetria de gênero na VPI (ARCHER, 2000).

Por fim, Kelly e Johnson (2008) descrevem um quarto padrão de violência que se caracteriza por ocorrer apenas no cenário de separação do casal sem histórico da violência anterior. Esta pode ser perpetrada tanto por homens, quanto por mulheres e representa uma perda de controle momentânea, limitada a um ou dois episódios. Segundo os proponentes do modelo, esta violência seria, habitualmente, perpetrada por aquele que se sente abandonado, traído e que não esperava a separação.

Buscando ampliar o modelo de Kelly e Johnson (2008), Mennicke e Kulkarni (2016) propuseram um modelo alternativo no qual a VPI também se baseia em comportamentos altamente controladores, sem que esta seja restrita à ocorrência de violência física. Segundo as autoras, os padrões de violência se caracterizam pela presença ou ausência de violência física e de comportamento controlador, podendo os indivíduos serem classificados em: a) baixo nível de comportamento controlador e alta violência física; b) altos níveis de comportamento controlador e alta violência física; c) altos níveis de comportamento controlador e baixo nível de violência física; e, finalmente, d) baixo nível de comportamento controlador e baixo nível

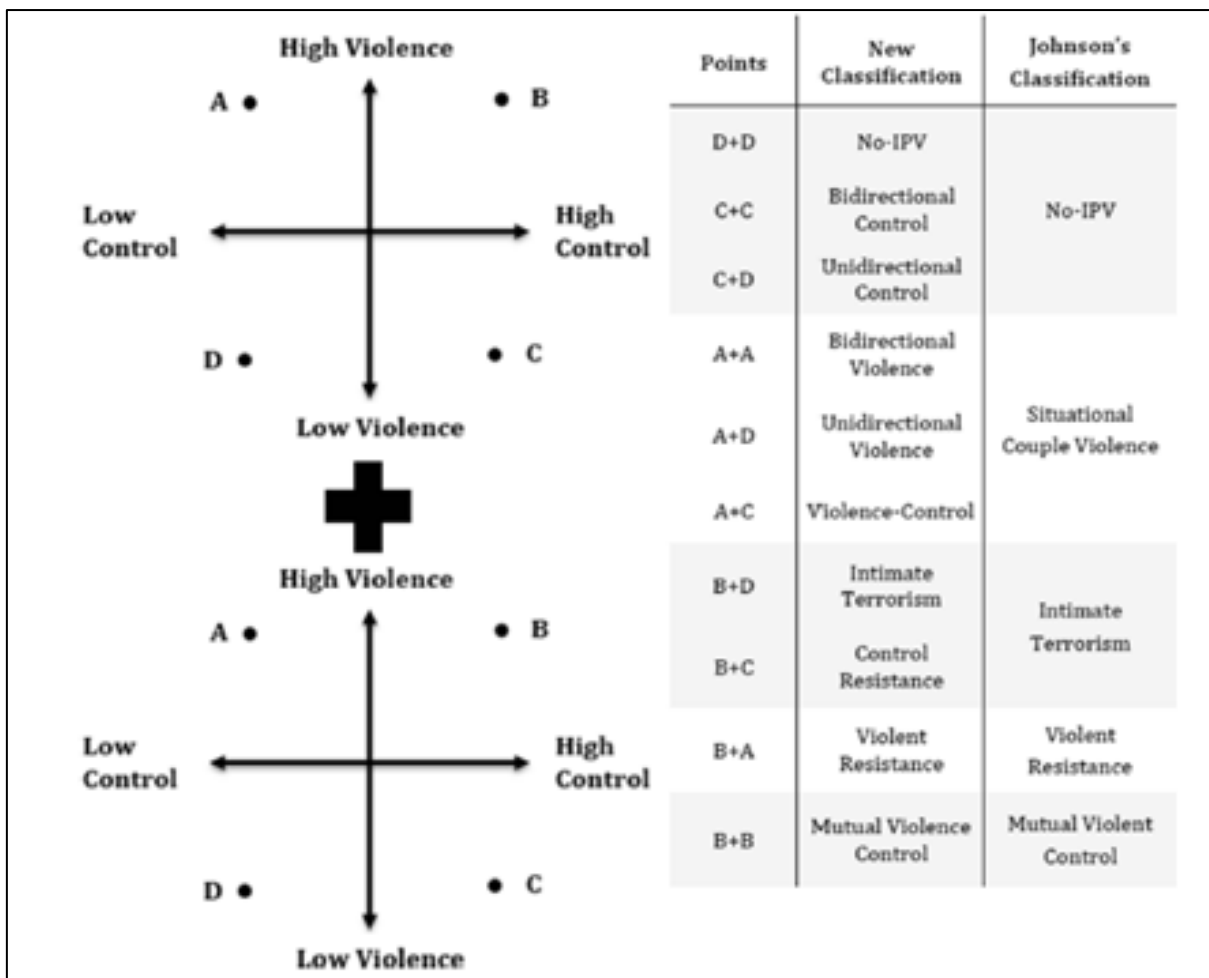
de violência física (MENNICKE; KULKARNI, 2016)<sup>5</sup>. Como apresentado na Figura 2, a partir dos padrões individuais descritos acima e considerando cada membro do casal (primeiro eixo: homem; segundo eixo: mulher), é possível classificar as relações afetivas em dez padrões distintos, sendo estes: “sem violência” (d+d); “controle bidirecional” (c+c); “controle unidirecional” (c+d); “violência bidirecional” (a+a); “violência unidirecional” (a+d); “violência-controle” (a+c); “terrorismo íntimo” (b+d); “resistência ao controle” (b+c); “resistência violenta” (b+a) e “violência controladora mútua” (b+b)<sup>6</sup>. A partir desta tipologia, as autoras observaram que as violências que continham comportamento controlador, tanto na ausência, como na presença de violência física, eram as situações mais frequentes no contexto populacional sendo estas mais perpetradas por homens contra mulheres, o que reforça a ideia de assimetria de gênero da VPI (MENNICKE; KULKARNI, 2016).

---

<sup>5</sup> Tradução da autora. Termos originais em inglês: *Low control and High violence; High control and High violence; High control and low violence; Low control and low violence.*

<sup>6</sup> Tradução da autora. Termos originais em inglês: *No-VPI; Bidirectional control; Unidirectional control; Bidirectional violence; Unidirectional violence; Violence-control; Intimate terrorism; Control resistance; Violent resistance; Mutual violence control.*

Figura 2 – Modelo conceitual da VPI



Fonte: MENNICKE; KULKARNI, 2016, p. 1015.

Outra forma de entender os padrões de VPI é a partir de uma tipologia baseada em características do homem perpetrador. Holtzworth-Munroe e Strauss (1994), por exemplo, descreveram três tipos de homens agressores: aqueles agressivos apenas na família, homens disfóricos-borderline e homens violentos de maneira geral ou antissociais. Como pode ser apreendido com os títulos das categorias, estes tipos de perpetradores se diferem no que se refere aos locais onde o sujeito é violento e às disfunções psicopatológicas ou emocionais do agressor. Algumas pesquisas têm corroborado estes perfis de perpetradores masculinos, entretanto, parece ser difícil diferenciar o perfil de violência geral do perfil de disfóricos-borderline (ALI; DHINGRA; MCGARRY, 2016).

Com relação aos tipos de mulheres agressoras, (SWAN; SNOW, 2002, 2003) sugerem três padrões de perpetração de violência física grave. O primeiro grupo foi nomeado de “mulheres vítimas”. Este agrega aquelas que usam a violência para revidar uma violência mais grave sofrida por parte dos parceiros. No segundo perfil, denominado de “mulheres

agressoras”, as mulheres são mais abusivas do que seus companheiros. O terceiro e último grupo reúne mulheres em relacionamentos de violência mútua, sendo esta categoria subdividida em dois subtipos: “violência com coerção masculina”, no qual, apesar dos níveis de violência perpetrada por homens e mulheres serem semelhantes, apenas os homens apresentam comportamento coercivo e controlador; e “violência com coerção feminina”, na qual a mulher pode ser mais ou igualmente controladora e coercitiva do que o homem, porém, os homens usam mais violência física.

Em suma, vemos muitas tentativas de melhor descrever a VPI, seja utilizando características relativas à natureza do abuso (KRUG et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), ao padrão de coocorrência dos diferentes tipos de violência, ao grau de reciprocidade das situações (JOHNSTON; CAMPBELL, 1993; KELLY; JOHNSON, 2008; MENNICKE; KULKARNI, 2016) ou ao perfil dos perpetradores (HOLTZWORTH-MUNROE; STRAUSS, 1994; SWAN; SNOW, 2002). Apesar de muitas virem de bases teóricas diferentes, há uma sobreposição e complementação entre as tipologias apresentadas acima.

Quando focalizamos o relacionamento amoroso de adolescentes, percebe-se que ainda há uma lacuna em termos de tipologias das violências, já que todos os modelos apresentados acima foram elaborados a partir de estudos com adultos. A necessidade de modelos próprios para adolescentes parece bastante interessante, pois os relacionamentos amorosos e sexuais de adolescentes e jovens podem diferir muito daqueles dos adultos em vários aspectos. Primeiro, em função da imaturidade emocional específica desta faixa etária, pois adolescentes ainda estão desenvolvendo suas habilidades sociais e ainda estão construindo a sua própria identidade. Além disso, é nessa fase que começam a aprender a se relacionar amorosamente, já que estão vivenciando suas primeiras experiências. Nesta situação, a dificuldade em lidar com conflitos de forma adequada pode favorecer, por exemplo, o uso de violência nos relacionamentos. Por outro lado, adolescentes ainda estão sob o cuidado de adultos, pois, habitualmente, moram com os pais ou responsáveis legais. Assim, além do menor tempo de convivência e, conseqüentemente de exposição ao agressor, aspectos como violência econômica ou uso dos filhos não fazem parte da violência no namoro de adolescentes (BOWEN; WALKER, 2016).

Desta forma, parece bastante oportuno que se invista em melhor tipificação das formas de violência no namoro nesta fase da vida. Tais iniciativas podem ser essenciais para a elaboração de estratégias de intervenção efetivas para este público, minimizando a chance de ocorrência de VPI em idades futuras. Como será visto adiante, esta tese enfrenta este desafio

ao estudar os diferentes padrões de violência no namoro a partir de uma estratégia de análise de classes latentes que visa o agrupamento de indivíduos com perfil semelhante de endosso aos itens de violências de diferentes naturezas.

### 1.2.2 Teorias explicativas da violência entre parceiros íntimos durante a adolescência e em outros ciclos de vida

Existem muitas teorias que buscam explicar por que algumas pessoas estão mais suscetíveis a se envolverem em relacionamentos abusivos, seja como perpetradores, vítimas ou ambos. Algumas destas teorias já foram abordadas na [§ 1.1.2.1](#) ao se discutir as repercussões das violências contra a criança para os relacionamentos amorosos futuros. Além destas, existem outras teorias que abordam a violência entre parceiros íntimos a partir das perspectivas socioculturais e biológicas.

São muitas as teorias socioculturais que procuram explicar a VPI. De modo geral, a maior parte destas teorias se baseia nas formas de relações sociais das populações. Um dos primeiros modelos propostos foi a “teoria de trocas” (NYE, 1979). Segundo esta perspectiva, os comportamentos sociais são vistos como séries de trocas, nas quais, o indivíduo busca maximizar sua recompensa e minimizar seus custos (GELLES, 1997). Para estes teóricos, as pessoas usam da violência em seus relacionamentos se considerarem que as recompensas desse comportamento violento superarão seus custos. Neste contexto, há dois aspectos que diferem as relações sociais fora e dentro da família e favorecem que a violência interpessoal ocorra neste último cenário. O primeiro ponto é a resistência dos relacionamentos familiares à ruptura completa, o que faz com que os custos da violência sejam potencialmente baixos. O segundo aspecto a ser considerado é o desequilíbrio de poder dentro da família, seja na relação homem e mulher, seja na relação entre pais e filhos, que também reduzem o custo das violências, além de a naturalizar. Com isso, a avaliação de custos e recompensas no cenário familiar torna-se muito específica e complexa (GELLES, 1997).

Outro modelo que considera a diferença de poderes nas relações amorosas é a abordagem de “iniquidades estruturais”. Este modelo sugere que a família reproduz as relações de poder presentes na sociedade como, por exemplo, questões de minorias raciais, culturais, renda e gênero. Alinhada à sociologia da família, estas teorias de VPI colocam os

papéis de gênero como mais um elemento do sistema de repressão social ao lado de outros determinantes, tais como a idade, renda, status socioeconômico e desemprego (ANDERSON, 1997; STRAUS, 2010). Nessa perspectiva, se os indivíduos de um casal que apresentam assimetria nos aspectos de poderes sociais, terão mais chance de VPI. No entanto, muitas críticas são feitas a este modelo em função de situações que fogem ao esperado. Segundo esta abordagem, uma mulher, branca e com renda alta teria mais chance de perpetrar violência contra seu companheiro não-branco e desempregado do que este de perpetrar violência contra a mulher. Entretanto, não é o que se observa na maioria das situações. As teorias feministas lançam luz à essa discussão, reforçando o papel essencial das desigualdades de gênero para o entendimento da VPI (DOBASH; DOBASH, 2004; HANSER, 2007).

A teoria feminista, já citada anteriormente, é composta por um vasto corpo de literatura que analisa e explora as inequidades existentes entre homens e mulheres ao redor do mundo. Apesar de várias vertentes, estas teorias se encontram ao pautar que homens e mulheres devem ser iguais nos aspectos políticos, econômicos, sociais e sexuais (HANSER, 2007). Com relação à violência entre parceiros, foram os movimentos feministas que pressionaram o setor Saúde para a inserção do tema em sua agenda (GELLES, 1997; MINAYO, 2006). Diante da luta por igualdade no mundo profissional, a luta por igualdade na esfera pessoal também passou a ser necessária e impulsionou a discussão sobre o enfrentamento da violência contra mulher. Esta teoria tem se destacado ao ampliar o olhar para os papéis de gênero socialmente construídos que levam às crenças que justificam o sexismo e o privilégio dos homens (HANSER, 2007). Segundo seus principais autores, as violências contra mulher têm como principal objetivo controlar a sexualidade e a liberdade das mulheres tanto fora, como dentro dos lares. O fato de os homens terem mais poder do que as mulheres na sociedade, faz com que estes tragam esta vantagem para os ambientes domésticos, fortalecendo ainda mais os papéis de gênero que os privilegiam (ROTHMAN, 2018). Por ter trazido a discussão à tona, a teoria feminista é uma das mais usadas, tanto para a explicação dos fenômenos, como para basear intervenções, visando ao empoderamento das mulheres vítimas e à promoção e educação masculina sobre os direitos das mulheres (HANSER, 2007).

Além das teorias sociais explicativas da VPI, outras teorias atribuem a vulnerabilidade para o envolvimento em relacionamentos abusivos a aspectos biológicos. Tais teorias tomaram vulto na década de 1990 a partir da ideia de que perpetradores de violência teriam mais danos cerebrais no lóbulo frontal – estrutura responsável por funções como controle dos impulsos. Segundo estas pesquisas, perpetradores de VPI teriam mais dificuldades nas

habilidades relacionadas à linguagem, à aprendizagem e à resolução de problemas cognitivos (FARRER; FROST; HEDGES, 2012). Estes déficits dificultariam o processo de tomada de decisão, o autocontrole emocional e a percepção das emoções do outro. Diante destes prejuízos, haveria o favorecimento da perpetração da VPI (BANNON; SALI; DANIEL O'LEARY, 2015; ROTHMAN, 2018).

Por fim, surge o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) na década de 1970 para explicar o abuso infantil, mas que, em seguida, passou a ser utilizado para entender todas as formas de violência interpessoal e, também, vem sendo amplamente utilizado para explicar a VPI em geral e no namoro (BRONFENBRENNER, 1979; KRUG et al., 2002; ROTHMAN, 2018). Como apontado na referida seção, segundo este modelo, o comportamento violento e a maior vulnerabilidade à vitimização decorrem da interação de diversos fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. Aplicando-o à VPI, os fatores individuais que mais frequentemente são relacionados a ser perpetrador ou vítima de violência são os biológicos, demográficos e/ou comportamentais. Tal conjunto agrega características ligadas à idade, cor, escolaridade, uso de álcool ou drogas, comportamento impulsivo, entre outros. O nível seguinte abarca as relações interpessoais próximas e pode incluir relações de amigos e familiares. Destacam-se, por exemplo, formas de resolução de conflitos na família, padrões de convivência familiar (conviver com os genitores), forma de disciplina na família de origem, entre outros. O terceiro nível enfatiza o contexto comunitário no qual as relações sociais ocorrem, tais como a presença de educação sexual, debates de gênero e respeito nas escolas, viver em bairros perigosos nos quais os moradores toleram níveis mais altos de violência interpessoal, os locais de trabalho que aceitam piadas que degradem a figura da mulher ou valorizem atos de violência, entre outros. Já o último nível contempla os fatores da sociedade que participam da produção da violência. Ressaltam-se os elementos que fazem da violência algo aceitável para a sociedade com a naturalização de suas práticas, incluindo leis, aspectos culturais, tais como o machismo, sexismo, entre outros (KRUG et al.; 2002).

### 1.2.3 Algumas repercussões da violência no namoro na saúde de adolescentes e em seus relacionamentos amorosos futuros

Além das altas magnitudes da VPI entre adolescentes, suas consequências também chamam atenção. Além das injúrias físicas, lesões e traumas decorrentes dos atos de agressão física e das consequências físicas do abuso sexual, tais como, uma maior chance de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações indesejadas (ELLSBERG et al., 2008), (ELLSBERG et al., 2008), a violência no namoro tem efeitos nefastos à saúde mental (ACKARD; NEUMARK-SZTAINER, 2002; BONOMI ET AL., 2013; EXNER-CORTENS; ECKENRODE; ROTHMAN, 2013; HAYNIE et al., 2013; WOLFE; TEMPLE, 2018; WALSH et al., 2017), além de favorecer a perpetração da violência em relacionamentos futuros (EXNER-CORTENS; ECKENRODE; ROTHMAN, 2013; WOLFE; TEMPLE, 2018).

Um estudo longitudinal realizado com 5681 adolescentes norte-americanos para avaliar a relação entre a vitimização no namoro (física e emocional) e os desfechos de saúde nos cinco anos de seguimento aponta que os efeitos da vitimização da violência no namoro podem ser distintos entre meninos e meninas. A violência emocional isolada (sem violência física), em meninas, aumentou a chance de ocorrência de episódios de uso pesado do álcool. Já entre meninos, este tipo de violência aumentou a chance de comportamento antissocial, ideação suicida e uso de maconha. Tanto a violência física como a emocional aumentaram a chance de vitimização na idade adulta para meninos e meninas (EXNER-CORTENS; ECKENRODE; ROTHMAN, 2013).

Bonomi et al. (2013) acharam resultados semelhantes em um estudo seccional, com 585 participantes, realizado em no estado de Ohio, Estados Unidos, no ano de 2011. O estudo investigou o efeito das violências física/sexual e não-física (comportamento controlador) para desfechos em saúde mental e comportamentos de risco. Além do aumento da chance de depressão e consumo de álcool, o estudo também observou que as meninas vítimas tiveram maior número de parceiros sexuais e maior chance de desenvolverem transtornos alimentares. Outro estudo também já descreveu essa relação (ACKARD; NEUMARK-SZTAINER, 2002). Entre os meninos, apenas a vitimização violência não-física aumentou a chance do consumo de tabaco. Mais especificamente em relação ao uso abusivo de álcool, um estudo longitudinal também realizado nos Estados Unidos com 3614 adolescentes investigou a relação entre vitimização da violência no namoro e frequência de *binge drinking*. Os resultados mostraram



que os efeitos da vitimização da violência tendem a aumentar o comportamento de consumo de álcool nos anos subsequentes (WALSH et al., 2017).

Outro estudo, com 2.203 estudantes, estimou, por meio de análise de classes latentes (ACL), classes de violência no namoro e comparou estas classes a desfechos de saúde. Utilizando a *Conflict Tactics Scale (CTS)*, os autores descrevem três classes latentes e as nomearam da seguinte forma: 1. Nenhum envolvimento em violência no namoro; 2. Vitimização ou perpetração apenas de violência verbal; 3. Vitimização ou perpetração de violência verbal e física. As meninas agrupadas nas classes 2 e 3 tiveram mais chance de apresentar sintomas depressivos, fazerem uso de tabaco, maconha e cigarro do que as meninas agrupadas na classe sem violência no namoro. Entre os meninos, aqueles nas classes 2 e 3 apresentaram mais sintomas depressivos do que aqueles classificados na primeira classe (HAYNIE et al., 2013).

Em suma, observa-se que além das elevadas magnitudes das violências no namoro, estas também podem trazer graves repercussões à saúde mental e física dos adolescentes, a curto, médio e longo prazos, tornando a violência no namoro um problema de Saúde Pública a ser enfrentado de forma intersetorial. Segundo a OMS, tais características fazem com que a literatura tenha se debruçado intensamente sobre o tema nos últimos anos, visando conhecer suas raízes, acolher suas vítimas e prevenir suas consequências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

### **1.3 Evidências empíricas das relações entre violência familiar na infância e violência no namoro**

Apesar do tema ser ainda incipiente na literatura, com base nas teorias que tentam explicar como as adversidades na infância podem levar a eventos negativos em outras fases da vida, e como as violências vividas nos primeiros anos de vida são reproduzidas na vida adulta, alguns autores têm sugerido que violências contra crianças podem fazer parte do conjunto dos fatores relacionados ao envolvimento de adolescentes em situações de violência em seus relacionamentos amorosos. Por exemplo, um estudo realizado no condado de Albany, no estado de Nova Iorque, usando uma amostra da população geral (n=245) e outra composta por ex-infratores em liberdade condicional (n=141), indica que os infratores apresentaram mais

chance do que a população geral de reportar violência na infância e perpetração de violência contra o cônjuge, mas não contra os filhos. Além disso, ao analisar os participantes casados e com filhos, o estudo mostrou que sofrer violência familiar na infância aumentava em cerca de 30% a chance de aprovar atitudes de violência contra o cônjuge e em 14,4% a chance de perpetrar violência contra o parceiro na vida adulta. Segundo os autores, a aprovação de atitudes violentas pode ter um papel precursor das ações violentas praticadas posteriormente. No entanto, estes enfatizam que como a pesquisa não estudou os efeitos específicos das diversas formas de violência na infância, seria interessante que novas pesquisas sobre o tema fossem desenvolvidas (MARKOWITZ, 2001).

Outro estudo com dados longitudinais de amostra representativa dos Estados Unidos com 10.320 participantes investigou a relação entre três formas de violência na infância (negligência, violência física e sexual) com ser vítima ou perpetrador de violência comunitária na adolescência e a perpetração ou vitimização de VPI, quando adulto jovem. Segundo os autores, dentre as várias violências na infância estudadas, a única que parece aumentar o risco para a perpetração de violência comunitária foi a negligência emocional e apenas entre os meninos. Com relação à VPI, além de apontar que perpetrar violência juvenil aumenta a chance de perpetrar VPI entre meninos e meninas, a pesquisa mostrou que a negligência e a violência física na infância aumentaram a chance de perpetração desta forma de violência entre as mulheres, enquanto o abuso sexual aumentou a chance de perpetração de VPI entre os meninos. Entretanto, os autores apontam como limitação do estudo o fato de que a identificação das violências na infância e da VPI não se baseou em instrumentos previamente validados e que a pesquisa não avaliou a repercussão da violência emocional na infância, indicando que estudos futuros façam uma abordagem mais abrangente da violência contra criança e utilizem aferições mais robustas (FANG; CORSO, 2007).

Richards, Tillyer e Wright (2017) examinaram os efeitos de cada dimensão da violência familiar contra criança, em cada forma de envolvimento em VPI. O estudo realizado nos Estados Unidos contou com 12.279 adultos jovens que foram avaliados com relação à experiência de VPI nos últimos doze meses. Os resultados da pesquisa mostraram que as violências física e sexual na infância aumentavam a chance de VPI em geral. Porém, quando o abuso emocional foi incluído na modelagem estatística, os efeitos das demais violências diminuíram sugerindo que boa parte destes efeitos possam ser frutos da concomitância de várias formas de violência ou que a violência emocional possa ser um fator de confusão no processo. A importância do abuso emocional é ressaltada pelas autoras ao comentarem sobre o fato de esta forma de violência ter aumentado a chance de VPI em todos os cenários, mesmo

na presença de outras formas de violência familiar na infância (RICHARDS; TILLYER; WRIGHT, 2017). Do mesmo modo que o estudo anterior, as autoras apresentam como limitações da pesquisa as estratégias de aferição das violências e a abordagem analítica utilizada, que não permitiu o estudo de mediação, e sugerem que os problemas sejam resolvidos nos próximos estudos.

Avançando em alguns aspectos metodológicos com relação às pesquisas anteriores, um estudo realizado com uma população representativa de adultos dos Estado Unidos com a utilização de modelos de equação estrutural também examinou o efeito das diferentes formas de violência familiar na infância para a VPI. Para caracterizar a exposição às violências contra a criança, os participantes responderam questões adaptadas de dois instrumentos. Para violência física e emocional, foi usada uma adaptação da *Conflict Tactics Scale (CTS)* e para negligências e abuso sexual, adaptou-se o instrumento *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. Segundo os autores, o efeito conjunto das violências seria a manifestação da variável latente “maltrato infantil”. Esta variável latente aumentou a chance de envolvimento em VPI (vítima, perpetração ou ambos), tanto entre mulheres, como entre os homens. Em termos dos efeitos específicos dos diferentes tipos de violência, os autores ressaltam que apenas o abuso sexual e a negligência emocional, no entanto, tiveram efeito direto para vitimização e violência recíproca entre as mulheres. Entre os homens, apenas a violência sexual apresentou efeito direto na vitimização por VPI (MCMAHON et al., 2015).

A partir da perspectiva de que existem perfis diferentes de homens perpetradores de VPI, Fowler, Cantos, e Miller (2016) buscaram entender as relações entre as diferentes formas de violência na infância e os diferentes perfis de perpetradores de VPI na vida adulta. Em uma amostra com 228 perpetradores, estes foram divididos em homens violentos apenas na família e homens violentos também em outros ambientes (MURRELL; CHRISTOFF; HENNING, 2007). Para exposição à violência familiar foram consideradas quatro categorias: apenas exposto ao abuso físico, apenas ao testemunho de VPI entre os pais, exposto ao abuso físico e ao testemunho da VPI e os não expostos a nenhuma das duas formas de violência na infância. Os autores observaram que aqueles que apenas testemunharam VPI ou que testemunharam e sofreram abuso físico tiveram de três a quatro vezes mais chance de serem homens violentos em vários ambientes e não apenas na família. Apenas sofrer abuso físico não se mostrou suficiente para prever nenhuma das duas tipologias de violência na idade adulta.

Já um estudo de revisão com foco em estudos longitudinais que abordavam as relações entre abuso na infância e perpetração da violência na adolescência (tanto no âmbito comunitário, quanto em relacionamentos amorosos) envolvendo oito trabalhos publicados de

1986 a 2005 aponta que o abuso físico pode ser um importante preditor para a perpetração de violência em idades futuras (MAAS; HERRENKOHL; SOUSA, 2008). A revisão também enfatiza que questões ligadas ao papel do gênero no *link* entre violência na infância e violência em idades futuras permanecem pouco claras. O estudo também descreve importantes limitações das pesquisas originais, especialmente no que concerne à aferição das variáveis de interesse e à análise de dados, e que poucos estudos distinguiram os diferentes perfis de envolvimento em situações de VPI (perpetradores, vítimas ou ambos), impossibilitando o avanço no entendimento da relação da violência na infância com cada forma e padrão de VPI.

A partir da breve revisão da literatura realizada até o momento, alguns pontos importantes podem ser levantados. O primeiro deles é que a maioria dos estudos é realizada com adultos não considerando a especificidade da violência no namoro entre adolescentes. A lacuna sobre o tema é visível até em livros-textos que usam modelos teóricos e evidências empíricas de adultos para discutir a violência no namoro (BOWEN; WALKER, 2016; WOLFE; TEMPLE, 2018). Outra observação importante é que vários estudos usam instrumentos inadequados para a aferição da violência no namoro, já que foram elaborados e tiveram a maior parte de seus estudos psicométricos em populações de adultos. Esta crítica também é apontada por recente revisão sobre o tema que, ao se debruçar sobre estratégias de aferição de VNA, conclui recomendando a utilização do instrumento *Conflict in Adolescent Dating Inventory* (CADRI), por ser este elaborado especificamente para detecção da violência no namoro de adolescentes, apesar de seu ainda reduzido número de estudos psicométricos (EXNER-CORTENS; GILL; ECKENRODE, 2016a, 2016b). Apesar do grande volume de estudos sobre violência na infância, as estratégias utilizadas nas pesquisas sintetizadas aqui também se constituem limitação. Além destes aspectos, observa-se que a literatura ainda é insipiente no que diz respeito a um maior entendimento sobre os perfis de perpetração, vitimização e violência recíproca nos relacionamentos entre indivíduos desta faixa etária. Com base no que ocorre com a VPI que envolve adultos, é possível postular que os diferentes padrões de violência no namoro na adolescência possam ter etiologias e consequências específicas, se relacionando de maneira diferente com as violências familiares contra criança, além de terem diferentes sensibilidades às estratégias de intervenção voltadas à sua prevenção, à interrupção de casos já instalados, à evitação de recorrência e à redução de suas consequências.

#### **1.4 Evidências empíricas sobre as relações entre vitimização na infância e saúde mental**

Dentre as várias classificações propostas para os agravos em saúde mental, a que os dividem em problemas de comportamento internalizantes e externalizantes parece ser interessante ao se estudar as repercussões das violências interpessoais (KRUEGER; MARKON, 2006). Segundo este autor, o primeiro grupo se caracteriza por comportamentos voltados para o próprio indivíduo. Abrange os adoecimentos mentais graves como transtornos de humor e de ansiedade e os transtornos mentais comuns (TMC). Nos problemas externalizantes, os comportamentos são direcionados ao ambiente e ao outro. Incluem comportamentos agressivos, abuso de álcool e drogas, delinquência, entre outros.

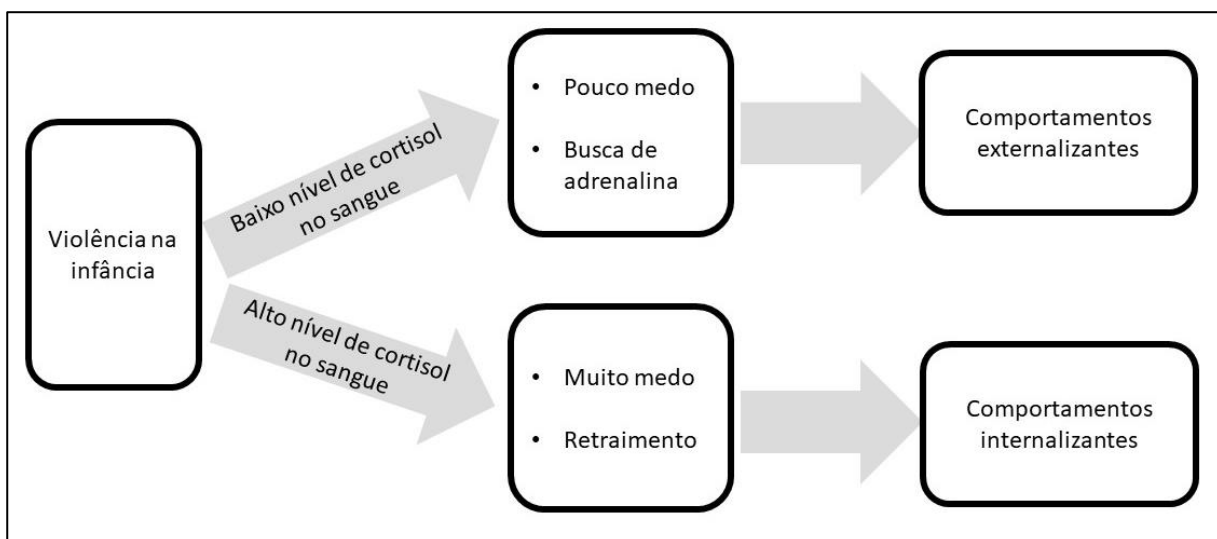
A partir dos modelos teóricos que visam explicar as diferentes repercussões da violência na infância expostos anteriormente (§ [1.1.2.1](#)) e de algumas evidências empíricas, é possível postular que a criança vítima de violência tem maior chance de desenvolver comportamentos agressivos, se envolver em situações variadas de violência, fazer uso de álcool, cigarro e de outras drogas durante a adolescência. Por outro lado, aquelas que não usam destes recursos externalizantes para lidar com as dificuldades da vitimização, podem ter uma maior probabilidade de desenvolver sintomas internalizantes, tais como os ansiosos, depressivos ou psicossomáticos (ASSIS et al., 2009; CECIL et al., 2014; COHEN et al., 2014; HAGBORG; TIDEFORS; FAHLKE, 2017; HECKER et al., 2016; LOBBESTAEL; ARNTZ; BERNSTEIN, 2010; SADIA MALIK, 2016; WAN et al., 2015; WILLIAMS ET AL., 2016).

Segundo alguns autores, as diferentes reações à vitimização são decorrentes de características individuais, tais como, aquelas relacionadas aos mecanismos fisiológicos de adaptação ao estresse, a algumas condições sociodemográficas (gênero ou idade da vitimização) (ARNOW et al., 2011; GALLO et al., 2018; MCCRORY; DE BRITO; VIDING, 2011; PAUL; ECKENRODE, 2015), ao temperamento e personalidade, ao tipo de violência sofrida, ao grau de parentesco com quem a perpetrou (pai, mãe, outro responsável) (MORAES et al., 2018) e às características contextuais relacionadas ao ambiente social do indivíduo, tais como, os níveis de violência comunitária (FAUS et al., 2019), o acesso a bens e serviços e o grau de confiança na polícia (KRUG et al., 2002).

Pesquisas têm sugerido a possibilidade de dois caminhos relacionados à liberação de cortisol e outros hormônios estresse-dependentes para relacionar a VFI aos agravos mentais (Figura 3). Adultos com transtornos mentais internalizantes que sofreram violência familiar

na infância apresentam níveis de cortisol mais elevados do que aqueles com os mesmos sintomas mentais, porém, sem o mesmo histórico de violência. No entanto, vítimas de violência na infância que não desenvolvem a depressão possuem níveis de cortisol mais baixos quando comparadas aos adultos não expostos à violência (MCCRORY; DE BRITO; VIDING, 2011). Segundo estes autores, o embotamento do cortisol, que pode ser devido a uma baixa sensibilidade ao estresse ou a uma resposta insuficiente ao estresse, presentes nestes indivíduos, parece estar relacionado aos agravos externalizantes, tais como os comportamentos agressivos ou antissociais (VAN GOOZEN; FAIRCHILD, 2008). Tal hipótese se baseia em duas teorias distintas. Uma indica que indivíduos com baixos níveis de cortisol teriam menos medo das possíveis consequências de seus atos, o que favorece o comportamento violento. Um outro ponto de vista indica que aqueles com baixas taxas sanguíneas de cortisol buscam atividades excitantes que estimulem a liberação de adrenalina como, por exemplo, a perpetração de violências (VAN GOOZEN; FAIRCHILD, 2008).

**Figura 3 – Caminhos da violência familiar na infância para comportamentos internalizantes ou externalizantes mediados pelos efeitos do cortisol**



Fonte: A autora, 2022.

Considerando que a cognição da criança, muitas vezes, não é capaz de perceber ou elaborar os eventos à sua volta da mesma forma que adultos ou até mesmo crianças mais velhas (PIAGET, 2002, 2005), alguns autores têm sugerido que existam períodos mais sensíveis às experiências adversas (SCOTT, 1986). A interpretação particular da criança a estas adversidades pode trazer marcas importantes para seu desenvolvimento cognitivo e afetivo. Nesse mesmo sentido, experiências anteriores de apego podem proteger a criança dos

efeitos nocivos da exposição à violência (BOWLBY, 1988). Além disso, crianças expostas desde pequenas a níveis altos de estresse podem desenvolver estresse tóxico, prejudicando o desenvolvimento cerebral (BOYCE, 2012). Algumas pesquisas vêm trazendo à tona essa discussão, propondo que a idade da primeira exposição ao estresse tóxico pode ter grande influência em suas consequências. Segundo estes autores, existiriam períodos sensíveis nos quais a ocorrência de violência seria mais prejudicial à saúde mental e ao desenvolvimento infantil. No entanto, os achados ainda são controversos (DUNN et al., 2018; DUNN et al., 2017; GOMEZ et al., 2017).

Outros autores discutem a necessidade de se abordar as questões da infância considerando a exposição às múltiplas experiências adversas. Segundo esta abordagem, não seria adequado considerar apenas uma experiência traumática de forma isolada a fim de detectar possíveis riscos de adoecimento psíquico (EVANS; LI; WHIPPLE, 2013; SAMEROFF et al., 1987). A racionalidade desta perspectiva estaria, primeiramente, no entendimento de que tais experiências não ocorrem de forma isolada. Crianças expostas à pobreza, por exemplo, tendem a viver em regiões mais perigosas e a terem pais mais sobrecarregados e menos disponíveis, o que geraria mais VFI. Como consequência desta sobreposição das experiências, abordar apenas um aspecto adverso para o risco de desfechos deletérios tornaria a estimativa enviesada, uma vez que este risco teria que ser atribuído ao conjunto de experiências vividas que não foram aferidas, mas que coocorreram.

Além do aspecto metodológico, há também um entendimento teórico por parte destes autores sobre o desenvolvimento humano que subjaz a perspectiva da importância de se considerar múltiplos fatores de risco na infância. A vivência de apenas uma única Experiência Adversa na Infância (EAI) não seria suficiente para causar danos ao desenvolvimento infantil. Nesta perspectiva, crianças que vivenciassem apenas um episódio de violência familiar estariam mais próximas em termos de risco para a aquisição de problemas de desenvolvimento e de saúde mental às crianças que não foram expostas a nenhuma violência do que às crianças que viveram diferentes formas de EAI (EVANS; LI; WHIPPLE, 2013; SAMEROFF et al., 1987). Por outro lado, outros pesquisadores argumentam que o tipo de EAI é fundamental para a geração de agravos específicos e que, a depender de qual tenha sido a adversidade, uma única exposição pode ser suficiente para gerar danos duradouros ao desenvolvimento emocional da criança. A teoria da psicopatologia do desenvolvimento, por exemplo, aponta que atos de violência perpetrados por adultos responsáveis pelo cuidado e experiências de abuso sexual, dentre outras, poderiam ser suficientes para gerar marcas capazes de aumentar a chance de adoecimento psíquico, uma vez que podem, mesmo

isoladas, traçar caminhos no desenvolvimento da personalidade capazes de aumentar o risco de sofrimento mental (MOFFITT, 1993; TOTH; CICCETTI, 2013).

Além das questões gerais apresentadas nas linhas anteriores, as pesquisas que se debruçam sobre as repercussões das violências na saúde indicam que há aspectos particulares a cada tipo de violência sofrida na infância. Com relação às repercussões do abuso emocional, o entendimento deste como problema social e de Saúde Pública é relativamente recente, sendo este tipo de violência ainda pouco explorada, quando comparada às outras formas de abuso infantil (GLASER, 2002; STOLTENBORGH et al., 2015). Por não deixar marcas físicas em suas vítimas, o abuso emocional pode ser de difícil detecção, prejudicando o diagnóstico precoce e o cuidado de suas vítimas (GLASER, 2002). Além disto, também é difícil traçar um limiar que demarque o início do abuso emocional (YATES; WEKERLE, 2009). Com isso, esta dimensão da violência contra criança não é tão bem investigada como as demais (DODGE; BATES; PETTIT, 1990; FANG; CORSO, 2007; MARKOWITZ, 2001; STOLTENBORGH et al., 2015; VAN DER PUT; RUITER, 2016; VIDAL et al., 2017; YATES; WEKERLE, 2009). No entanto, suas altas magnitudes e consequências deletérias ao desenvolvimento a curto e longo prazo têm chamado muita atenção. Alguns estudos indicam que a dor sentida pelas crianças que sofrem abuso emocional é tão ou mais nefasta do que a causada por atos físicos (EISENBERGER, 2012; EISENBERGER; LIEBERMAN, 2004; MACDONALD; LEARY, 2005). Esta forma de violência, quando perpetrada pelos pais ou outros cuidadores, deixa marcas significativas no desenvolvimento da personalidade das crianças (MOFFITT, 1993; SADIA MALIK, 2016), podendo o maltrato emocional (e.g., abuso emocional e negligência emocional), componente central subjacente às outras formas de violência contra criança, ser a principal causa dos prejuízos ao desenvolvimento dos abusos sexuais ou físicos na infância (AFIFI et al., 2016).

Traços agressivos, dificuldades de ajustamento ou baixa autoestima são algumas dessas feridas que, possivelmente, mediam a conexão entre abuso emocional na infância e desenvolvimento de comportamentos externalizantes na adolescência, tais como, o uso de álcool e drogas e o envolvimento em situações de violência, dentre elas, a violência entre parceiros íntimos (WEKERLE et al., 2009) e a violência juvenil (FAUS et al., 2019). Estas marcas também podem favorecer o surgimento de comportamentos internalizantes, tais como o retraimento social (SHAFFER; YATES; EGELAND, 2009), sintomas depressivos (HAGBORG; TIDEFORS; FAHLKE, 2017; PAUL; ECKENRODE, 2015), de ansiedade e de somatização (HAGBORG; TIDEFORS; FAHLKE, 2017) e problemas de aprendizagem (HECKER et al., 2016), além de formas mais graves de adoecimento psíquico, como



desenvolvimento de transtorno de personalidade borderline (AFIFI et al., 2016; COHEN et al., 2014; GRANTZ et al., 2011) , depressão maior (AFIFI et al., 2016), fobia (AFIFI et al., 2016); e transtornos psicóticos (AFIFI et al., 2016).

Pesquisadores vêm se empenhando em entender os mecanismos neurobiológicos que subjazem as relações entre o abuso emocional na infância e os desfechos negativos relacionados à saúde mental e ao desenvolvimento cognitivo e emocional (MCCRORY; DE BRITO; VIDING, 2011). Van Harmelen et al. (2010), por exemplo, observaram que o abuso emocional está associado à redução significativa no córtex pré-frontal medial dorsal esquerdo, área do cérebro que desempenha um papel importante na regulação emocional, mesmo na ausência de outras formas de violência como a física ou a sexual. Destaca-se que a atividade reduzida desta região cerebral tem sido associada com estados emocionais negativos (VAN HARMELEN et al., 2010). Outro estudo que avaliou as repercussões do abuso emocional na infância na saúde mental observou problemas na responsividade do cortisol às situações de estresse entre aqueles que haviam sofrido violência quando comparados aos controles (CARPENTER et al., 2009). Como mencionado anteriormente, esta redução do cortisol pode favorecer comportamentos agressivos ou externalizantes (VAN GOOZEN; FAIRCHILD, 2008).

A violência física na infância também está associada ao sofrimento mental (ASSIS et al., 2009; LOBBESTAEL; ARNTZ; BERNSTEIN, 2010; WILLIAMS et al., 2016), comportamentos de risco e perpetração da violência (MAAS, et al., 2008). As repercussões das estratégias de disciplina que utilizam castigos corporais físicos também merecem atenção. Um estudo realizado na Tanzânia, por exemplo, observou relações entre ter sofrido alguma forma de disciplina severa em casa na infância e aumento dos comportamentos internalizantes (e.g., isolamento, queixas somáticas, ansiedade e depressão); e déficit da *working memory* (i.e, parte do sistema cognitivo responsável por manter a informação disponível para processamento) e do rendimento escolar (HECKER et al., 2016). Tais repercussões parecem sofrer influência de outros aspectos das relações entre pais e filhos. Segundo alguns autores, crianças expostas à disciplina violenta e violência física, mas que, ao mesmo tempo, se sentem amadas pelos pais que também demonstram outras formas de afeto, têm os efeitos das violências na saúde mental reduzidos (CHEUNG et al., 2017; COLLISHAW et al., 2007; MORAES et al., 2018). Além do efeito emocional que subjaz à violência física gerando efeitos deletérios ao desenvolvimento emocional, o ato físico em si pode favorecer o desenvolvimento de comportamentos agressivos em fases futuras. Tais estudos se apoiam na teoria da Aprendizagem Social de Bandura (BANDURA, 1978), descrita na subseção

[§1.1.2.1.2.](#) Um estudo de revisão com foco em estudos longitudinais que abordaram as relações entre abuso na infância e perpetração da violência na juventude corroboram esta tendência à repetição da violência em relacionamentos futuros (MAAS; HERRENKOHL; SOUSA, 2008).

A violência sexual na infância é amplamente estudada (PUTNAM, 2003; STOLTENBORGH et al., 2011) trazendo mais visibilidade ao tema. Esta experiência na infância está relacionada à várias formas de adoecimento psíquico (LOBBESTAEL; ARNTZ; BERNSTEIN, 2010), tais como, a depressão maior na vida adulta (GALLO et al., 2018; SHAMBLAW et al., 2019) e o uso abusivo de substâncias (GAUTHIER-DUCHESNE; HEBERT; DASPE, 2017). O abuso sexual também pode levar a maiores chances de perpetração de VPI, tanto em homens como em mulheres (CUBELLIS et al., 2018). O sentimento de culpa e de inadequação que acompanham este tipo de abuso dificultam o pedido de ajuda, sua prevenção e os cuidados com as vítimas. Tal dificuldade faz com que crianças permaneçam a vida toda em silêncio, aumentando ainda mais os efeitos nefastos do abuso sexual (FEIRING; TASKA; LEWIS, 1996).

Se por um lado, as violências física, emocional e sexual têm o caráter ativo, por outro lado as negligências têm o caráter passivo e são consideradas violências de privação ou abandono. Assim, podem ter consequências diferentes para o desenvolvimento da criança. A negligência emocional, por exemplo, é frequentemente relacionada ao desenvolvimento de comportamentos internalizantes, o que favorece o retraimento social e dificulta a interação com os pares (HILDYARD; WOLFE, 2002; ROGOSCH; OSHRI; CICCETTI, 2010). A teoria do apego também destaca a importância de se prestar atenção neste tipo de violência. A negligência emocional pode estar sinalizando padrões instáveis e desorganizados de supervisão dos pais (MCCABE, 2007), o que pode gerar indivíduos com padrões de apegos do tipo ansioso e desorganizado (BOWLBY, 1988; HOLMES, 1993).

Apesar das investigações que abarcam as repercussões dos diferentes tipos de violência sofridos na infância na saúde terem encontrado resultados relevantes, recentemente, alguns autores têm indicado a importância de se caracterizar melhor o perfil de vítimas para uma visão mais abrangente do tema (EVANS; LI; WHIPPLE, 2013; SAMEROFF et al., 1987; DEBOWSKA et al., 2017). Nesta direção, sugere-se que os perfis de violência sofridas não considerem apenas a tipologia delas, mas incorporem a concomitância de diferentes formas de violência e seus efeitos cumulativos. Crianças que sofrem violência emocional e violência física graves, mas não experimentam qualquer forma de negligência ou violência sexual, teriam fatores de risco e consequências muito diferentes das crianças que sofrem

apenas violência sexual ou do grupo de crianças que estão vivenciando a completa ausência dos cuidadores e, com isso, sendo expostas às negligências física e emocional durante todo o desenvolvimento (BELLIS et al., 2014; FELITTI et al., 1998; KESSLER et al., 2010; SOARES et al., 2016). Considerando o grande arsenal metodológico disponível para a detecção apurada dos perfis de vitimização de violência familiar na infância, os estudos sobre o tema são bem-vindos (WANG; WANG, 2012; DEBOWSKA et al., 2017). Desta forma, será possível compreender melhor as situações, seus fatores de risco e consequências e, assim, propor formas de prevenção, fortalecimento de resiliência e acolhimento mais adequadas.

Na perspectiva de agregar elementos socioculturais para explicar as relações entre violências na infância e saúde mental, em função das evidências que apontam maior prevalência de depressão em mulheres (ARNOW et al., 2011) e maior frequência de envolvimento de homens em situações de violência (WAISELFISZ, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), alguns estudos também têm investigado se questões de gênero poderiam ser um modificador de efeito neste processo (ARNOW et al., 2011; GALLO et al., 2018; GAUTHIER-DUCHESNE; HEBERT; DASPE, 2017; PAUL; ECKENRODE, 2015). Com relação ao desenvolvimento de depressão e comportamentos internalizantes em mulheres, por exemplo, propõe-se que estas sintam mais culpa e responsabilidade pela qualidade das relações pessoais, o que favoreceria o desenvolvimento de sintomas depressivos na presença de violência (ARNOW et al., 2011). Os diferentes papéis de gênero fortalecidos por sociedades machistas que levam a que meninas sejam mais repreendidas do que meninos quando apresentam comportamentos agressivos, também poderiam justificar maior incidência de sintomas externalizantes, tais como agressividade e envolvimento em grupos de violência, entre estes últimos (GAUTHIER-DUCHESNE; HEBERT; DASPE, 2017). Nesta perspectiva, seria fundamental que estudos que discutem tanto os padrões de violência, como as relações entre violências e outras experiências adversas na infância, outras violências e saúde mental nos vários ciclos de vida considerassem a possibilidade de repercussões negativas distintas em meninos e meninas.

## 2 JUSTIFICATIVAS

A violência na infância, por ser uma situação extremamente frequente, por ter repercussões negativas diversas no crescimento e desenvolvimento infantil e por ser considerada uma violação aos direitos humanos, faz parte da agenda do desenvolvimento sustentável. Em seu artigo 16.2 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, as Nações Unidas destacam a relevância do combate à violência contra criança, ponto central desta tese: “Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças” (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2015a). Em estudos epidemiológicos, a violência contra criança é frequentemente operacionalizada a partir de suas diferentes naturezas da violência (psicológica, física, sexual etc.) (KRUG et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). No entanto, como descrito na [§ 1.1.2](#), as sutilezas do problema talvez se tornem mais perceptíveis a partir da identificação dos padrões de violência, que não se resumem apenas à sua classificação, considerando a natureza das situações, mas também as conjunções dos atos violentos. Esta perspectiva nos motivou a querer identificar quais seriam estes padrões de coocorrência em adolescentes de uma determinada região do Rio de Janeiro, após estimar a prevalência dos diferentes tipos de violência, considerando-os isoladamente. Como será visto adiante, os artigos 2 e 3, que compõem a seção de Resultados da tese, são frutos destas indagações.

Para além das consequências a saúde física, estudos em diferentes partes do mundo e realizados em diferentes épocas vêm sugerindo que a violência na infância aumenta o risco de adoecimento mental, sejam estes através de comportamento externalizantes, como envolvimento em violências futuras, ou internalizantes, como sintomas de depressão e ansiedade. Entretanto, ainda há controvérsias sobre o tema, especialmente no que tange aos estudos que tentam responder se estas relações se dão de forma similar entre meninos e meninas. Esta tese buscou investigar dois desfechos da violência na infância entre meninos e meninas. Ao estudar a relação da violência familiar na infância com a saúde mental na adolescência, esta tese se aproxima do objetivo três da agenda do desenvolvimento sustentável de “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”.

Da mesma forma, a violência entre parceiros íntimos tem se mostrado um problema de Saúde Pública no mundo todo. As Nações Unidas também reforçam a importância de prevenir as violências entre parceiros e especialmente contra mulheres e, por conseguinte, colocam a

eliminação da violência contra mulheres e meninas como o quinto objetivo da agenda para o desenvolvimento sustentável (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2015b). A violência entre parceiros íntimos é um fator que traz grande vulnerabilidade às mulheres e o enfrentamento das raízes desta violência favorece a construção da igualdade de gênero (KRUG et al., 2002). Como visto anteriormente, vários estudos indicam que o início deste comportamento violento ocorre principalmente na adolescência e entre jovens adultos, por ser este o momento das primeiras relações amorosas. Assim, o conhecimento da magnitude do problema, o entendimento dos padrões de violências no namoro descritos através do estudo empírico da coocorrência de atos de vitimização e perpetração de diferentes naturezas, bem como de os fatores de risco para o pertencimento a cada um destes perfis, são etapas fundamentais para a construção do conhecimento temático indispensável para subsidiar estratégias de enfrentamento da situação.

Apesar das altas magnitudes do fenômeno no mundo, no Brasil, ainda são poucos os estudos que estimam a magnitude da violência no namoro. Nessa perspectiva, ao estimar a magnitude do fenômeno entre os alunos de uma região administrativa do Rio de Janeiro, espera-se colaborar para o crescimento do conhecimento sobre o tema em nosso país e para a sensibilização das instituições e da sociedade como um todo, no sentido da necessidade de não poupar esforços para a prevenção do problema (KRUG et al., 2002). Além da estimação das prevalências de violência no namoro, esta tese também buscou dar um passo além na discussão dos padrões de violência no namoro entre adolescentes. Algumas teorias e evidências empíricas têm classificado a VPI com o foco na forma como a violência acontece e não apenas na natureza do abuso. Porém, esses estudos foram conduzidos em adultos e seria importante investigar se esta tipologia já pode ser observada entre os adolescentes em suas primeiras relações amorosas. Este estudo, portanto, buscou suprir essa lacuna na literatura ao propor uma classificação de tipos de violência no namoro entre adolescentes. A partir do conhecimento da magnitude do problema e de uma classificação sobre os tipos de violências no namoro, será possível entender melhor o papel da VFI no processo que leva às diversas formas de violência no namoro, outra intenção da presente pesquisa

À luz do exposto acima, os achados visam contribuir para um melhor entendimento das situações e dos processos envolvidos nas relações entre a violência familiar na infância, violência no namoro e saúde mental na adolescência, o que pode contribuir para a elaboração de políticas de enfrentamento mais adequadas a cada tipo de situação e, conseqüentemente, mais efetivas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

O objetivo geral desta tese foi conhecer as magnitudes e os padrões das violências no namoro durante a adolescência (VNA) e familiares na infância (VFI), as repercussões da VFI nos diferentes padrões de VNA, bem como as relações dos padrões de VFI com a saúde mental na adolescência.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Estimar a prevalência de perpetração e vitimização das violências física, emocional/verbal, sexual e comportamento controlador no namoro, em adolescentes escolares de uma região administrativa do Rio de Janeiro como um todo e segundo diferentes subgrupos - sexo, cor da pele, tipo de gestão escolar, status socioeconômico, configuração familiar, dentre outros (Manuscrito 1);
- b) Identificar os diferentes padrões de violência no namoro e analisar quais formas de violência familiar na infância favorecem o pertencimento às classes mais graves de violência no namoro (Manuscrito 2);
- c) Investigar os padrões de vitimização de violência familiar na infância e examinar a relação destes padrões com a saúde mental na adolescência estratificado por sexo (Manuscrito 3).

## **4 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS**

Como indicado na Introdução, esta tese é fruto de um projeto maior intitulado “Estupro de vulnerável e outras violências contra adolescentes e jovens do sexo feminino”. Visando facilitar a descrição dos procedimentos e métodos utilizados para alcançar os diferentes objetivos da tese, optou-se por subdividir esta seção em duas partes. A primeira descreverá os procedimentos e métodos relativos ao estudo de fundo que gerou o banco de dados utilizado na tese e a segunda se debruçará sobre os aspectos metodológicos específicos dos respectivos manuscritos que apresentam os principais resultados do trabalho.

### **4.1 Procedimentos e métodos relacionados ao estudo de fundo**

#### **4.1.1 Desenho e cenário de estudo**

Trata-se de um estudo seccional de base escolar, que teve como cenário as escolas públicas e privadas da IX Região Administrativa (RA), que envolve os bairros Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú, do município do Rio de Janeiro (Figura 4). De acordo com o censo de 2010, estima-se que a região tenha aproximadamente, 190.000 habitantes e renda familiar média per capita de 3,6 salários-mínimos (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2017).

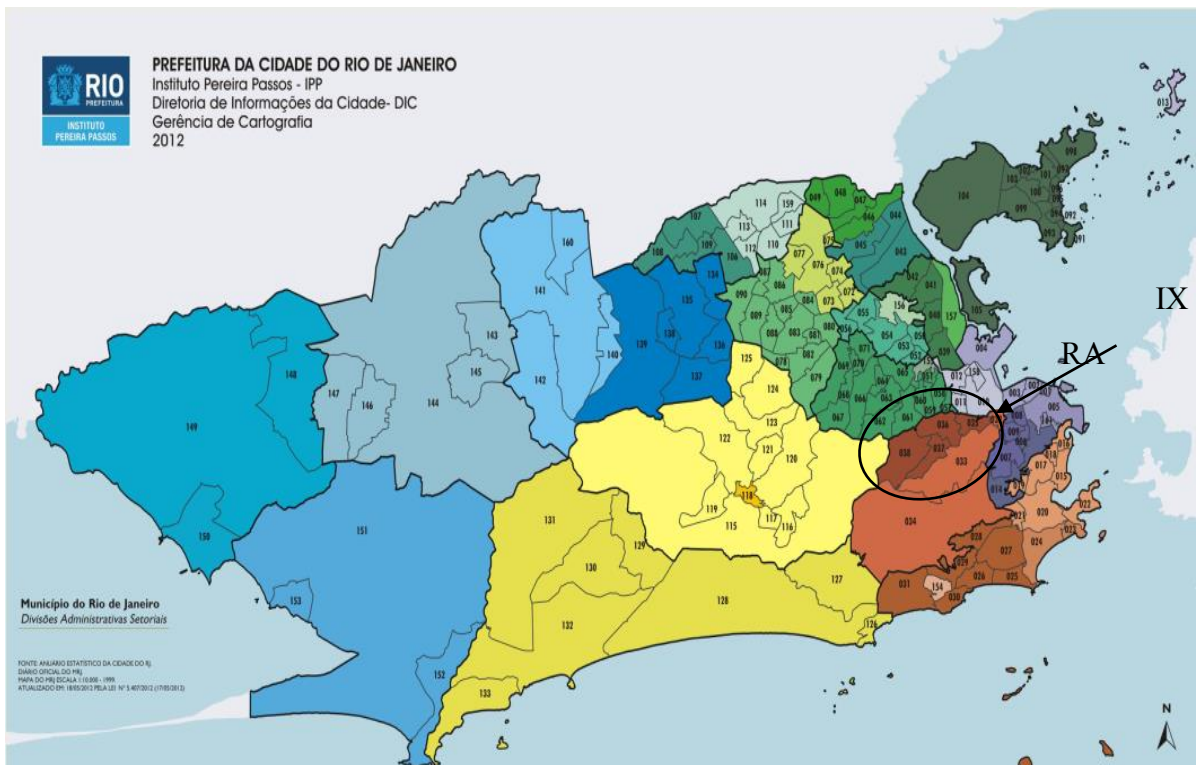
A escolha deste cenário decorre de a região apresentar características culturais, socioeconômicas e de urbanização semelhantes às de muitas outras áreas geográficas do Rio de Janeiro e de outras metrópoles brasileiras. Ademais, a escolha deste cenário possibilitou a oferta de atendimento por profissionais de saúde especializados a qualquer aluno que, de alguma forma, tivesse interesse em conversar mais a respeito dos temas pesquisados ou tivesse necessidade de apoio especializado para lidar com situações de violência no namoro, na comunidade, abuso de álcool ou drogas, ou mesmo se o adolescente se sentisse lesado pela pesquisa, por ser uma população assistida pelo NESA – Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente, da UERJ. Além disso, a proximidade à UERJ favoreceria a parceria

Universidade-Escolas no desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção das violências nas escolas em um momento posterior à coleta de dados.

A população fonte foi composta pelo total de estudantes regularmente matriculados em 2016 no 2º ano do Ensino Médio na IX RA do Rio de Janeiro em um total de 1470 alunos em 52 turmas. Optou-se por alunos de segundo ano porque, nesta idade, muitos já tiveram experiências amorosas propiciando o estudo das violências no namoro e por estes terem mais interesse em participar do estudo, já que não estariam sujeitos ao estresse do exame de ingresso nas universidades, característico do último ano do ensino médio.

A região dispõe de cinco escolas públicas, com turnos diurnos e noturnos, nas quais estão matriculados 714 estudantes e 15 escolas particulares, apenas com turnos diurnos, que contemplam 756 alunos matriculados. A coleta de dados teve início em setembro de 2016 e finalizou em fevereiro de 2017.

**Figura 4 – Mapa do Município do Rio de Janeiro. Em destaque: IX Região**



**Administrativa**

Fonte: Instituto Pereira Passos (2019)



#### 4.1.2 Plano amostral e seleção de participantes

Entendendo que o fenômeno estudado pode variar de acordo com gestão da escola e turno das aulas, optou-se por uma amostra estratificada segundo esses critérios para garantir a representatividade dos grupos. Foram considerados três estratos: o das escolas públicas diurnas composto por 18 turmas (34,6%); o das escolas públicas noturnas, que compreendeu oito turmas (15,4%); e o das escolas privadas diurnas com 26 turmas (50%). Para um cálculo preliminar do tamanho da amostra, considerou-se a prevalência de violência nos relacionamentos amorosos, estratificada por sexo e estimativas de razões de chance para modelo logístico com variável de exposição binária e covariáveis de ajuste. Foi assumido 100% de cobertura da população de estudo e 15% de não resposta.

Considerando o número médio de alunos por turma, selecionou-se uma amostra de 26 turmas com probabilidade de seleção proporcional ao tamanho da escola. Todos os alunos das turmas sorteadas que estavam cursando regularmente a escola foram convidados a participar da pesquisa. Ao final, apesar da população estimada ter sido de 678 alunos, o tamanho amostral efetivo foi maior do que o estimado inicialmente (721 entrevistas). Desta forma, os pesos foram recalculados a posteriori para que estes correspondessem à probabilidade de seleção dos indivíduos.

#### 4.1.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por equipe composta por docentes pesquisadores, alunos de graduação e de pós-graduação, técnicos administrativos da UERJ e funcionários contratados do Centro de Avaliação Física e Treinamento (CAFT). O trabalho de campo incluiu o contato prévio com as escolas, o treinamento das equipes de entrevistadores, a organização logística para a coleta, a sensibilização dos estudantes em semana anterior à coleta de dados e a coleta propriamente dita, que, por sua vez, foi composta pelas etapas de autopreenchimento dos questionários e busca ativa de informações de identificação e características demográficas ausentes por telefone. A aplicação dos instrumentos de coleta de dados durou aproximadamente 50 minutos e foi feita em sala de aula.

#### 4.1.4 Instrumento de coleta de dados

O questionário aplicado era composto por 10 módulos organizados de A a J. O primeiro módulo (A) continha dados gerais de identificação do aluno como idade, data de nascimento, bairro e telefone, sem identificação do nome. O módulo seguinte (B) abarcou informações sociodemográficas. Em seguida, no módulo C, foram abordados aspectos familiares como estrutura familiar e escolaridade dos pais. O módulo D apresentou o instrumento de violência familiar na infância (BERNSTEIN; FINK, 1998; GARBIN et al., 2012; GRASSI-OLIVEIRA et al., 2014) e foi intitulado de ‘memórias da infância’. Em seguida, no módulo E, vieram perguntas sobre relacionamentos amorosos ao longo na vida e o módulo F apresentou o instrumento de violência no namoro da adolescência (WOLFE et al., 2001). Em seguida, no módulo G, foram abordadas questões sobre sexualidade e iniciação sexual. O módulo H trouxe questões sobre a violência urbana e inclui o envolvimento em violência juvenil (CENTRO DE ESTUDO DE SEGURANÇA E CIDADANIA, 2012). O módulo seguinte (I) é o instrumento utilizado para aferir uso de álcool e outras drogas (HENRIQUE ET AL., 2004). Por fim, o último módulo (J) se refere à saúde mental dos adolescentes (SÁNCHEZ LÓPEZ; DRESCH, 2008)<sup>7</sup>.

#### 4.1.5 Questões Éticas

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) no 48107514.2.0000.5282, e pela Secretaria de Estado de Educação. Todos os alunos receberam, uma semana antes da coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para que os pais ou responsáveis dessem autorização para a participação do aluno na pesquisa e fossem devolvidos à equipe no dia da

---

<sup>7</sup> O questionário completo se encontra no anexo C.

pesquisa. Alunos também assinaram um Termo de Assentimento no dia da pesquisa concordando em participar da pesquisa e ratificando a consentimento informado e esclarecido dos pais.

## **4.2 Procedimentos e métodos diretamente relacionados aos objetivos e produtos desta tese**

### 4.2.1 Métodos relativos ao objetivo 1: Estimar a prevalência de perpetração e vitimização dos diferentes tipos de violência no namoro como um todo e em subgrupos

#### 4.2.1.1 Desenho de estudo

O estudo tem delineamento seccional de base escolar. O cenário foram escolas públicas e privadas do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017.

#### 4.2.1.2 Participantes

Dentre os 721 participantes da amostra total do estudo de fundo, 556 relataram terem tido relacionamento amoroso (namorar ou ficar) dentro do período de recordatório de 12 meses, tornando-os elegíveis para este estudo. Devido ao pequeno número de adolescentes que se autodenominavam indígenas ou asiáticos (n=17), decidimos retirá-los da análise, culminando em uma amostra final de 539 alunos.

#### 4.2.1.3 Processo de redução dos constructos teóricos às variáveis empíricas

Para identificar a exposição e a perpetração a/de violência no namoro, foi utilizado o *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory* (CADRI). Trata-se de um instrumento desenvolvido no Canadá (WOLFE et al., 2001) e adaptado para a população brasileira (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011). O CADRI mede a perpetração e a vitimização da violência no namoro através de perguntas que abordam as formas de comportamento abusivo entre namorados adolescentes. Contém 25 itens distribuídos em cinco dimensões: abusos físicos (4 itens), verbal/emocional (10 itens), relacional (3 itens), sexual (4 itens) e comportamento ameaçador (4 itens). Além destas cinco dimensões, o CADRI contém 10 itens para a mensuração de comportamentos positivos para a resolução de conflitos. Os itens são tipo *Likert* de quatro opções de resposta (sempre, às vezes, raramente e nunca) e o período de recordação abrange os 12 meses anteriores. Os participantes respondem os itens como vítimas e como agressores.

Para o Manuscrito 1, foram utilizadas as subescalas violência física, violência emocional, comportamento ameaçador e violência sexual, excluindo-se o item referente ao beijo forçado da subescala de violência sexual por sua baixa confiabilidade na versão brasileira do questionário. Os participantes que relataram positivamente pelo menos um dos itens que compõem as subescalas foram considerados positivos para esse tipo de violência. Utilizamos uma estratégia dicotômica, pois o principal interesse do artigo era estimar a prevalência de VNA (ocorrida ou não), independentemente de sua frequência.

Para descrever o perfil da amostra e realizar análises de subgrupos, foram utilizadas variáveis demográficas, socioeconômicas, de estrutura familiar, características da escola, violência infantil e comunitária e consumo de álcool. A condição econômica da família foi mensurada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB) - versão 2015. As famílias foram divididas nas classes econômicas A, B, C, D e E de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015), sendo “A” a classe de maior poder aquisitivo e “E” a de menor poder aquisitivo. Devido ao pequeno número de famílias nas classes extremas, as mais altas (A e B) foram agrupadas em uma categoria e as mais baixas (C, D e E) em outra.

Para identificar a violência na infância, utilizou-se a versão brasileira do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (BERNSTEIN; FINK, 1998; GARBIN et al., 2012; GRASSI-OLIVEIRA et al., 2014). Trata-se de um instrumento para detectar vivências de violências no

período da infância (até os 10 anos de idade) a partir do recordatório de adolescentes ou adultos. A escala é composta por 28 itens (questões), divididos em quatro subdimensões, quais sejam: abuso psicológico (5 itens), violência física (5 itens), sexual (5 itens) e negligência (10 itens). A última é subdividida em negligência física (5 itens) e emocional (5 itens). O questionário ainda apresenta 3 itens que não tratam do tema violência, sendo apenas facilitadores da entrevista. A Escala tem opções de resposta do tipo Likert com 5 alternativas (1-Nunca, 2-Poucas vezes, 3-Às vezes, 4-Muitas vezes, 5-Sempre). Alguns itens, como “Eu me senti amado”, têm a pontuação invertida (5-Nunca, 4- Poucas vezes, 3- Às vezes, 2-Muitas vezes, 1-Sempre). Aqueles que marcaram as opções 2, 3, 4 ou 5 foram considerados positivos para o item. Aqueles que responderam positivamente a pelo menos um item foram considerados positivos para a respectiva subescala.

A exposição à violência na comunidade foi avaliada perguntando se o aluno tinha visto o corpo de alguém assassinado ou se já havia tido um parente, amigo, vizinho ou colega assassinado. Para identificar o envolvimento dos alunos com a violência juvenil, perguntou-se se eles tinham algum colega ou amigo que havia praticado algum dos seguintes atos nos últimos 12 meses: (i) portou arma de fogo; (ii) ameaçou alguém com uma arma de fogo; (iii) matou alguém; (iv) ameaçou alguém de morte; (v) agrediu alguém; (vi) foi ferido com arma de fogo; (vii) ferir alguém com arma de fogo; ou (viii) foi agredido ou espancado alguém (CENTRO DE ESTUDO DE SEGURANÇA E CIDADANIA, 2012).

Para avaliar a frequência de uso de álcool nos três meses anteriores, foi utilizado o questionário *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) endossado pela OMS (HENRIQUE et al., 2004). Os alunos foram agrupados em três categorias: 1-nunca; 2-às vezes (combinando “uma ou duas vezes” e “uma vez por mês”); e 3-sempre (combinando “uma vez por semana” e “quase todos os dias”) (HENRIQUE et al., 2004).

#### 4.2.1.4 Plano de análise de dados

Neste manuscrito, foram estimadas as prevalências dos diferentes tipos de violência no namoro segundo sua natureza (física, verbal/emocional, sexual e comportamento ameaçador) e tipo de envolvimento do adolescente (perpetração e vitimização) na amostra como um todo e em subgrupos de acordo com sexo, cor da pele, tipo de gestão escolar, status

socioeconômico, configuração familiar, dentre outros. Foram utilizados testes qui-quadrado para avaliar a heterogeneidade das proporções nas categorias dos subgrupos.

#### 4.2.2 Métodos relativos aos objetivos 2 (Identificar os diferentes padrões de violência no namoro e analisar quais formas de violência familiar na infância favorecem o pertencimento às classes mais graves de violência no namoro) e 3 (Investigar os padrões de vitimização de violência familiar na infância e examinar a relação destes padrões com a saúde mental na adolescência)

##### 4.2.2.1 Referencial teórico-metodológico que subsidia os manuscritos 2 e 3

###### 4.2.2.1.1 Dos modelos teórico-conceituais aos Gráficos Acíclicos Direcionados (GAD)

Os diagramas causais representam as hipóteses qualitativas baseadas em conhecimentos prévios e nas assunções a priori sobre as estruturas das relações causais de interesse (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016; HERNÁN; ROBINS, 2020). Desta forma, a elaboração de figuras gráficas favorece a resolução de problemas conceituais e melhora a comunicação entre os investigadores (HERNÁN; ROBINS, 2020). Estas representações gráficas são compostas por vértices, que representam variáveis aleatórias (E, C, Y), e arestas (setas), que representam as relações entre as variáveis. Adota-se que o fluxo de tempo que parte da esquerda para a direita, ou seja, variáveis mais à direita são temporalmente antecessoras das variáveis posicionadas à esquerda. As setas que partem de uma variável (pai) à outra (filha) representam o pressuposto de que há uma relação causal direta entre estas (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016; HERNÁN; ROBINS, 2020). De forma alternativa, a ausência de setas entre duas variáveis demonstra o pressuposto de não haver efeito causal direto entre estas para nenhum indivíduo na população (HERNÁN; ROBINS, 2020).

Quando estes diagramas causais têm todas as suas arestas representadas por setas com direção única, este é ‘direcionado’. Quando nenhuma ligação entre variáveis forma um

circuito fechado, este é ‘acíclico’ (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016; HERNÁN; ROBINS, 2020). Assim, tais diagramas são chamados de Gráficos Acíclicos Direcionados (GAD) (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016; GLYMOUR; GREENLAND, 2008; HERNÁN; ROBINS, 2020). Os GAD causais não têm uso prático, a menos que façamos uma suposição ligando a estrutura representada pelo GAD aos dados obtidos em uma pesquisa epidemiológica, por exemplo. Tal suposição, conhecida como suposição causal de Markov, afirma que, condicional às suas causas diretas, uma variável Y é independente de qualquer variável para a qual não seja uma causa. Isso é, condicional a seus pais, Y é independente de seus não descendentes (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016; HERNÁN; ROBINS, 2020).

A utilização de GAD como técnica para lidar com seleção de variáveis de confusão em pesquisas epidemiológicas tem crescido nas últimas décadas (GLYMOUR; GREENLAND, 2008; GREENLAND; PEARL; ROBINS, 1999). Como pormenorizado adiante, para alcançar os objetivos 2 e 3 da tese, a partir da literatura temática e com a utilização do software DAGitty, elaborou-se um GAD composto por um conjunto mínimo de variáveis de confusão que precisariam ser incluídas nos modelos multivariados, visando obter estimativas de efeito imparciais (GREENLAND; PEARL; ROBINS, 1999; HERNÁN; HERNÁNDEZ-DÍAZ; ROBINS, 2004; PEARL; MACKENZIE, 2018; TEXTOR; HARDT; KNUPPEL, 2011; TEXTOR ET AL., 2016). As implicações lógicas de independência dos modelos selecionados foram testadas e, quando necessário, os modelos foram reespecificados.

#### 4.2.2.1.2 Breve síntese dos Modelos de Análises de Classes Latentes (ACL)

Análise de Classes Latentes (ACL) foi utilizada para identificar os grupos homogêneos com relação ao seu envolvimento em violência no namoro (etapa necessária ao alcance do objetivo 2) e sua vitimização na infância (primeiro passo para dar conta do objetivo 3). ACL é um tipo de modelo de mistura que usa variáveis observadas categóricas (neste caso, as respostas aos itens dos instrumentos) (MAIR, 2018; MUTHÉN; MUTHÉN, 2013; NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018; WANG; WANG, 2012). Este método possibilita explorar a estrutura latente de um constructo subjetivo (como as violências, por exemplo), ou seja, identifica agrupamentos de indivíduos que ocorrem naturalmente dentro de uma

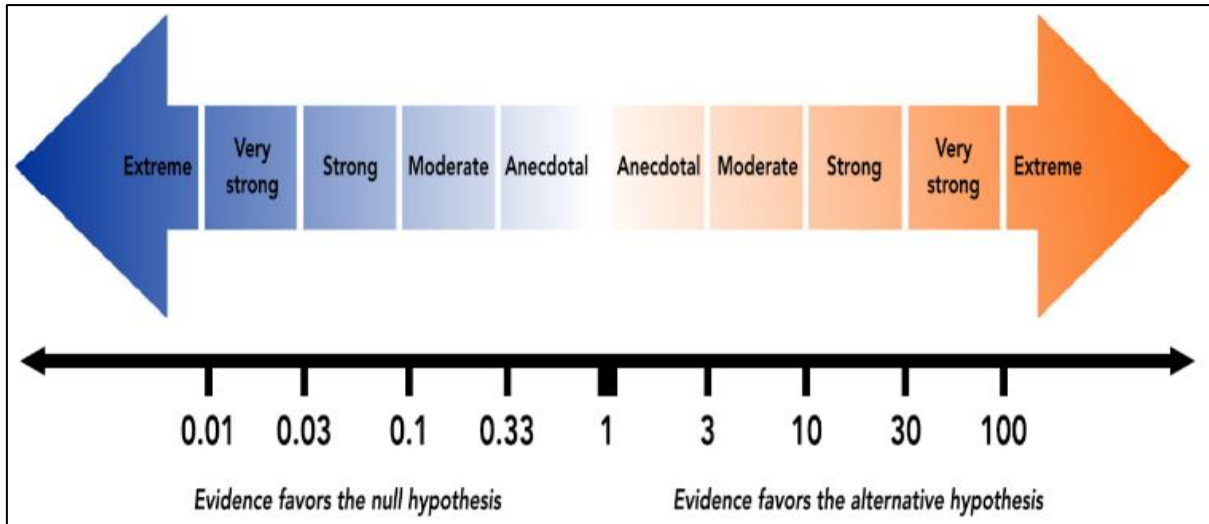
população (MAIR, 2018; MUTHÉN; MUTHÉN, 2013; NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018; WANG; WANG, 2012).

O primeiro passo desta análise é estimar o número de classes latentes desse constructo. Modelos com um número crescente de classes latentes são especificados em um processo iterativo que visa identificar o número de classes que parece ser mais adequado para caracterizar o constructo estudado. Os parâmetros estimados do modelo são obtidos usando estimadores de máxima verossimilhança robustos. A identificação do número ideal de classes latentes se dá comparando estes modelos. O modelo com  $k$ -classes é comparado com o modelo com  $(k-1)$  classes usando quatro critérios de avaliação de ajuste. Para comparação dos modelos, podem ser usados o *Akaike information criterion* (AIC) ou Bayesian information criterion (BIC), considerando que aquele com menor valor de BIC e AIC possui melhor ajuste. Além do AIC e do BIC, podemos usar os testes *Lo-Mendell-Rubin likelihood* (VLMR) e *Bootstrap likelihood ratio* (BLRT). Para estes testes, um  $p$ -valor significativo indica melhora do ajuste do modelo de  $k$ -classes, quando comparado com o modelo de  $(k-1)$  classes (MUTHÉN; MUTHÉN, 2013; WANG; WANG, 2012). Para amostragem complexas, como é o caso deste estudo, não é possível estimar o teste BLRT. A inclusão dos pesos amostrais também trouxe prejuízo à utilização do teste VLMR na tomada de decisão a respeito do melhor modelo a ser utilizado. Muitos pesquisadores apontam para a possibilidade de resultados divergentes entre as estatísticas de ajustes, destacando-se o BIC como o principal ajuste de modelo e a coerência e interoperabilidade das classes estimadas (NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018).

A fim de auxiliar a tomada de decisão usando a estatística BIC, Wagenmakers (2007) propôs a criação do Fator de Bayes (FB). Este fator compara o Modelo A ( $k$  classes) e o Modelo B ( $k+1$  classes) sendo, então,  $B_{A,B} = \exp[SIC_A - SIC_B]$  onde SIC, *O Schwartz Information Criterion*, é definido como  $SIC = -.5(BIC)$  (WAGENMAKERS, 2007). A partir dos valores obtidos, os autores propõem um esquema de classificação para interpretação do FB. Como indicado na Figura 5, tem-se que: FB menor que três aponta fraca evidência para a escolha do Modelo K em detrimento do Modelo K + 1; FB entre 3 e 10 mostra evidência moderada para a escolha do Modelo K; e FB maior que 10 aponta forte evidência para seleção do Modelo K (WAGENMAKERS, 2007).



**Figura 5 – Esquema de classificação de para interpretação do Fator de Bayes**



Fonte: QUINTANA, WILLIAMS 2018, p. 2.

Uma vez que se tem o número de classes latentes definido, avalia-se a entropia do modelo estimado. Para isso, os indivíduos são classificados em relação ao seu grau de pertencimento a cada classe e estima-se a probabilidade de classificação daquele indivíduo em cada uma das classes latentes a partir de seu padrão de respostas aos itens. Esta estimação posterior de probabilidade de pertencimento varia de zero a 1. Valores altos de entropia apontam para baixo erro de classificação. Considera-se aceitável valores a partir de 0.7 (WANG; WANG, 2012). Após estimar o número de classes, estima-se as probabilidades posteriores de cada indivíduo pertencer a cada classe. Com base na probabilidade posterior máxima, cada pessoa pode ser atribuída a uma classe de forma determinística (MAIR, 2018).

Após o cumprimento das etapas anteriores, analisa-se a plausibilidade e inteligibilidade da classificação das classes latentes à luz das teorias e modelos teóricos e criam-se os rótulos para cada classe latente. A nomeação das classes latentes se baseia na apreciação qualitativa e na probabilidade de endosso dos itens nos diferentes perfis latentes (MAIR, 2018; NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018).

A literatura indica três métodos distintos para a utilização de ACL quando se pretende incluir covariáveis nos modelos de análise de dados. O método inicialmente proposto assumia que a estimativa das classes latentes poderia ser feita juntamente com a estimativa das variáveis auxiliares (variáveis de exposição ou covariadas, por exemplo) usando o método de um único passo (*one-step*) (MUTHÉN, 2001; NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018; NYLUND-GIBSON et al., 2014). Recentemente, o método sofreu duras críticas, uma vez que, na modelagem conjunta, as variáveis auxiliares influenciam a estimação das classes, levando a

soluções de classes latentes que não necessariamente correspondiam ao construto subjacente (ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2021; NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018) (Apêndice A - Figura 15).

Diante desta crítica, surge uma segunda proposta de como lidar com a inclusão de variáveis auxiliares em modelos de misturas visando estimativas não enviesadas das classes. Nesta proposta, nomeada de “método em dois passos” (*two-step approach*) pelos autores proponentes (ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2021; NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018), inicialmente é especificado o modelo de classes latentes não condicional e os indivíduos são classificados em uma variável nominal que corresponde à classe que lhe foi destinado a partir de sua probabilidade posterior de classificação. Em uma segunda etapa, é realizado um processo tradicional de modelagem usando a variável criada na etapa anterior e as variáveis auxiliares (regressão multinominal ou linear, por exemplo). Esta abordagem supera o problema de ter os parâmetros reestimados com o uso das variáveis, mas não considera o erro de classificação dos indivíduos nas classes (ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2021). Até o momento, este método é o mais recomendado e utilizado na literatura quando se quer trabalhar as classes latentes como variáveis de exposição em um modelo causal. Como será visto adiante, esta abordagem foi a utilizada para a realização do estudo que gerou o manuscrito 3.

Por fim, propõem-se o “método em três passos” (*three-step method*), visando resolver o problema do erro de medida apresentado na abordagem anterior (ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2021; NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018; NYLUND-GIBSON et al., 2014). Como o próprio nome sugere, o método envolve três etapas na modelagem estatística. Inicialmente, estima-se o modelo não condicional de classes latentes para, em seguida, atribuir-se os indivíduos às classes latentes estimadas em função da probabilidade de endosso a cada item. Na sequência, um modelo de mistura é estimado, mas com os parâmetros de medição que são fixados em valores que contabilizam o erro de medição na atribuição das classes. Apesar da proposta ser recente, esta abordagem tem sido altamente recomendada quando se quer incluir variáveis auxiliares em modelos causais nos quais as classes latentes são a variável de exposição (ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2021; FERREIRA-JUNIOR; VALENTE; SANCHEZ, 2021; NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018; NYLUND-GIBSON et al., 2014). Em função destas recomendações, esta estratégia foi utilizada no manuscrito 2 desta tese.

#### 4.2.2.2 Questões específicas a cada um dos manuscritos

##### 4.2.2.2.1 Objetivo 2: Identificar os diferentes padrões de violência no namoro e analisar quais formas de violência familiar na infância favorecem o pertencimento às classes mais graves de violência no namoro

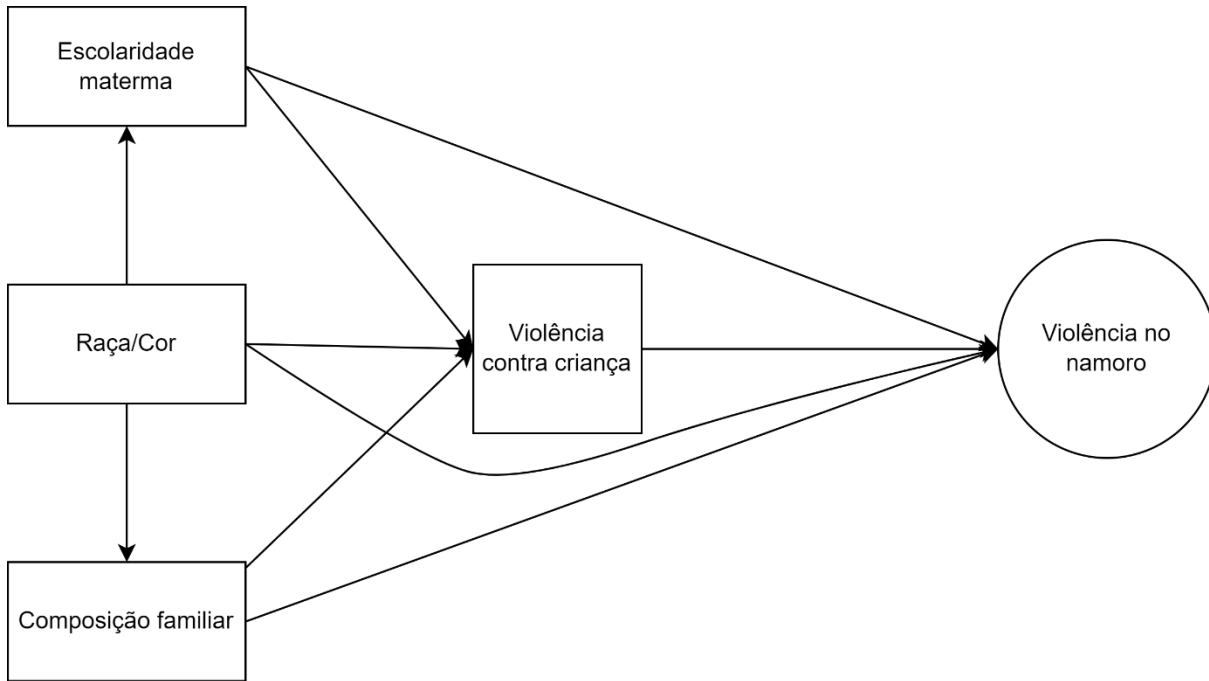
###### A. Participantes

Entre os participantes da amostra total, 550 relataram um parceiro de namoro dentro de um período recordatório de 12 meses e preencheram pelo menos um item de uma das cinco dimensões do questionário de VNA, tornando-os elegíveis para este estudo.

###### B. Gráfico acíclico direcionado causal: relações entre violência familiar na infância e classes latentes de violência no namoro

A Figura 6 representa as relações de VFI e os padrões de VNA. Postula-se que as variáveis escolaridade materna e etnia/cor da pele sejam representantes da posição socioeconômica da família do adolescente ao longo da vida, sendo considerados fatores de confusão por serem relacionados à ocorrência de violência na infância e à violência no namoro (KRUG et al., 2002; STOLTENBORGH et al., 2015; ZANOTI-JERONYMO et al., 2009). No que diz respeito à composição familiar, os filhos que não moram com os pais podem sofrer mais violência familiar devido à sobrecarga dos pais no cuidado do filho (KRUG et al., 2002). A menor supervisão parental destes adolescentes favorece o envolvimento em situação de violência no namoro (ROTHMAN, 2018). Por isso, incluímos a composição familiar como variáveis de confusão.

**Figura 6 – Gráfico acíclico direcionado: relação entre violência familiar contra criança e classes latentes de violência no namoro.**



**Fonte: A autora, 2022.**

### C. Processo de redução dos constructos teóricos às variáveis empíricas

Para identificar o desfecho deste estudo, a violência no namoro, utilizou-se a versão brasileira do Conflict in *Adolescent Dating Relationships Inventory* (CADRI) (MINAYO et al., 2011; WOLFE et al., 2001) apresentada anteriormente (§4.2.1.2). Neste artigo, optou-se por utilizar todos os itens do CADRI referentes às cinco dimensões de violência no namoro que compõem o instrumento. Os itens foram utilizados como variáveis categóricas para a construção das classes latentes de perpetração e vitimização relativos à violência no namoro. Cada item foi dicotomizado (0/1), sendo considerados positivos ao item aqueles que responderam *sempre*, *às vezes* ou *raramente* e negativos aqueles que assinaram a resposta *nunca*.

Como também apresentado anteriormente (§4.2.1.2), a vitimização na infância foi caracterizada a partir da utilização da versão brasileira do instrumento *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (BERNSTEIN; FINK, 1998; GARBIN et al., 2012; GRASSI-

OLIVEIRA et al., 2014). Foram incluídas nesta etapa as dimensões ativas da violência: abuso psicológico, violência física e violência sexual.

Em termos das variáveis de confusão, a variável raça/cor foi coletada a partir da autoclassificação do indivíduo nas cinco categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020): branca, parda, negra, asiática e indígena. Para escolaridade materna, o tempo de estudo da mãe do adolescente foi agrupado em três níveis: até oito anos de estudo (até o ensino médio), o de nove a quinze anos (ensino médio incompleto, ensino médio e ensino superior incompleto) e dezesseis anos ou mais (ensino superior). A composição familiar durante a infância foi avaliada perguntando se eles moravam com ambos os pais até os dez anos de idade.

#### D. Plano de análise de dados

Após a escolha do número de classes e das variáveis de confusão através do GAD, construiu-se dezesseis modelos de regressão multinomial usando a estratégia dos três passos (§ [4.2.2.1.2](#)). Foram oito modelos para meninas e oito para os meninos, sendo quatro de perpetração e quatro de vitimização para cada variável de violência na infância: violência emocional, violência física, violência sexual e o escore de número de violências. Foram estimados os OR e seus intervalos de confiança (IC) a partir da exponencial dos IC dos  $\beta$ . Considerou-se um intervalo de 95% para significância estatística.

Todas as etapas da análise de dados consideraram a estrutura de amostragem complexa e, por conseguinte, os pesos amostrais de cada indivíduo. Todas as análises descritivas foram realizadas no programa R versão 3.3.3 ou 4.0.4 (R CORE TEAM, 2017, 2021), incorporando-se o desenho amostral através da utilização do pacote *Survey*, desenvolvido por Lumley (2017). As análises de classes latentes foram realizadas usando o programa *Mplus* versão 8 (MUTHÉN; MUTHÉN, 1998-2017).

#### 4.2.2.2.2 Objetivo 3: Investigar os padrões de vitimização na infância e examinar a relação destes padrões com a saúde mental na adolescência

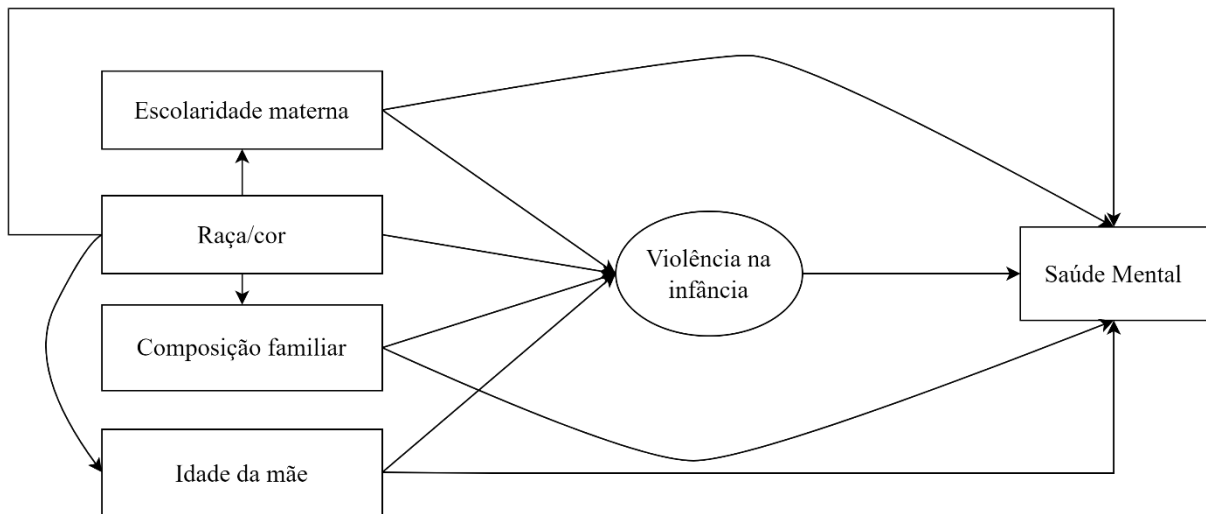
##### A. Participantes

Dentre os 721 participantes da amostra total do estudo de fundo (§4.1.2 Plano amostral e seleção de participantes), 693 eram adolescentes com idades entre 14 e 19 anos, tornando-os elegíveis para este estudo.

##### B. Gráfico acíclico direcionado causal: classes latentes de violência familiar na infância e saúde mental na adolescência

A Figura 7 representa a relação das classes latentes de violência na infância e saúde mental. A dimensão socioeconômica é a mais distal do modelo, representada pela escolaridade materna e etnia / cor da pele. Estes são considerados fatores de confusão uma vez que são, conscientemente, relacionados à violência na infância (STOLTENBORGH et al., 2015 237; ZANOTI-JERONYMO et al., 2009 41) e são fatores de risco para problemas de saúde mental (AHNQUIST; WAMALA; LINDSTROM, 2012; HAMILTON; NOH; ADLAF, 2009). Filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de sofrer violência na infância. Falta de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, falta de apoio social, necessidade de conciliar estudo, trabalho e maternidade são algumas das dificuldades pelas quais mães adolescentes podem passar, aumentando as chances de violência na infância (KRUG et al., 2002 12). As dificuldades vivenciadas pelas mães adolescentes também podem dificultar o fornecimento do suporte necessário para o desenvolvimento emocional dos filhos, favorecendo o desenvolvimento de sintomas ansiosos ou depressivos em idades mais avançadas (BOWLBY, 1988; HOLMES, 1993; KUMAR; HUANG, 2021). A OMS descreve a separação dos pais na infância como uma experiência adversa da infância que pode levar a resultados negativos para a saúde mental dos adolescentes (FELITTI et al., 1998; OMS, 2009). Assim, a idade materna e a composição familiar também foram incluídas como variáveis de confusão em nosso GAD.

**Figura 7 – Gráfico Acíclico Direcionado (GAD): relações entre classes latentes de violência na infância e saúde mental na adolescência.**



**Fonte: A autora, 2022.**

### C. Processo de redução dos constructos teóricos às variáveis empíricas

A exposição foi aferida utilizando a versão brasileira do *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* (BERNSTEIN; FINK, 1998; GARBIN et al., 2012; GRASSI-OLIVEIRA et al., 2014). Como descrito anteriormente na subseção 4.2.1.2, cada item apresenta cinco opções de respostas. Para este objetivo, utilizamos os itens dicotomizados (1/0) como variáveis categóricas para a construção das classes latentes de violência familiar na infância.

Para o desfecho do estudo, utilizou-se a versão nacional do General Health Questionnaire (GHQ-12) (MARI; WILLIAMS, 1985). Existem outras versões mais extensas do questionário, mas o formulário de 12 itens tem sido o mais amplamente usado (MARI; WILLIAMS, 1985; SÁNCHEZ LÓPEZ; DRESCH, 2008; LOPES et al., 2016). Projetado para detectar transtornos mentais comuns, o GHQ-12 avalia um conjunto de sintomas que impactam o dia a dia e a qualidade de vida das pessoas, sem constituírem um diagnóstico psiquiátrico incluindo sintomas de depressão e ansiedade (GOLDBERG, 1972; 1979; GOLDBERG; HUXLEY, 1992; DRAPEAU; MARCHAND; BEAULIEU-PRÉVOST, 2011). Em estudo de validação psicométrica do instrumento, a versão nacional apresentou sensibilidade e especificidade de 85,0% e 79,0%, respectivamente (MARI; WILLIAMS, 1985). Os adolescentes foram solicitados a avaliar o grau em que experimentaram cada sintoma nas últimas duas semanas. Os itens são divididos igualmente entre aqueles escritos

como positivos (“Você tem sido capaz manter a atenção nas coisas que está fazendo?”) e negativos (“Você tem perdido muito o sono por preocupação?”). Para o primeiro grupo de itens, as opções de resposta são 1 = mais do de costume; 2 = o mesmo de sempre; 3= menos o que de costume; 4 = muito menos que o de costume. Para itens negativos, as alternativas apresentadas são 1= de jeito nenhum; 2 = Não mais que de costume; 3= um pouco mais que de costume; 4= muito mais que de costume. As pontuações foram registradas usando o método de codificação binária padrão (0, 0, 1, 1). Portanto, os escores variaram de 0 a 12, com escores mais altos sugerindo maior sofrimento. Estudos psicométricos indicaram que a estrutura unidimensional do GHQ-12 apontava para consistência interna e confiabilidade adequada (BLACK; PANAYIOTOU; HUMPHREY, 2019; GNAMBS; STAUFENBIEL, 2018; GOUVEIA et al., 2010; PEDRERO-PÉREZ et al., 2020).

Além das variáveis de confusão descritas no estudo anterior (§4.2.2.2.1.), para este objetivo, incluiu-se a idade materna de nascimento da participante, calculada subtraindo-se a idade da adolescente da idade da mãe, como variável contínua nas análises de dados.

#### D. Plano de análise de dados

Utilizou-se ACL para identificar o número de classes latentes e os grupos homogêneos de vítimas de violência familiar na infância. Após esta etapa, com base na probabilidade posterior máxima, cada indivíduo foi alocado em uma classe de forma determinística (MAIR, 2018). Com essa classificação, uma variável 'classe latente' foi criada e usada no modelo de regressão linear como exposição para estudar as relações entre as classes de violência contra criança e o escore do GHQ-12.

Para avaliar se a variável 'classe latente' deveria ser usada no modelo como parâmetro único ou como uma variável *dummy*, estimando dois parâmetros diferentes, testamos a verossimilhança das duas propostas. Para os meninos, o uso de dois parâmetros foi estatisticamente significativo (p-valor < 0,00). Entre as meninas, o teste mostrou que a variação entre os betas é constante, devendo ser estimado apenas um parâmetro (p-valor = 0,42).

Após a construção preliminar dos modelos lineares propostos, realizamos as análises diagnósticas dos modelos para avaliar se os pressupostos dos modelos lineares se mantinham. Para analisar se a distribuição condicional do modelo de  $Y | X_1 X_2 \dots X (p)$  era gaussiana, avaliamos a normalidade da distribuição do erro usando o Gráfico Quantil Normal. Para avaliar a suposição de homoscedasticidade, usamos o gráfico de valores previstos versus



resíduos. Os diagnósticos dos modelos apontaram para heterocedasticidade dos erros. Refizemos as análises usando o estimador *Maximum likelihood estimator with robust standard errors* (MRL) para contornar a heterocedasticidade dos erros. A fim de melhorar a eficiência da análise e garantir a diferença no número de parâmetros a serem estimados entre meninas e meninos, foram realizadas análises multigrupo usando o sexo como variável de agrupamento.

Todas as etapas da análise de dados consideraram a estrutura de amostragem complexa e, por conseguinte, os pesos amostrais de cada indivíduo. Todas as análises descritivas foram realizadas no programa R versão 3.3.3 ou 4.0.4 (R CORE TEAM, 2017, 2021), incorporando-se o desenho amostral através da utilização do pacote *Survey*, desenvolvido por Lumley (2017). As análises de classes latentes e de multigrupo foram realizadas usando o programa *Mplus* versão 8 (MUTHÉN; MUTHÉN, 1998-2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese é um produto do Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF). Sediado no Instituto de Medicina Social da UERJ desde 1999, o PIEVF desenvolve atividades de pesquisa nas seguintes áreas: a) magnitude e caracterização da violência familiar; b) violência familiar no âmbito dos serviços de saúde; c) fatores de propensão à violência familiar; d) consequências da violência familiar na saúde; e) desenvolvimento, avaliação e adaptação transcultural de instrumentos de aferição relacionados à violência familiar e domínios afins; e f) desenvolvimento de programas computacionais e aplicação de métodos estatísticos e epidemiológicos especiais em estudos sobre o tema. Este estudo se insere nas áreas temáticas a, c e d. Trata-se de um subprojeto da pesquisa “Estupro de vulnerável e outras violências contra adolescentes e jovens do sexo feminino”, coordenada pelo Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) e pelo PIEVF, ambos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Desta forma, o trabalho vem sendo construído a muitas mãos.

Como apresentado no primeiro manuscrito, a prevalência das várias facetas das violências no namoro foram extremamente altas na população de estudo, reforçando a importância da elaboração de ações intersetoriais que previnam a situação, identifiquem precocemente os adolescentes que vivenciam a situação e substituam as relações amorosas pautadas nas violências como meio de controle e poder e como forma de dissolução de conflitos, por relações baseadas no diálogo, no respeito e na igualdade. Na análise em subgrupos, aqueles que relataram violência familiar na infância, que vivem em áreas violentas e que consomem mais bebidas alcoólicas apresentaram maior prevalência de envolvimento em VNA. Nossos resultados também indicaram que meninas perpetraram mais violência física e meninos perpetraram mais violência sexual. Como descrito anteriormente, muitos estudos epidemiológicos também encontram maior prevalência de perpetração de violência física entre meninas. Este resultado, no entanto, se contrapõe a muitas teorias que propõem que a violência entre parceiros íntimos deve ser vista como uma violência de gênero, ou seja, perpetrada principalmente por homens contra mulheres. Se por um lado, a estimação da magnitude da violência no namoro entre adolescentes pode ser um primeiro passo para sensibilização da sociedade sobre o tema, apontando a necessidade de estratégias para o enfrentamento do problema, por outro, considerar cada tipo de violência isoladamente, sem

considerar a possibilidade da presença de mais de um tipo de situação em suas sutilezas, é insuficiente.

Visando caracterizar melhor o problema, a tese dá um passo além em seu segundo manuscrito, ao utilizar uma estratégia de análise de dados que se baseia no agrupamento de indivíduos em função de suas probabilidades de endosso dos diferentes itens que compõem o instrumento de aferição utilizado para mapear as situações de violência na população estudada. Utilizando a análise de classes latentes, um tipo de modelo de mistura que possibilita explorar a estrutura latente de um constructo subjetivo, foi possível identificar que a violência no namoro se apresenta em três classes distintas tanto em meninos, como em meninas, com semelhanças e diferenças entre esses dois grupos. Além de estimar as classes latentes de violência no namoro, o segundo manuscrito da tese analisa as relações causais entre as violências familiares na infância e a violência no namoro durante a adolescência, mapeada por estas classes latentes. Gostaria de chamar a atenção que a utilização desta abordagem causal que incluiu variáveis auxiliares (variáveis de confusão), selecionadas através da construção de GAD, em modelos de ACL, é pouco utilizada na literatura que se debruça sobre o tema violência, sendo este estudo, inclusive, o primeiro realizado no Brasil.

Outro aspecto inovador desta tese para o campo de violência no namoro foi a utilização dos itens do instrumento, no caso o CADRI, e não as dimensões da violência no namoro. Esta estratégia, embora utilizada em outras áreas como nutrição ou consumo de álcool, por exemplo, foi pouco explorada na área da violência. Como esperado, a ACL nos ajudou a entender melhor os padrões de envolvimento em violência no namoro, uma vez que trouxe mais matizes para a descrição destas situações, especialmente para entendermos as sutilezas das violências emocional e sexual. Além disso, diferentes padrões de endossos de meninas e meninos a comportamentos difamatórios sublinharam as nuances que distinguem os perfis de violência sofridos por esses grupos, ampliando a discussão sobre gênero e violência no namoro. Como descrito anteriormente, visando ampliar a discussão sobre a violência física na violência entre parceiros íntimos entre adultos, muitos autores têm buscado construir tipologias mais abrangentes que considerem a coocorrência das violências, seus contextos e motivações (ALI; DHINGRA; MCGARRY, 2016; CANNON; BUTTELL, 2016; MENNICKE; KULKARNI, 2016). A partir destas perspectivas, a presença de comportamentos controladores parece diferenciar as experiências de violência física entre parceiros íntimos (KELLY; JOHNSON, 2008; MENNICKE; KULKARNI, 2016). Assim, situações de violência física com estes comportamentos poderiam caracterizar situações de violência com assimetria de gênero, sendo perpetrada por homens contra mulheres. Esta seria a

forma mais grave de violência vivida por mulheres (KELLY; JOHNSON, 2008). A violência física sem estas condutas controladoras poderia caracterizar uma violência situacional com simetria de gênero, ou seja, seria perpetrada igualmente por homens e mulheres. Na falta de modelos específicos para adolescentes, esta tipologia tem sido extrapolada para este grupo etário (BOWEN; WALKER, 2016). Os resultados deste estudo trazem alguns elementos novos à esta discussão. Como descrito no manuscrito 2, apenas as meninas da classe 3, (Violência emocional intensa com depreciação, difamação, violência física e estupro), referem ter sido vítimas de atos de difamação. A difamação pode diminuir da credibilidade das meninas e reduzir seus ciclos de amizades, tornando-as mais suscetíveis ao controle coercitivo no futuro (BOWEN; WALKER, 2016). Desta forma, comportamentos difamatórios perpetrados contra meninas podem funcionar como uma ‘red flag’, suscitando a necessidade de intervenções que considerem os aspectos de assimetria de gênero na violência.

Outro achado crucial do estudo, também relacionado aos papéis de gênero, diz respeito às diferentes associações encontradas entre violência familiar na infância e violência no namoro em meninos e meninas. Assim, os achados deste manuscrito complementaram as discussões do primeiro manuscrito possibilitando maior entendimento sobre a violência no namoro e suas relações com a violência familiar na infância e gênero.

O terceiro manuscrito desta tese trouxe a violência familiar na infância para o centro da discussão. Nele, foram estimadas as classes latentes de violência familiar na infância para meninos e meninas e as relações causais destas classes com a saúde mental na adolescência. Nossos resultados apontaram para a grande quantidade de crianças que ainda sofrem castigos físicos como forma de disciplina e para a alta magnitude de meninas vítimas de abuso sexual na infância, tornando-as as principais vítimas de polivitimização infantil. Ao contrário do encontrado em estudos realizados em outros países, a maior parte das nossas crianças foram classificadas nas classes mais graves de violência apontando para a urgência de enfrentamento deste problema por aqui. Outro aspecto no qual este manuscrito avança é na discussão sobre a relação do sexo como modificador de efeito na relação entre violência familiar e saúde mental. Apesar de modelos teóricos e hipóteses que apontavam para esta possibilidade, as pesquisas empíricas não corroboravam tais propostas. Nossos resultados propõem que a moderação do sexo nesta relação pode ocorrer em algumas classes de violência familiar na infância a depender da sobreposição destas violências.

Diante dos achados desta tese, reiteramos a importância de ações que visem a redução da violência familiar na infância e da violência no namoro entre adolescentes. Com relação à violência infância, algumas iniciativas internacionais e nacionais merecem ser destacadas.

Baseada no acúmulo de evidências científicas sobre o enfrentamento da violência na infância, a OMS tem divulgado amplamente a estratégia INSPIRE para aqueles comprometidos com a redução de violência contra crianças, de governadores a pessoas comuns. As sete estratégias incluem: i. Implementação e vigilância do cumprimento de leis; ii. Normas e valores; iii. Segurança do ambiente; iv. Pais, mães e cuidadores recebem apoio; v. Educação e habilidades para a vida (OMS, 2018). No Brasil, além de ações localizadas, destaca-se os avanços na legislação para proteção da infância e adolescência (BRASIL, 1990). Damos um passo importante para o controle e combate das violências tornando as violências interpessoais e autodirigidas agravos de notificação compulsória em todas as unidades da saúde do território (BRASIL, 2011). No entanto, assim como na maioria dos países, os dados oficiais regulares sobre a incidência e prevalência de violência contra criança ainda não são totalmente confiáveis devido à subnotificação dos casos. Mais recentemente, passou a ser proibido o uso de castigos físicos contra criança (BRASIL, 2014, BOWEN; WALKER, 2015b), mas a implementação desta lei ainda encontra muitas barreiras.

Com relação as estratégias de enfrentamento da violência no namoro, no cenário internacional tem crescido o foco em pesquisas e programas de prevenção a violência no namoro na adolescência, sendo estes, em sua maioria realizados em salas de aula (REF). De modo geral, tais abordagens seguem a influência das abordagens feministas que discutem a violência a partir de aspectos de gênero (BOWEN; WALKER, 2015b). A maior parte destas intervenções foram realizadas em países de alta renda, principalmente nos Estados Unidos (PIOLANTI; FORAN, 2022, BOWEN; WALKER, 2015b). No Brasil, encontramos ações pontuais que visam enfrentar o problema da violência no namoro, como a criação de cartilhas que visam divulgar e orientar sobre relacionamentos abusivos (REF).

A complexidade do fenômeno da violência impõe que as ações para seu enfrentamento se organizem em várias esferas e envolvam diferentes instituições que trabalhem de forma integrada e em rede. Neste cenário, a escola tem papel de destaque, quer seja por ser o espaço social principal dos adolescentes, quer pelo papel simbólico que estas têm na sociedade. Desta forma, todo o ciclo escolar deve ser visto como uma janela de oportunidade para se abordar o tema da violência, visando interromper a transmissão intergeracional desta e reduzir suas consequências.

Além das contribuições da tese para o avanço dos programas de investigação na área que tiveram, como consequência, novos subsídios para o planejamento de ações efetivas para a redução das violências na infância e na adolescência, o processo de doutoramento como um todo também gerou frutos muito positivos em termos de meu desenvolvimento profissional e

acadêmico. Tive a oportunidade de fazer um semestre do meu doutorado na modalidade Sanduíche na *Harvard T.H Chan School of Public Health* sob supervisão da professora Marcia Castro. Neste período, pude cursar disciplinas muito desafiadoras como, por exemplo, a disciplina *Advanced Epidemiologic Methods* (EPI 207), ministrada pelos professores James Robins e Miguél Hernan. Essa disciplina ampliou a minha visão a respeito do uso de diagramas causais, usados nesta tese, me apresentou aos *single world intervention graphs* (SWIGs), além de me proporcionar muitas reflexões sobre relações causais e métodos epidemiológicos. Também tive a oportunidade de cursar a disciplina do professor Jukka-Pekka Onnela, intitulada *Introduction to Social and Biological Networks*, na qual foi apresentada a programação em *Python*, além dos principais conceitos e métodos de análises de redes. Além das disciplinas regulares, participei do curso de inverno ministrado pela professora Linda Vealeri – *Causal Mediation and Interaction* – que discutiu, de forma teórica e prática, as implicações de técnicas de mediações e interações em pesquisas epidemiológicas. Neste mesmo período, frequentei seminários de desenvolvimento infantil e o *Workshop: Science based innovation training* do *Center on the Developing Child – Harvard*. Como produtos preliminares desta fase do doutorado, elaboramos um resumo para o 16th World Congress on Public Health (online) ‘*Sexual dating violence victimization and adolescent psychological distress in Rio de Janeiro, Brazil*’<sup>8</sup>.

O ano de 2020 foi marcado pelo início de uma pandemia que impactou a vida de todos nós. Neste período, segui com minhas atividades profissionais e assistenciais presencialmente, mas não tive mais contato com meus colegas do IMS. Foi necessário nos distanciarmos de nossos professores e orientadores e do convívio de nossos colegas e amigos. Fomos obrigados migrar nossas atividades acadêmicas para a modalidade de *home office*. Diante deste cenário angustiante e desafiador que se impôs, busquei maneiras de tentar colaborar com o enfrentamento das dificuldades nesse momento. Assim, me ofereci para ser a primeira monitora da disciplina de Epidemiologia I – Conceitos e Métodos em Epidemiologia (remoto) auxiliando no desenvolvimento de matérias de apoio para os alunos e preparação do ambiente virtual para as aulas. As medidas de isolamento social vividas nesse período tiveram, e ainda vêm tendo, um impacto importante na saúde mental da população. Diante deste quadro, buscando contribuir com o debate sobre os efeitos do distanciamento físico à saúde mental de adolescentes, elaborei, junto com uma colega do IMS, um artigo comentário sobre o tema

---

<sup>8</sup> FAUS, D. et al. Sexual dating violence victimization and adolescent psychological distress in Rio de Janeiro, Brazil. *European Journal of Public Health*, Volume 30 Supplement 5, 2020.

“Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento”, publicado na revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva*<sup>9</sup>.

Esta tese traz algumas limitações que devem ser destacadas. A primeira é referente à população de estudo. Apesar da região estudada ter características sociodemográficas similares a outras regiões do município do Rio de Janeiro, o domínio do estudo pode trazer limitações na extrapolação dos resultados, principalmente nas estimativas de prevalência. Outros estudos com amostras representativas do município seriam bem-vindos para corroborar nossos achados. Além disso, outra questão de preocupação frequente em pesquisas escolares diz respeito ao efeito da evasão escolar nas estimativas de ponto. Pode-se especular que adolescentes expostos a formas mais graves de violência familiar na infância, e que mais tarde têm maior probabilidade tanto de se envolver em violência no namoro quanto de apresentar sintomas de saúde mental, apresentem desempenho acadêmico cada vez pior ao longo dos anos, tornando-os mais propensos a abandonar a escola antes de serem selecionados para o estudo. Da mesma forma, adolescentes que sofrem de problemas mentais mais graves têm mais chance de evadir do ensino médio. Outro ponto que merece atenção se refere ao desenho do estudo seccional. Apesar do instrumento utilizado para aferir a exposição (violência familiar na infância) estabelecer explicitamente um período de rememoração da violência até os 10 anos de idade, este tipo de abordagem pode favorecer o viés de memória, na qual os indivíduos têm suas recordações de acontecimentos passados (violência na infância) afetadas pela exposição a eventos presentes (violência no namoro ou sintomas de saúde mental). Uma forma para cobrir estas limitações seria a elaboração de estudos de base populacional e com desenhos longitudinais.

Por fim, espera-se que esta tese tenha contribuído para o avanço das discussões temáticas que se debruçam sobre as violências interpessoais, problema tão marcante em nosso país. Ao incorporar uma estratégia de análise de dados ainda pouco explorada em estudos epidemiológicos brasileiros, especialmente aqueles voltados à violência na infância e adolescência, espera-se estar contribuindo para a divulgação desta estratégia em nosso meio, na medida em que os manuscritos 2 e 3 são os primeiros estudos no Brasil usando ACL sobre a temática. A utilização dos itens dos instrumentos e não a consolidação dos mesmos em dimensões também foi algo pouco explorado neste campo e possibilitou a ampliação das discussões sobre gênero e violência, bem como tornou visível certos matizes destas situações. A articulação entre a utilização de abordagens causais a partir de diagramas causais e a

---

<sup>9</sup> MILIAUSKAS, C. R.; FAUS, D. P. Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de Enfrentamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 30(4) e300402, 2020.

utilização de ACL, ampliando as possibilidades de inferência dos modelos, também nos parece inovadora. Por outro lado, há ainda muito a ser explorado. Espera-se que a tese inspire nosso grupo de pesquisa e outros a utilizar as metodologias exploradas aqui no estudo de outros temas da adolescência, como a relação entre classes de violência da infância e consumo de álcool na adolescência, violência no namoro e saúde mental, padrões de exposição a violência sexual na infância e adolescência, padrões de consumo de álcool e outras drogas, entre outros.



**REFERÊNCIAS**

ACKARD, D. M.; NEUMARK-SZTAINER, D. Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse and Neglect*, v. 26, n. 5, p. 455-473, 2002. Doi:10.1016/S0145-2134(02)00322-8

AFIFI, T. O. et al. Child abuse and physical health in adulthood. *Health Rep*, v. 82, p. 10-18, 2016.

AHNQUIST, J.; WAMALA, S. P.; LINDSTROM, M. Social determinants of health- a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Soc Sci Med*, v. 74, n. 6, p. 930-939, 2012. Doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.026

ALI, P. A.; DHINGRA, K.; MCGARRY, J. A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and Violent Behavior*, v. 31, p. 16-25, 2016. Doi:10.1016/j.avb.2016.06.008

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls. Report of the APA task force on the sexualization of girls.* 2007.

ANDERSON, K. L. Gender, Status, and Domestic Violence: An Integration of Feminist and Family Violence Approaches. *Journal of Marriage and Family*, v. 59, n. 3, p. 655-669, 1997.

ARCHER, J. Differences in Aggression Between Heterosexual Partners: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, v. 126, n. 5, p. 651-680, 2000.

ARNOW, B. A. et al. Does gender moderate the relationship between childhood maltreatment and adult depression? *Child Maltreatment*, v. 16, n. 3, p. 175-183, 2011. Doi:10.1177/1077559511412067

ASPAROUHOV, T.; MUTHÉN, B. *Auxiliary Variables in Mixture Modeling: Using the BCH Method in Mplus to Estimate a Distal Outcome Model and an Arbitrary Secondary Model.* Mplus Web Notes: No. 21. Version 11. 2021. Disponível em: <<https://www.statmodel.com/examples/webnotes/webnote21.pdf>>. Acesso em: 14 de Março 2022.

ASSIS, S. G. D. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009. Doi:10.1590/S1413-81232009000200002

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. Disponível em:<<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 14 de Março 2022.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. Cotações e boletins. 2021. Disponível em: <<https://www.bcb.gov.br/estabilidadefinanceira/historicocotacoes>>. Acesso em 14 de Março 2022.

- BANDUCCI, A. N. et al. The impact of childhood abuse on inpatient substance users: specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, v. 38, n. 5, p. 928-938, 2014. Doi:10.1016/j.chiabu.2013.12.007
- BANDURA, A. Social Learning Theory of Aggression. *Journal of Communication*, v. 28, pp. 12-29, 1978.
- BANNON, S. M.; SALIS, K. L.; DANIEL O'LEARY, K. Structural brain abnormalities in aggression and violent behavior. *Aggression and Violent Behavior*, v. 25, p. 323-331, 2015. Doi:10.1016/j.avb.2015.09.016
- BARNETT, W. et al. Maltreatment in childhood and intimate partner violence: A latent class growth analysis in a South African pregnancy cohort. *Child Abuse & Neglect*, v. 86, p. 336-348, 2018. Doi:10.1016/j.chiabu.2018.08.020
- BELLIS, M. A. et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 92, n. 9, p. 641-655, 2014. Doi:10.2471/BLT.13.129247
- BELSKY, J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, v. 3, n. 114, p. 413-434, 1993.
- BENITEZ MUÑOZ, J. L.; Muñoz Bandera, J. F. Análisis factorial de las puntuaciones del CADRI en adolescentes universitarios españoles. *Universitas Psychologica*, v. 13, p. 175-186, 2014. Doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.afpc
- BENTLEY, N.; HARTLEY, S.; BUCCI, S. Systematic Review of Self-Report Measures of General Mental Health and Wellbeing in Adolescent Mental Health. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, v. 22, n. 2, p. 225-252, 2019. Doi:10.1007/s10567-018-00273-x
- BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, v. 27, n. 2, p. 169-190, 2003.
- BERNSTEIN, D. P.; FINK, L. *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report – Manual*. Orlando: Psychological Corporation, 1998.
- BESERRA, M. A. et al. Prevalence of Dating Violence among Adolescents from Brazilian Public Schools of Recife/Pe – Brazil. *Revista de Enfermagem*, v. 4, n. 7, p. 91-99, 2015.
- BLACK, L.; PANAYIOTOU, M.; HUMPHREY, N. The dimensionality and latent structure of mental health difficulties and wellbeing in early adolescence. *PloS ONE*, v. 14, n. 2, p. 1-24, 2019. Doi:10.1371/journal.pone.0213018
- BONOMI, A. E. et al. History of dating violence and the association with late adolescent health. *BMC public health*, v. 13, p. 821-821, 2013.
- BOWEN, E.; WALKER, K. Contextualising Violence and Abuse in Adolescent Romantic Relationship. In: \_\_\_\_\_. *The Psychology of Violence in Adolescent Romantic Relationships*. New York: Palgrave Macmillan, 2015a. P. 191.

BOWEN, E.; WALKER, K. What works when intervening in Adolescent Relationship violence? In: *The Psychology of Violence in Adolescent Romantic Relationships*. New York: Palgrave Macmillan, 2015b. P. 96-122.

BOWEN, E.; WALKER, K. *The Psychology of Violence in Adolescent Romantic Relationships*. New York: Palgrave Macmillan, 2016.

BOWLBY, J. *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: 1988.

BOYCE, W. T. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatric dentistry*, v. 36, n. 2, p. 102-108, 2012. Doi:10.1542/peds.2011-2663

BRASIL. *Código Penal*. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

Brasil. Lei no 8.069/90 de 13 de Julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Nº 8.069/90, São Paulo: Atlas, 1991.

BRASIL. Lei Nº 12.015, de 7 de Agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005<sup>a</sup>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Portaria Nº 104 , de 25 de Janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. 2011.

BRASIL. Lei Nº 13.010, de 26 de junho de 2014. *Mensagens de veto*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l13010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13010.htm)>. Acesso em: Fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde- DATASUS*. 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: Fevereiro de 2017.

BRONFENBRENNER, U. Contexts of child rearing. *American Psychologist*, v. 34, n. 10, p. 844-850, 1979. Doi:10.1016/S0964-5691(02)00045-5

BROWN, S. et al. Accounting for the associations between child maltreatment and internalizing problems: The role of alexithymia. *Child Abuse & Neglect*, v. 52, p. 20-28, 2016. Doi:10.1016/j.chiabu.2015.12.008

BUTCHART, A.; MIKTON, C.; KRUG, E. Governments must do more to address interpersonal violence. *The Lancet*, v. 384, n. 9961, p. 2183-2185, 2014. Doi:10.1016/S0140-6736(14)62124-3

CANNON, C. E. B.; BUTTELL, F. P. The Social Construction of Roles in Intimate Partner Violence: Is the Victim/Perpetrator Model the only Viable one? *Journal of Family Violence*, v. 31, n. 8, p. 967-971, 2016. Doi:10.1007/s10896-016-9883-2

CARPENTER, L. L. et al. Effect of childhood emotional abuse and age on cortisol responsivity in adulthood. *Biol Psychiatry*, v. 66, n. 1, p. 69-75, 2009. Doi:10.1016/j.biopsych.2009.02.030

CASCARDI, M. From Violence in the Home to Physical Dating Violence Victimization: The Mediating Role of Psychological Distress in a Prospective Study of Female Adolescents. *J. Youth Adolesc.*, v. 45, n. 4, p. 777-792, 2016. Doi:10.1007/s10964-016-0434-1

CASCARDI, M.; BLANK, S.; DODANI, V. Comparison of the CADRI and CTS2 for Measuring Psychological and Physical Dating Violence Perpetration and Victimization. *J. Interpers. Violence*, v. 34, n. 16, p. 3466-3491, 2019. Doi:10.1177/0886260516670182

CECIL, C. A. M. et al. Double disadvantage: The influence of childhood maltreatment and community violence exposure on adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, v. 55, n. 7, p. 839-848, 2014. Doi:10.1111/jcpp.12213

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Preventing Teen Dating Violence. 2019. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/teendatingviolence/fastfact.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Fintimatpartnerviolence%2Fteen-dating-violence.html](https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/teendatingviolence/fastfact.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Fintimatpartnerviolence%2Fteen-dating-violence.html)>. Acesso em: Julho de 2019.

CENTER ON THE DEVELOPING CHILD. HARVARD SHANKOFF From Best Practices to Breakthrough Impacts NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD Foundation. *Harvard*. 2016.

CENTRO DE ESTUDO DE SEGURANÇA E CIDADANIA. *Questionário JUVIPOL – Juventude, Violência e Polícia*: Centro de Estudo de Segurança e Cidadania. 2012.

CHEN, W. Y. et al. Longitudinal Trajectory of Adolescent Exposure to Community Violence and Depressive Symptoms Among Adolescents and Young Adults: Understanding the Effect of Mental Health Service Usage. *Community Mental Health Journal*, p. 1-14, 2016. Doi:10.1007/s10597-016-0031-5

CHEUNG, K. et al. Relationship and community factors related to better mental health following child maltreatment among adolescents. *Child Abuse & Neglect*, v. 70, p. 377-387, 2017.

CICCHETTI, D.; ROGOSCH, F. A. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J. Consult. Clin. Psychol.*, v. 70, n. 1, p. 6-20, 2002. Doi:10.1037//0022-006x.70.1.6

CHOI, H. J. et al. Stability of alcohol use and teen dating violence for female youth: A latent transition analysis. *Drug Alcohol Ver.*, v. 36, n. 1, p. 80-87, 2017. Doi:10.1111/dar.12462

CHOI, H. J.; WESTON, R.; TEMPLE, J. R. A Three-Step Latent Class Analysis to Identify How Different Patterns of Teen Dating Violence and Psychosocial Factors Influence Mental Health. *J. Youth Adolesc.*, v. 46, n. 4, p. 854-866, 2017. Doi:10.1007/s10964-016-0570-7

COHEN, L. J. et al. Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology? *Psychiatry Research*, v. 215, n. 1, p. 192-201, 2014. Doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.036

COLLISHAW, S. et al. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, v. 31, n. 3, p. 211-229, 2007.

CORTES, T. R.; FAERSTEIN, E.; STRUCHINER, C. J. Use of causal diagrams in Epidemiology: application to a situation with confounding. *Cad Saude Publica*, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016. Doi:10.1590/0102-311X00103115

COSTA, S. F. D. et al. Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 11, 2020.

CUBELLIS, M. A. et al. Childhood Sexual Abuse and Antisocial Traits and Behaviors: A Gendered Examination of the Factors Associated With Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 33, n. 20, p. 3125-3161, 2018. Doi:10.1177/0886260516633692

DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. L. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, p. 450-464, 2018.

DE FREITAS FERREIRA, M. et al. Abusive alcohol consumption among adolescents: a predictive model for maximizing early detection and responses. *Public Health*, v. 159, p. 99-106, 2018. Doi:10.1016/j.puhe.2018.02.008

DEBOWSKA, A. et al. Profiles and behavioral consequences of child abuse among adolescent girls and boys from Barbados and Grenada. *Child Abuse & Neglect*, v. 79, p. 245-258, 2018. Doi:10.1016/j.chiabu.2018.02.018

DEBOWSKA, A. et al. What do we know about child abuse and neglect patterns of co-occurrence? A systematic review of profiling studies and recommendations for future research. *Child Abuse & Neglect*, v. 70, p. 100-111, 2017. Doi:10.1016/j.chiabu.2017.06.014

- DEVRIES, K. M. et al. Global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, v. 340, n. 6140, p. 1527-1528, 2010. Doi:10.1016/science.1240937
- DOBASH, R. P.; DOBASH, R. E. Women's violence to men in intimate relationships: Working on a puzzle. *British Journal of Criminology*, v. 44, n. 3, p. 324-349, 2004. Doi:10.1093/bjc/azh026
- DODGE, K. A.; BATES, J. E.; PETTIT, G. S. Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, v. 250, n. 4988, p. 1678-1683, 1990.
- DRAPEAU, A.; MARCHAND, A.; BEAULIEU-PRÉVOST, D. Epidemiology of Psychological Distress. In: L'ABATE, L. (Ed.). *Mental Illnesses – Understanding, Prediction And Control*. Croatia: INTECH open, 2011. P 105-134.
- DUNN, E. C. et al. Sensitive periods for the effect of childhood interpersonal violence on psychiatric disorder onset among adolescents. *Br J Psychiatry*, p. 364-372, 2017.
- DUNN, E. C. et al.. What life course theoretical models best explain the relationship between exposure to childhood adversity and psychopathology symptoms: recency, accumulation, or sensitive periods? *Psychol Med*, p. 2562-2572, 2018.
- EISENBERGER, N. I. The neural bases of social pain: evidence for shared representations with physical pain. *Psychosom Med*, v. 74, n. 2, p. 126-135, 2012. Doi:10.1097/PSY.0b013e3182464dd1
- EISENBERGER, N. I.; LIEBERMAN, M. D. Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends Cogn. Sci.*, v. 8, n. 7, p. 294-300, 2004. Doi:10.1016/j.tics.2004.05.010
- ELLIS, J. C.; AHMAD, S.; MOLYNEUX, E. M. Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Archives of disease in childhood*, v. 90, n. 12, p. 1297-1299, 2005. Doi:10.1136/adc.2005.080432
- ELLSBERG, M. et al. IPV and womens physical and mental health in the WHO multi-country study on womens health and domestic violence (An observational study). *The Lancet*, v. 371, p. 1165-1172, 2008.
- EVANS, G. W.; LI, D.; WHIPPLE, S. S. Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, v. 139, n. 6, p. 1342-1396, 2013. Doi:10.1037/a0031808
- EXNER-CORTENS, D.; ECKENRODE, J.; ROTHMAN, E. Longitudinal Associations Between Teen Dating Violence Victimization and Adverse Health Outcomes. *Pediatrics*, v. 131, n. 1, p. 71-78, 2013. Doi:10.1542/peds.2012-1029
- EXNER-CORTENS, D.; GILL, L.; ECKENRODE, J. Measurement of adolescent dating violence: A comprehensive review (Part 1, behaviors). *Aggression and Violent Behavior*, v. 27, p. 64-78, 2016a. doi:https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.02.007

EXNER-CORTENS, D.; GILL, L.; ECKENRODE, J. Measurement of adolescent dating violence: A comprehensive review (Part 2, attitudes). *Aggression and Violent Behavior*, v. 27, p. 93-106, 2016b. doi:<https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.02.011>

FANG, X.; CORSO, P. S. Child Maltreatment, Youth Violence, and Intimate Partner Violence. Developmental Relationships. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 33, n. 4, p. 281-290, 2007. Doi:[10.1016/j.amepre.2007.06.003](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.06.003)

FARRER, T. J.; FROST, R. B.; HEDGES, D. W. Prevalence of Traumatic Brain Injury in Intimate Partner Violence Offenders Compared to the General Population: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, v. 13, n. 2, p. 77-82, 2012. Doi:[10.1177/1524838012440338](https://doi.org/10.1177/1524838012440338)

FAUS, D. P. et al. Childhood abuse and community violence: risk factors for youth violence. *Child Abuse & Neglect*, 2019. No prelo.

FEIRING, C.; TASKA, L.; LEWIS, M. A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse & Neglect*, v. 8, n. 20, p. 767-782, 1996.

FELITTI, V. J. et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 14, n. 4, 1998.

FERNÁNDEZ-FUERTES, A. A.; FUERTES, A.; PULIDO, R. F. Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI) - versión española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 6, n. 2, p. 339-358, 2006.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, L.; CALVETE, E.; ORUE, I. Adolescent Dating Violence Stability and Mutuality: A 4-Year Longitudinal Study. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 35, n. 9-10, p. 2012-2032, 2017. doi:[10.1177/0886260517699953](https://doi.org/10.1177/0886260517699953)

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, L.; WEKERLE, C.; GOLDSTEIN, A. L. Measuring adolescent dating violence: Development of 'conflict in adolescent dating relationships inventory' short form. *Advances in Mental Health*, v. 11, n. 1, p. 35-54, 2012. doi:[10.5172/jamh.2012.11.1.35](https://doi.org/10.5172/jamh.2012.11.1.35)

FERREIRA, M. D. F. et al. Abusive alcohol consumption among adolescents: a predictive model for maximizing early detection and responses. *Public Health*, v. 159, p. 99-106, 2018. doi:[10.1016/j.puhe.2018.02.008](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.02.008)

FERREIRA-JUNIOR, V.; VALENTE, J. Y.; SANCHEZ, Z. M. Examining Associations Between Race, Gender, Alcohol Use, School Performance, and Patterns of Bullying in the School Context: A Latent Class Analysis. *J. Interpers. Violence*, p. 1-24, 2021. doi:[10.1177/0886260521999123](https://doi.org/10.1177/0886260521999123)

FOSHEE, V. A. et al. Developmental Outcomes of Using Physical Violence Against Dates and Peers. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, v. 58, n. 6, p. 665-671, 2016. doi:[10.1016/j.jadohealth.2016.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.002)

FOSHEE, V. A. et al. Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence. *Preventive Medicine*, v. 32, n. 2, p. 128-141, 2001.

FOSHEE, V. A. et al. A longitudinal examination of psychological, behavioral, academic, and relationship consequences of dating abuse victimization among a primarily rural sample of adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, v. 53, n. 6, p. 723-729, 2013. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.06.016

FOSHEE, V. A. et al. Longitudinal predictors of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence. *Preventive Medicine*, v. 39, n. 5, p. 1007-1016, 2004. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yjpm.2004.04.014>

FOWLER, D. R.; CANTOS, A. L.; MILLER, S. A. Exposure to violence, typology, and recidivism in a probation sample of domestic violence perpetrators. *Child Abuse & Neglect*, v. 59, p. 66-77, 2016.

FROIDEVAUX, N. M. et al. The Link Between Adversity and Dating Violence Among Adolescents Hospitalized for Psychiatric Treatment: Parental Emotion Validation as a Candidate Protective Factor. *Journal of Interpersonal Violence*, p. 1-36, 2020. doi:<https://doi.org/10.1177/0886260520926323>

FULLER-THOMSON, E.; BRENNENSTUHL, S. Making a Link Between Childhood Physical Abuse and Cancer. *American Cancer Society*, v. 115, p. 3341-3350, 2009. doi:10.1002/cncr.24372

GALLO, E. A. G. et al. Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, v. 79, p. 107-114, 2018. doi:10.1016/j.chiabu.2018.01.003

GARBIN, C. A. S. et al. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista*, v. 18, n. 1, p. 107-118, 2012. doi:10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p107

GARDNER, M. J.; THOMAS, H. J.; ERSKINE, H. E. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, v. 96, p. 1-19, 2019. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104082

GARTHE, R. C.; SULLIVAN, T. N.; BEHRHORST, K. L. A Latent Class Analysis of Early Adolescent Peer and Dating Violence: Associations With Symptoms of Depression and Anxiety. *J. Interpers. Violence*, v. 36, n. 5-6, p. 2031-2049, 2021. doi:10.1177/0886260518759654

GARTHE, R. C.; SULLIVAN, T. N.; GORMAN-SMITH, D. The Family Context and Adolescent Dating Violence: A Latent Class Analysis of Family Relationships and Parenting Behaviors. *J. Youth Adolesc.*, v. 48, n. 7, p. 1418-1432, 2019. doi:10.1007/s10964-019-01051-w

GAUTHIER-DUCHESNE, A.; HEBERT, M.; DASPE, M. E. Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. *Child Abuse Neglect*, v. 64, p. 79-88, 2017. doi:10.1016/j.chiabu.2016.12.008



GELLES, R. J. Exchange Theory. In: JACKSON, N. A. (Ed.). *Encyclopedia of Domestic Violence*. New York: Routledge, 2007. p. 302-305.

GELLES, R. J. *Intimate Violence in Families*. 3. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1997.

GEORGIEVA, S.; TOMAS, J. M.; NAVARRO-PÉREZ, J. J. Systematic review and critical appraisal of Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF). *Child Abuse & Neglect*, v. 120, p. 1-11, 2021. doi:10.1016/j.chiabu.2021.105223

GLASER, D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*, v. 26, n. 6-7, p. 697-714, 2002.

GLYMOUR M. M.; GREENLAND S. Causal diagrams. In: ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. (Eds.). *Modern epidemiology* (pp. 183-209). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 183-209.

GNAMBS, T.; STAUFENBIEL, T. The structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): two meta-analytic factor analyses. *Health Psychol Rev*, v. 12, n. 2, p. 179-194, 2018. doi:10.1080/17437199.2018.1426484

GOLDBERG, D. GHQ and Psychiatric Case. *British Journal of Psychiatry*, v. 134, n. 4, p. 446-447, 1979. doi:10.1192/bjp.134.4.446b

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *Common Mental Disorders: A Bio-social Model*. London: Routledge, 1992.

GOMEZ, S. H. et al. Are there sensitive periods when child maltreatment substantially elevates suicide risk? Results from a nationally representative sample of adolescents. *Depression and anxiety*, v. 34, n. 8, p. 734-741, 2017. doi:10.1002/da.22650

GONCY, E. A. et al. Identification of Patterns of Dating Aggression and Victimization Among Urban Early Adolescents and Their Relations to Mental Health Symptoms. *Psychology of Violence*, v. 7, n. 1, p. 58-68, 2017. Doi:10.1037/vio0000039

GOUGH, D. Defining the Problem. *Child Abuse and Neglect*, v. 20, n. 11, p. 993-1002, 1996.

GOUVEIA, V. V. et al. Factorial validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in the Brazilian physician population. *Cad. Saude Publica*, v. 26, n. 7, p. 1439-1445, 2010. doi:10.1590/s0102-311x2010000700023

GRASSI-OLIVEIRA, R. et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. *PLoS ONE*, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2014. doi:10.1371/journal.pone.0087118

GRATZ, K. L. et al. Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: the moderating role of personality traits. *Behav. Ther.*, v. 42, n. 3, p. 493-508, 2011. doi:10.1016/j.beth.2010.11.003

GREENLAND, S.; PEARL, J.; ROBINS, J. M. Causal diagrams for epidemiologic research. *Epidemiology*, v. 10, n. 1, p. 37-48, 1999.

GREST, C. V. et al. Latent Class Analysis of Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization among Latino Emerging Adults. *J. Youth Adolesc.*, v. 47, n. 3, p. 575-585, 2018. doi:10.1007/s10964-017-0807-0

HAGBORG, J. M.; TIDEFORS, I.; FAHLKE, C. Gender differences in the association between emotional maltreatment with mental, emotional, and behavioral problems in Swedish adolescents. *Child Abuse and Neglect*, v. 67, p. 249-259, 2017. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.033

HALFON, N. et al. Lifecourse health development: Past, present and future. *Maternal and Child Health Journal*, v. 18, n. 2, p. 344-365, 2014. doi:10.1007/s10995-013-1346-2

HAMILTON, H. A.; NOH, S.; ADLAF, E. M. Perceived financial status, health, and maladjustment in adolescence. *Soc. Sci. Med.*, v. 68, n. 8, p. 1527-1534, 2009. doi:10.1016/j.socscimed.2009.01.037

HANSER, R. D. Feminist Theory. In: JACKSON, N. A. (Ed.). *Encyclopedia of Domestic Violence*. New York: Routledge, 2007. p. 321-327.

HAYNES, E. E. et al. Drinking Motives as a Moderator of the Relationship Between Dating Violence Victimization and Alcohol Problems. *Violence Against Women*, v. 24, n. 4, p. 401-420, 2017. doi:10.1177/1077801217698047

HAYNIE, D. L. et al. Dating violence perpetration and victimization among U.S. adolescents: Prevalence, patterns, and associations with health complaints and substance use. *Journal of Adolescent Health*, v. 53, n. 2, p. 194-201, 2013. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.02.008

HAZZARD, V. M. et al. Associations between childhood maltreatment latent classes and eating disorder symptoms in a nationally representative sample of young adults in the United States. *Child Abuse & Neglect*, v. 98, p 1-20, 2019. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104171

HECKER, T. et al. Harsh discipline relates to internalizing problems and cognitive functioning: findings from a cross-sectional study with school children in Tanzania. *BMC Psychiatry*, v. 16, p. 1-9, 2016. doi:10.1186/s12888-016-0828-3

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTMOELLER, M. A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, v. 78, n. 1, p. S5-S14, 2002.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 2, p 2523-2534,, 2004. doi:https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039

HERNÁN, M. A.; HERNÁNDEZ-DÍAZ, S.; ROBINS, J. M. A Structural Approach to Selection Bias. *Epidemiology*, v. 15, n. 5, p. 615-625, 2004.

HERNÁN, M.; ROBINS, J. Graphical representation of causal effects. In: HERNÁN, M.; ROBINS, J. (Eds.). *Causal Inference: What If*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2020. p. 69-82.

HILDYARD, K. L.; WOLFE, D. A. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, v. 26, p. 679-695, 2002.

HOKODA, A. et al. Reliability of translated measures assessing dating violence among Mexican adolescents. *Violence and Victims*, v. 21, p. 117-127, 2006. doi:10.1891/088667006780927367

HOLMES, J. *John Bowlby and Attachment Theory*. New York: Routledge, 1993.

HOLTZWORTH-MUNROE, A.; STRAUSS, G. L. Typologies of male batterers Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, v. 116, n. 3, p. 476-497, 1994.

IHONGBE, T. O.; MASHO, S. W. Child Sexual Abuse and Intimate Partner Violence Victimization in Adulthood: Sex-Differences in the Mediating Influence of Age of Sexual Initiation. *J. Child Sex Abus.*, v. 27, n. 1, p. 53-69, 2018. doi:10.1080/10538712.2017.1361496

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico: População residente, por cor ou raça. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=10503&t=destaques>>. Acesso em: 14 Março de 2022.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Índice de Desenvolvimento Social (IDS) por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro - 2010. 2020a. Disponível em: <<https://www.data.rio/datasets/fa85ddc76a524380ad7fc60e3006ee97>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. População Residente e Estimada - Brasil, Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro e Regiões Administrativas (RA) - 2000/2010/2013-2016/2020. 2020b. Disponível em: <<https://www.data.rio/datasets/ba877d53302346eca990a47c99e15f74>>. Acesso em: 9 mar. 2020.

JOHNSON, M. P. Domestic Violence: It's Not About Gender-Or Is It? *Journal of Marriage and Family*, v. 67, n. 5, p. 1126-1130, 2005. doi:10.1111/j.1741-3737.2005.00204.x

JOHNSON, M. P. Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence against Women. *Journal of Marriage and Family*, v. 57, n. 2, p. 283-294, 1995. doi:10.2307/353683

JOHNSTON, J. R.; CAMPBELL, L. E. G. A Clinical Typology of Interparental Violence in Disputed- Custody Divorces. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 63, n. 2, p. 190-199, 1993. doi:10.1037/h0079425

JOPPA, M. C. Dating Violence in Adolescence: Implications for Girls' Sexual Health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 33, n. 4, p. 332-338, 2020. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.02.007>

JOURILES, E. N. et al. Assessing aggression in adolescent romantic relationships: can we do it better? *Psychol. Assess.*, v. 17, n. 4, p. 469-475, 2005. doi:10.1037/1040-3590.17.4.469

JOURILES, E. N. et al. Experiences of psychological and physical aggression in adolescent romantic relationships: links to psychological distress. *Child Abuse & Neglect*, v. 33, n. 7, p. 451-460, 2009. doi:10.1016/j.chiabu.2008.11.005

KELLY, J. B.; JOHNSON, M. P. Differentiation Among Types of Intimate Partner Violence: Research Update and Implications for Interventions. *Family Court Review*, v. 46, n. 3, p. 476-499, 2008. doi:10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x

KESSLER, R. C. et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, v. 5, n. 197, p. 378-385, 2010.

KLEIN, D. N. et al. Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depress. Anxiety*, v. 26, n. 8, p. 701-710, 2009. doi:10.1002/da.20577

KRUEGER, R. F.; MARKON, K. E. Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathologies. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, v. 2, p. 111-133, 2006. doi:10.1038/mp.2011.182

KRUG, G. E. et al. *World report on violence and health*. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

KUMAR, M.; HUANG, K. Y. Impact of being an adolescent mother on subsequent maternal health, parenting, and child development in Kenyan low-income and high adversity informal settlement context. *PLoS ONE*, v. 16, n. 4, p. 1-17, 2021. doi:10.1371/journal.pone.0248836

LEEN, E. et al. Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression and Violent Behavior*, v. 18, n. 1, p. 159-174, 2013. doi:<https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.015>

LEITE DE MORAES, C. et al. Pathways Linking Childhood Physical Abuse to Alcohol Misuse in Adolescent Boys and Girls: A Prospective Cohort Study From Rio de Janeiro, Brazil. *J. Stud. Alcohol Drugs*, v. 81, n. 3, p. 362-371, 2020.

LEVY, R. O adolescente. In: EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. (Eds.). *O Ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica* (2 ed.). Porto Alegre: Artmed, 2013.

LI, M.; D'ARCY, C.; MENG, X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol. Med.*, v. 46, n. 4, p. 717-730, 2016. doi:10.1017/S0033291715002743

LOBBESTAEL, J.; ARNTZ, A.; BERNSTEIN, D. P. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *J. Pers. Disord.*, v. 24, n. 3, p. 285-295, 2010. doi:10.1521/pedi.2010.24.3.285

LOEBER, R.; BURKE, J. D. Developmental Pathways in Juvenile Externalizing and Internalizing Problems. *J. Res. Adolescence*, v. 21, n. 1, p. 34-46, 2011. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00713.x

LOPES, C. S. et al. Direct and indirect exposure to violence and psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, v. 15, p. 109-109, 2015. doi:10.1186/s12888-015-0487-9

LOPES, C. S. et al. ERICA: Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saude Publica*, v. 60, supp. 1, p. 1-9, 2016. doi:10.1590/S01518-8787.2016050006690

LUMLEY, T. Survey: analysis of complex survey samples (Version R package version 3.32). 2017.

MAAS, C.; HERRENKOHL, T. I.; SOUSA, C. Review of Research on Child Maltreatment and Violence in Youth. *Trauma, Violence & Abuse*, v. 9, n. 1, p. 56-67, 2008. doi:10.1177/1524838007311105

MACDONALD, G.; LEARY, M. Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain. *Psychol Bull*, v. 131, p. 202-223, 2005.

MAIR, P. Chapter 12 Parametric Cluster Analysis and Mixture Regression. In: MAIR, P. (Ed.). *Modern Psychometrics with R*. Cham: Springer, 2018, p. 335-364.

MARI, J. D.; WILLIAMS, P. A Comparison of the Validity of Two Psychiatric Screening Questionnaires (Ghq-12 and Srq-20). In: Brazil, Using Relative Operating Characteristic (Roc) Analysis. *Psychological Medicine*, v. 15, n. 3, p. 651-659, 1985. doi:[10.1017/S0033291700031500](https://doi.org/10.1017/S0033291700031500)

MARKOWITZ, F. E. Attitudes and Family Violence: Linking Intergenerational and Cultural Theories. *Journal of Family Violence*, v. 16, n. 2, p. 205-218, 2001. doi:10.1023/A:1011115104282

MCCABE, K. Child Neglect. In: JACKSON, N. A. (Ed.). *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 142-146). New York, NY: Routledge, 2007. p. 142-146.

MCCRORY, E.; DE BRITO, S. A.; VIDING, E. The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in psychiatry*, v. 2, p. 48-48, 2011. doi:10.3389/fpsy.2011.00048

MCMAHON, K. et al. Childhood maltreatment and risk of intimate partner violence: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, v. 69, p. 42-49, 2015.

MELO, M. C. B. D.; BARROS, É. N. D.; ALMEIDA, A. M. L. G. D. A Representação da violência em adolescentes de escolas da rede pública de ensino do Município do Jaboatão dos

Guararapes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 10, p. 4211-4221, 2011. doi:10.1590/S1413-81232011001100026

MENG, X.; D'ARCY, C. Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, v. 16, n. 1, p. 401, 2016. doi:10.1186/s12888-016-1071-7

MENNICKE, A.; KULKARNI, S. Understanding Gender Symmetry within an Expanded Partner Violence Typology. *Journal of Family Violence*, v. 31, n. 8, p. 1013-1018, 2016. doi:10.1007/s10896-016-9867-2

MIHALIC, S. Social Learning Theory and Family Violence. In: JACKSON, N. A. (Ed.). *Encyclopedia of Domestic Violence*. New York: Routledge, 2007. p. 645-652.

MILLER, S. L.; MELOY, M. L. Women's use of force, voices of women arrested for domestic violence. *Violence Against Women*, v. 12, n. 1, p. 89-115, 2006.

MINAYO, M. C. D. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

MINAYO, M. C. D. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. (Eds.). *Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do ficar entre jovens brasileiros*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2011.

MOFFITT, T. E. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, v. 100, p. 674-701, 1993. doi:10.1037/0033-295X.100.4.674

MORAES, C. et al. The intertwined effect of lack of emotional warmth and child abuse and neglect on common mental disorders in adolescence. *Child Abuse & Neglect*, v. 83, p. 74-82, 2018. doi:10.1016/j.chiabu.2018.07.008

MORAES, C. L.; PERES, M. F. T.; REICHENHEIM, M. E. Epidemiologia das violências interpessoais. In: DE ALMEIDA, N. F.; BARRETO, M. L. (Eds.). *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA, 2011. p. 527-527.

MORGAN, R. S. Control Balance Theory and Domestic Violence. In: JACKSON, N. A. (Ed.). *Encyclopedia of Domestic Violence*. New York: Routledge, 2007.

MOURA, A. T. M. S. D.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detection of child abuse: missed opportunities in emergency rooms in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos De Saude Publica*, v. 24, 12, p. 2926-2936, 2008.

MURRELL, A.; CHRISTOFF, K. A.; HENNING, K. R. Characteristics of Domestic Violence Offenders: Associations with Childhood Exposure to Violence. *Journal of Family Violence*, v. 22, p. 523-532, 2007.

MUTHÉN, B. O. Latent variable mixture modeling. In: MARCOULIDES, G. A.; SCHUMACKER, R. E. (Eds.). *New developments and techniques in structural equation modeling*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2001. p. 1-33.

MUTHÉN, B. O. Statistical and substantive checking in growth mixture modeling: Comment on Bauer and Curran (2003). *Psychol. Methods*, v. 8, n. 3, 369-393, 2003. doi:10.1037/1082-989X.8.3.369

MUTHÉN, L. K.; MUTHÉN, B. *Mplus User's Guide*. 6. ed. Los Angeles, CA: Muthén&Muthén, 2013.

MUTHÉN, L. K.; MUTHÉN, B. O. *Mplus User's Guide*. 8. ed. Los Angeles, CA: Muthén&Muthén 1998-2017.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. 2015a. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>>. 14 de março de 2022.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. 2015b. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods15/>>. Acesso em: 14 de março de 2022.

NEMEROFF, C. B. et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, v. 100, n. 24, p. 14293-14296, 2003. doi:10.1073/pnas.2336126100

NORMAN, R. E. et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, v. 9, n. 11, p.1-31, 2012. doi:10.1371/journal.pmed.1001349

NYE, F. I. Choices, Exchange, and the Family. In: BURR, W. R. et al. (Eds.). *Contemporary Theories about the Family* (Vol. 2). New Your: Free Press, 1979.

NYLUND, K. L.; ASPAROUHOV, T.; MUTHÉN, B. O. Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, v. 14, n. 4, p. 535-569, 2007. doi:10.1080/10705510701575396

NYLUND-GIBSON, K., CHOI, A. Y. Ten Frequently Asked Questions About Latent Class Analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, v. 4, n. 4, p. 440-461, 2018. doi:doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ftps0000176

NYLUND-GIBSON, K. et al. A Latent Transition Mixture Model Using the Three-Step Specification. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, v. 21, n. 3, p. 439-454, 2014. doi:10.1080/10705511.2014.915375

OLIVEIRA, Q. B. M. et al. Namoro na adolescência no Brasil: circularidade da violência psicológica nos diferentes contextos relacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 707-718, 2014. doi:10.1590/1413-81232014193.19052013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Addressing Adverse Childhood Experiences To Improve Public Health* : Expert Consultation , 4-5 May 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças* © Núcleo de Estudos da Violência. Tradução em português: B&C Textos Revisão técnica: Maria Fernanda Tourinho Peres. 2018.

PAPALIA, N. et al. Patterns of Maltreatment Co-Occurrence in Incarcerated Youth in Australia. *J. Interpers. Violence*, p. 1-31, 2020. doi:10.1177/0886260520958639

PARRISH, C. et al. Childhood adversity and adult onset of hypertension and heart disease in São Paulo, Brazil. *Preventing chronic disease*, v. 10, p. 1-5, 2013. doi:10.5888/pcd10.130193

PASQUALI, L. et al. Questionário de saúde geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira / Goldberg health questionnaire (GHQ): brazilian adaptation. *Psicol. teor. pesqui*, v. 10, n. 3, p. 421-437, 1994.

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, v. 369, n. 9569, p.1302-1313, 2007. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7

PAUL, E.; ECKENRODE, J. Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse and Neglect*, v. 47, n. 47, p. 38-47, 2015. doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.018

PEARL, J.; MACKENZIE, D. Confounding and Deconfounding: or, slaying the lurking variable. In: PEARL, J.; MACKEMZIE, D. (Eds.). *The Book of Why: the new science of cause and effect*. New York: Basic Books, 2018. p. 135-166.

PEDRERO-PÉREZ, E. J. et al. GHQ-12 in adolescents: contributions to the controversial factorial validity. *Anal. Psicol.*, v. 36, n. 2, p. 247-253, 2020. doi:10.6018/analesps.36.2.372721

PIAGET, J. *Epistemologia Genética*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

PIAGET, J. *A Representação do Mundo na Criança*. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2005.

PIETRINI, F. et al. Retrospective assessment of childhood trauma: review of the instruments. *Riv. Psichiatr.*, v. 45, n. 1, p. 7-16, 2010.

PIOLANTI, A.; FORAN, H. *JAMA Pediatr.*, v. 176, n. 2, p. 142-149, 2022. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.4829

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Data.Rio - Informações sobre a cidade do Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<http://www.data.rio/>>. Acesso em: 14 de março de 2022.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Data.Rio - Informações sobre a cidade do Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <<http://pcrj.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=7fe1b0d463e34b3b9ca2fafd50c3df76>>. Acesso em: 14 de março de 2022.



PUTNAM, F. W. Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 42, n. 3, p. 269-278, 2003. doi:10.1097/00004583-200303000-00006

QUINTANA, D. S.; WILLIAMS, D. R. Bayesian alternatives for common nullhypothesis significance tests in psychiatry: a non-technical guide using. *JASP BMC PSYCHIATRY*, p. 1-8, 2018. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1761-4>

R. CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. 2017. Disponível em: <<https://www.r-project.org/>>. Acesso em: 14 de março de 2022.

R. CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. 2021. Disponível em: <<https://www.r-project.org/>>. Acesso em: 14 de março de 2022.

REED, L. A.; TOLMAN, R. M.; WARD, L. M. Gender matters: Experiences and consequences of digital dating abuse victimization in adolescent dating relationships. *Journal of Adolescence*, v. 59, p. 79-89, 2017. doi:<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.05.015>

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60053-6

REYES, H. L. M. et al. Patterns of Dating Violence Victimization and Perpetration among Latino Youth. *J. Youth Adolesc.*, v. 46, n. 8, p. 1727-1742, 2017. doi:10.1007/s10964-016-0621-0

RICHARDS, T. N.; TILLYER, M. S.; WRIGHT, E. M. Intimate partner violence and the overlap of perpetration and victimization: Considering the influence of physical, sexual, and emotional abuse in childhood. *Child Abuse & Neglect*, v. 67, n. 240-248, p. 240-248, 2017.

ROBERTS, T. et al. Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*, v. 18, n. 1, p. 262, 2018. doi:10.1186/s12888-018-1837-1

ROGOSCH, F. A.; OSHRI, A.; CICHETTI, D. From child maltreatment to adolescent cannabis abuse and dependence: a developmental cascade model. *Development and psychopathology*, v. 22, n. 4, p. 883-897, 2010. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000520>

ROTHMAN, E. F. Theories and the Causation of Partner Abuse Perpetration. In WOLFE, D. A.; TEMPLE, J. R. (Eds.). *Adolescent Dating Violence: theory, research, and prevention*. New York: Elsevier, 2018. p. 25-50.

SADIA MALIK, A. K. Impact of emotional maltreatment on self esteem among adolescents. *Journal Of Pakistan Medicaç Associatiom*, v. 66, n. 7, p. 795-798, 2016.

SAMEROFF, A. J. et al. Intelligence Quotient Scores of 4-Year-Old Children : Social-Environmental Risk Factors. *Pediatrics*, v. 79, n. 3, p. 343-343, 1987.

SÁNCHEZ LÓPEZ, M. P.; DRESCH, V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, v. 20, n. 4, p. 839-843, 2008.

SANDOVAL, G. A. et al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. *Public Health*, v. 179, p. 45-50, 2020. doi:10.1016/j.puhe.2019.09.019

SCOTT, J. P. Critical Periods in Organizational Processes. In: TANNER, F. F. J. M. (Ed.), *Human Growth*. Boston, MA: Springer, 1986.

SCHIFF, M.; ZEIRA, A. Dating violence and sexual risk behaviors in a sample of at-risk Israeli youth. *Child Abuse & Neglect*, v. 29, n. 11, p. 1249-1263, 2005. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.007

SESSAREGO, S. N.; SILLER, L.; EDWARDS, K. M. Patterns of Violence Victimization and Perpetration Among Adolescents Using Latent Class Analysis. *J. Interpers. Violence*, p. 1-20, 2019. doi:10.1177/0886260519862272

SHAFFER, A.; YATES, T. M.; EGELAND, B. R. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. *Child Abuse and Neglect*, v. 33, n. 1, p. 36-44, 2009. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.005

SHAMBLAW, A. L. et al. Abuse as a risk factor for prenatal depressive symptoms: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, v. 22, n. 2, p. 199-213, 2019. doi:10.1007/s00737-018-0900-8

SHONKOFF, J. P. et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, v. 129, n. 1, p. e232-46, 2012. doi:10.1542/peds.2011-2663

SIDELI, L. et al. Childhood adversity and psychosis: a systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychological Medicine*, v. 50, n. 11, p. 1761-1782, 2020. doi:10.1017/S0033291720002172

SILVA, S. A. et al. Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *PLoS ONE*, v. 15, n. 4, p. 1-19, 2020. doi:10.1371/journal.pone.0232007

SKINNER, M. L.; KRISTMAN-VALENTE, A. N.; HERRENKOHL, T. I. Adult Binge Drinking: Childhood Sexual Abuse, Gender and the Role of Adolescent Alcohol-Related Experiences. *Alcohol Alcohol*, v. 51, n. 2, p. 136-141, 2016. doi:10.1093/alcalc/agg093

SMITH, J. et al. Taking Stock of Behavioral Measures of Adolescent Dating Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, v. 24, n. 6, p. 674-692, 2015. doi:10.1080/10926771.2015.1049767

SOARES, A. L. G. et al. (2016). Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, v. 51, p. 21-30, 2016. doi:10.1016/j.chiabu.2015.11.017

SPENCER, C. M. et al. Risk Markers for Physical Teen Dating Violence Victimization in the United States: A Meta-Analysis. *J. Youth Adolesc.*, v. 49, n. 3, p. 575-589, 2020. doi:10.1007/s10964-020-01194-1

SPENCER, R. A.; RENNER, L. M.; CLARK, C. J. Patterns of Dating Violence Perpetration and Victimization in U.S. Young Adult Males and Females. *J. Interpers. Violence*, v. 31, n. 15, p. 2576-2597, 2016. doi:10.1177/0886260515579506

STOCHERO, L. et al. Prevalência e coocorrência de Experiências Adversas na Infância (EAI): Um inquérito de base escolar no município do Rio de Janeiro. *Cien. Saude Colet* v. 26, n. 9, p. 4115-4127, 2020.

STOLTENBORGH, M.; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; IJZENDOOR, M. H. V. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglec. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemio.*, v. 48, p. 345–335, 2013. doi:10.1007/s00127-012-0549-y

STOLTENBORGH, M. et al. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, v. 48, n. 2, p. 81-94, 2013.

STOLTENBORGH, M. et al. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, v. 16, n. 2, p. 79-101, 2011. doi:10.1177/1077559511403920

STOLTENBORGH, M. et al. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, v. 24, n. 1, p. 37-50, 2015. doi:doi:10.1002/car.2353

STRAUS, M. Thirty Years of Denying the Evidence on Gender Symmetry in Partner Violence: Implications for Prevention and Treatment. *Partner Abuse*, v. 1, p. 332-362, 2010.

SWAN, S. C., SNOW, D. L. Behavioral and Psychological Differences Among Abused Women Who Use Violence in Intimate Relationships. *Violence Against Women*, v. 9, n. 1, p. 75-109, 2003. doi:10.1177/1077801202238431

SWAN, S. C., SNOW, D. L. A Typology of Women's Use of Violence in Intimate Relationships. *Violence Against Women*, v. 8, n. 3, p. 286-319, 2002.

TAQUETTE, S. R. et al. (2020). Teen-dating violence: conception of adolescents in a Brazilian metropolis. *J. Inj. Violence Res.*, v. 12, n. 2, p 153–160, 2020. doi:10.5249/jivr.v12i2.1528

TAQUETTE, S. R.; MONTEIRO, D. L. M. Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. *Journal of Injury & Violence Research*, v. 11, n. 2, p. 137-147, 2019. doi:10.5249/jivr.v11i2.1061

TAYLOR, B. G.; MUMFORD, E. A. A National Descriptive Portrait of Adolescent Relationship Abuse: Results From the National Survey on Teen Relationships and Intimate Violence. *J. Interpers. Violence*, v. 31, n. 6, p. 963-988. 2016. doi:10.1177/0886260514564070

TEXTOR, J. et al. Robust causal inference using directed acyclic graphs: the R package 'dagitty'. *International journal of epidemiology*, v. 45, n. 6, p. 1887-1894, 2016.

TEXTOR, J.; HARDT, J.; KNUPPEL, S. Dagitty: A graphical tool for analyzing causal diagrams. *Epidemiology*, v. 22, n. 5, p. 745-745, 2011.

THÉORÊT, V. et al. Gender-Specific Patterns of Teen Dating Violence in Heterosexual Relationships and their Associations with Attachment Insecurities and Emotion Dysregulation. *J. Youth Adolesc.*, v. 50, n. 2, p. 246-259, 2021. doi:10.1007/s10964-020-01328-5

TOTH, S. L.; CICCETTI, D. A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. *Child Maltreatment*, v. 18, n. 3, p. 135-139, 2013. doi:10.1177/1077559513500380

TUSSEY, B. E.; TYLER, K. A.; SIMONS, L. G. Poor Parenting, Attachment Style, and Dating Violence Perpetration Among College Students. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 36, n. 5-6, p. 2097-2116, 2018. doi:10.1177/0886260518760017

VALENTE, L. A. et al. Domestic violence against children and adolescents: Prevalence of physical injuries in a Southern Brazilian metropolis. *Brazilian Dental Journal*, v. 26, n. 1, p. 55-60, 2015. doi:10.1590/0103-6440201300137

VAN DER PUT, C. E.; RUITER, C. D. Child maltreatment victimization by type in relation to criminal recidivism in juvenile offenders. *BMC Psychiatry*, v. 16, n. 1, p. 24-24, 2016. doi:10.1186/s12888-016-0731-y

VAN GOOZEN, S. H.; FAIRCHILD, G. How can the study of biological processes help design new interventions for children with severe antisocial behavior? *Dev Psychopathol*, v. 20, n. 3, p. 941-973, 2008. doi:10.1017/s095457940800045x

VAN HARMELEN, A. L. et al. Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biol Psychiatry*, v. 68, n. 9, p. 832-838, 2010. doi:10.1016/j.biopsych.2010.06.011

VIDAL, S. et al. Maltreatment, family environment, and social risk factors: Determinants of the child welfare to juvenile justice transition among maltreated children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, v. 63, p. 7-18, 2017. doi:10.1016/j.chiabu.2016.11.013

VOLZ, A. R.; KERIG, P. K. Relational Dynamics Associated with Adolescent Dating Violence: The Roles of Rejection Sensitivity and Relational Insecurity. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, v. 19, n. 6, p. 587-602, 2010. doi:10.1080/10926771.2010.502088

WAGENMAKERS, E. J. A practical solution to the pervasive problems of p values. *Psychon Bull Rev*, v. 14, n. 5, p. 779-804, 2007. doi:10.3758/bf03194105

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2014 - Os Jovens do Brasil. *Flacso*, p. 185, 2014. doi:CDD-363.320981

- WALKER, L. E. *The battered woman*. New York: Garper & Row, 1979.
- WALSH, K., et al. Relationship violence victimization and binge drinking trajectories among a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, v. 58, p. 49-55, 2017. doi:10.1016/j.adolescence.2017.05.002
- WAN, Y. et al. Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PlosOne*, p.1-15, 2015. doi:10.1371/journal.pone.0131239
- WANG, J.; WANG, X. *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus*. United Kingdom: Higher Education Press, 2012.
- WEKERLE, C. et al. The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, v. 33, n. 1, p. 45-58, 2009. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.006
- WIDOM, C. S. The Cycle of Violence. *Science*, v. 244, n. 4901, p. 160-166, 1989.
- WILLIAMS, L. M. et al. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Translational Psychiatry*, v. 6, p. 1-7, 2016. doi: 10.1038/tp.2016.61
- WINCENTAK, K.; CONNOLLY, J.; CARD, N. Teen dating violence: A meta-analytic review of prevalence rates. *Psychology of Violence*, v. 7, n. 2, p. 224-241, 2017. doi:10.1037/a0040194
- WITT, A. et al. Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse & Neglect*, v. 57, p. 1-11, 2016. doi:10.1016/j.chiabu.2016.05.001
- WOLFE, D. et al. Development and validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory, *Psychology of Violence*, v. 13, n. 2, p. 277-293, 2001. doi:10.1037/1040-3590.13.2.277
- WOLFE, D. A., TEMPLE, J. R. *Adolescent Dating Violence: Theory, Research, and Prevention*: Academic Press, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Addressing Adverse Childhood Experiences To Improve Public Health: Expert Consultation, 4-5 May 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent health. 2017a. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)>. Acesso em: 14 de março de 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression And Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization, 2017b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on preventing violence against children 2020*. Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Status Report on Violence Prevention*. Geneva: World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations Development Programme, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Geneva: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing youth violence: an overview of the evidence*. Geneva: World Health Organization, 2015.

YATES, T. M.; WEKERLE, C. The long-term consequences of childhood emotional maltreatment on development: (Mal)adaptation in adolescence and young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, v. 33, n. 1, p. 19-21, 2009. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.002

YU, R. et al. Internalizing symptoms and dating violence perpetration in adolescence. *Journal of Adolescence*, v. 69, p. 88-91, 2018. doi:https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.09.008

ZANOTI-JERONYMO, D. V. et al. Prevalence of physical abuse in childhood and exposure to parental violence in a Brazilian sample. *Cadernos De Saude Publica*, v. 25, n. 11, p. 2467-2479, 2009. doi:S0102-311X2009001100016



## Apêndice A - Trechos dos principais Scripts do Mplus utilizados para os manuscritos 2 e 3

Figura 14 – Exemplo do IMP no *Mplus* para estimação de três classes latentes. Comentários em destaque.

```

TITLE:
Exemplo de ACL

DATA:
FILE IS MplusDAGcv.dat
;

VARIABLE:
NAMES ARE
id estrato psu peso sexo
S1v S2v S3v S4v
R1v R2v R3v
E1v E2v E3v E4v E5v E6v E7v E8v E9v E10v
A1v A2v A3v A4v
F1v F2v F3v F4v
v1 v2 v3 v4 v5;

USEVARIABLES ARE
S1v S2v S3v S4v
R1v R2v R3v
E1v E2v E3v E4v E5v E6v E7v E8v E9v E10v
A1v A2v A3v A4v
F1v F2v F3v F4v;

CATEGORICAL ARE
S1v S2v S3v S4v
R1v R2v R3v
E1v E2v E3v E4v E5v E6v E7v E8v E9v E10v
A1v A2v A3v A4v
F1v F2v F3v F4v;

CLASSES ARE
C(3);

MISSING = . ;
CLUSTER = psu ;
WEIGHT = peso ;
STRATIFICATION= estrato;
SUBPOPULATION IS sexo EQ 2;

ANALYSIS:
type = mixture complex ;
starts = 250 50;
Stiterations = 20;

OUTPUT:tech11 ;

```

Colocar aqui todas as variáveis que serão usadas nas análises. Neste caso, são os itens categóricos do CADRI.

Importante indicar que os itens são categóricos para indicar que será feita a LCA dentro dos modelos de mistura.

Indicar o número de classe que devem ser estimadas. Aqui serão estimadas três classes.

Aqui fazemos a inclusão dos pesos e estratos da amostra.

Aqui indicamos que será feito o modelo de mistura. Aqui o 'complex' indica o uso dos pesos amostrais.

Fonte: A autora, 2022.



Figura 15 – Exemplo de IMP do *Mplus* para inclusão das variáveis auxiliares v1 a v5 no modelo de classes latentes usando o método automático de três passos.

```

VARIABLE:
  NAMES ARE
    id estrato psu peso sexo
    S1v S2v S3v S4v
    R1v R2v R3v
    E1v E2v E3v E4v E5v E6v E7v E8v E9v E10v
    A1v A2v A3v A4v
    F1v F2v F3v F4v
    v1 v2 v3 v4 v5;
AUXILIARY ARE
    v1-v5 (R3STEP);
USEVARIABLES ARE
    S1v S2v S3v S4v
    R1v R2v R3v
    E1v E2v E3v E4v E5v E6v E7v E8v E9v E10v
    A1v A2v A3v A4v
    F1v F2v F3v F4v;
CATEGORICAL ARE
    S1v S2v S3v S4v
    R1v R2v R3v
    E1v E2v E3v E4v E5v E6v E7v E8v E9v E10v
    A1v A2v A3v A4v
    F1v F2v F3v F4v;
CLASSES ARE
    C(3);
MISSING = . ;
CLUSTER = psu ;
WEIGHT = peso ;
STRATIFICATION= estrato;
SUBPOPULATION IS sexo EQ 2;
ANALYSIS:
    type = mixture complex ;
    starts = 250 50;
    Stiterations = 20;
OUTPUT:TECH11 cinterval ;

```

## Anexo A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Responsáveis)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsáveis)

#### **Pesquisa: “AMOR E VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS”**

**Pesquisador:** Stella Taquette                      Tel: (21) 28688349

#### **Instituições responsáveis pela pesquisa:**

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FCM-  
UERJ -Av. Prof. Manoel de Abreu 444

Seu/sua filho/a está sendo convidado/a a participar, voluntariamente, de uma entrevista de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir:

- 1) A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a percentagem de adolescentes e jovens que já vivenciaram situações de violência e o que pensam sobre sexualidade na adolescência.
- 2) As informações que seu/sua filho/a pode trazer a esta pesquisa são fundamentais para prevenirmos a violência e também atendermos adequadamente as vítimas.
- 3) Caso seu/sua filho/a participe do nosso estudo, não haverá nenhum problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto.
- 4) A participação de seu/sua filho/a neste estudo é voluntária e ele/ela pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa.
- 5) A Sra./o Sr. pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar que seu/sua filho/a participe da pesquisa, assim como a qualquer momento durante a mesma.
- 6) Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela participação de seu/sua filho/a neste estudo.
- 7) A identificação de seu/sua filho/a será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados, sem que seja revelada a identidade dele/a ou a de qualquer outro/a participante.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado/a consinto voluntariamente que meu/minha filho/a participe desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

**Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Responsável:** \_\_\_\_\_

**Pesquisador:** \_\_\_\_\_

“Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3o andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2334-2180.”



## Anexo B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Alunos)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Alunos)**

**Pesquisa: “AMOR E VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS”**

**Pesquisador:** Stella Taquette                      Tel: (21) 28688349

**Instituições responsáveis pela pesquisa:**

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FCM-  
UERJ -Av. Prof. Manoel de Abreu 444

Você está sendo convidada/o a participar, voluntariamente, de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir:

- 1) A pesquisa tem como principal objetivo conhecer a percentagem de adolescentes e jovens que já vivenciaram situações de violência e sua opinião sobre a sexualidade na adolescência.
- 2) As informações que você pode trazer a esta pesquisa são fundamentais para prevenirmos a violência e também atendermos adequadamente as vítimas.
- 3) Caso você participe do nosso estudo, não haverá nenhum problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UERJ.
- 4) A sua participação neste estudo é voluntária e você pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa.
- 5) Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar, assim como a qualquer momento durante a mesma.
- 6) Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo.
- 7) Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados, sem que seja revelada a sua identidade ou a de qualquer outra/o participante.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinada/o concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

**Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Adolescente:** \_\_\_\_\_

**Pesquisador:** \_\_\_\_\_

“Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3o andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.”



Anexo C - Questionário Completo



**PESQUISA**

**AMOR E VIOLÊNCIA**

**ENTRE JOVENS**

2016

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO PESQUISA AMOR E  
VIOLÊNCIA ENTRE JOVENS**

**MÓDULO INICIAL - Para preenchimento pela equipe de pesquisa:**

ID	Escola	Data de entrevista	Aplicador
_ _ _	_ _	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _	

**ATENÇÃO**

- ✓ Preencha os itens abaixo e marque um (X) na opção escolhida. Se, por ventura, você quiser mudar sua opção de resposta, assinale com uma seta a resposta verdadeira. Sua participação e respostas sinceras a todos os itens são muito importantes para gente.
- ✓ Lembre-se que o questionário é anônimo e que todos os dados serão mantidos em sigilo.
- ✓ Por favor, faça uma revisão cuidadosa antes de entregar o questionário para ver se você não esqueceu de responder nenhuma pergunta.
- ✓ Qualquer dúvida chame o responsável pela aplicação do questionário.

**MÓDULO A: IDENTIFICAÇÃO**

Idade  _ _  anos completos			
Data de nascimento  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _			
. exo: 1	_	Masculino	_
	2		Feminino
Endereço:			
Bairro:			
Celular:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
Escola:			
Turma:  _ _ _ _ _  10. Turno: 1  _  manhã 2  _  tarde 3  _  noite			

**MÓDULO B: INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS**

<p>1. Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para definir a sua cor ou raça?      1  _  Branca    2  _  Preta    3  _  Parda    4  _  Amarela (asiáticos)    5  _  Indígena</p>
<p>2. Em que religião você foi criada(o)?</p> <p>1  _  Católica    2  _  Evangélica    3  _  Espírita    4  _  Umbanda ou candomblé    5  _  Judaica    6  _  Sem religião    7  _  Outras</p>

3. Atualmente qual religião ou culto você frequenta?						
1 <input type="checkbox"/> Católica	2 <input type="checkbox"/> Evangélica	3 <input type="checkbox"/> Espírita	4 <input type="checkbox"/> Umbanda ou candomblé	5 <input type="checkbox"/> Judaica	6 <input type="checkbox"/> Sem religião	7 <input type="checkbox"/> Outras
4. Em sua casa há os itens abaixo? Por favor, marque quantos dos itens abaixo existem em sua casa.						
	<b>Nenhum</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b> <b>ou mais</b>	
a. Banheiros	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
b. Automóvel particular	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
c. Computador	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
	<b>N enhum</b>	<b>1</b>			<b>4 ou mais</b>	
Máquina de lavar louça	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Geladeira	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Máquina de lavar roupa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Aparelho de DVD (ou qualquer outro aparelho que leia DVD)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Micro-ondas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Motocicleta	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Máquina secadora de roupa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Na sua casa trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista (que trabalha cinco dias por semana na sua casa)?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	

## MÓDULO C: FAMÍLIA

1 Seu pai está vivo?

1  Sim    2  Não    3  Não sei / perdi o contato/ não conheci meu pai**ATENÇÃO: Se sua resposta foi "SIM", pule para a questão 3.**



2 Quantos anos você tinha quando seu pai faleceu (ou quando você perdeu contato com seu pai)?

    |\_|\_| anos

**ATENÇÃO: Se você não tem contato com seu pai (ou ele faleceu), pule para questão 6.**

3 Qual a idade do seu pai? |\_|\_| anos completos

4 Qual é a ocupação/profissão do seu pai?

5 Qual é a escolaridade do seu pai?

1  Nunca frequentou a escola

2  Ensino fundamental: estudou até o fim do |\_| ano

3  Ensino médio: estudou até o fim do |\_| ano

4  Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando 5  Terminou a faculdade

6 Sua mãe está viva?

1  Sim    2  Não    3  Não sei / perdi o contato/ não conheci minha mãe

**ATENÇÃO: Se sua resposta foi “SIM”, pule para questão 8.**

7 Quantos anos você tinha quando sua mãe faleceu (ou quando você perdeu contato com sua mãe)?

    |\_|\_| anos

**ATENÇÃO: Se você não tem contato com sua mãe (ou ela faleceu), pule para questão 11.**

8 Qual a idade da sua mãe? |\_|\_| anos completos

9 Qual é a ocupação/profissão da sua mãe?

10 Qual é a escolaridade da sua mãe?

1  Nunca frequentou a escola

2  Ensino fundamental: estudou até o fim do |\_| ano

3  Ensino médio: estudou até o fim do |\_| ano

4  Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando 5  Terminou a faculdade

11 Informe quem é o chefe da família (aquele que contribui com a maior parte da renda para manutenção da casa):    1  Mãe    2  Pai    3  Outro - quem?

**ATENÇÃO: Se o chefe da família for sua mãe ou seu pai, pule para questão 13.**

12 Caso o chefe da família não seja a mãe ou o pai, informe a escolaridade do chefe da família:

- 1  Nunca frequentou a escola  
 2  Ensino fundamental: estudou até o fim do  ano  
 3  Ensino médio: estudou até o fim do  ano  
 4  Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando 5  Terminou a faculdade

13 Atualmente, você mora:

- 1  Com pai e mãe 2  Apenas com sua mãe 3  Apenas com seu pai  
 4  Com sua mãe e seu padrasto 5  Com seu pai e sua madrasta  
 6  Não mora com seus pais/ seus responsáveis 7  Outros

**ATENÇÃO: Se você respondeu “com pai e mãe”, pule para questão 15.**

14 Desde que idade você não mora com sua mãe e seu pai?  anos

15 Você, nesse momento, está casada (o) ou vive com companheiro (a)? 1  Sim 2  Não

16 Você tem filhos? 1  Sim 2  Não

**ATENÇÃO: Se você não tem filhos, pule para questão 18.**

17 Que idade você tinha quando teve o primeiro filho?  anos completos

18 Qual o número total de moradores do seu domicílio (incluindo você)?  moradores

19 Quantos cômodos existem no seu domicílio (incluindo banheiro e cozinha)?  cômodos

20 De que material é feito a maior parte do chão da sua casa?

- 1  Cimento 2  Madeira tratada/ tacos 3  Madeira bruta 4  Cerâmica / ladrilho 5  Barro/terra/areia

21 Aonde você ou as pessoas que moram com você jogam o lixo?

- 1  Caçamba 2  Local aberto ou terreno baldio 3  Recolhimento em casa  
 4  Outros: \_\_\_\_\_

22 A água utilizada na sua casa é proveniente de:

- 1  Rede Geral de distribuição 2  Poço ou Nascente 3  Outros: \_\_\_\_\_

23 Para onde vai o esgoto da sua casa? 1 <input type="checkbox"/> Rede Geral de esgoto 2 <input type="checkbox"/> Fossa 3 <input type="checkbox"/> Vala aberta 4 <input type="checkbox"/> Outros: _____
24 Considerando o trecho da sua casa, a sua rua é: 1 <input type="checkbox"/> Asfaltada/ Pavimentada 2 <input type="checkbox"/> Terra/Cascalho
25 Qual foi, aproximadamente, a renda familiar total no último mês (Somando salário, aluguel, pensão, etc.; apenas das pessoas que moram no seu domicílio)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,00 reais
26 Desde que idade você estuda nesta escola? <input type="text"/> <input type="text"/> anos
27 Você já repetiu de ano alguma vez? 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim Se sim, quantas vezes? <input type="text"/> vezes

#### MÓDULO D: MEMÓRIAS DA INFÂNCIA

**As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança. Para cada afirmação, marque a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu, desde que você se lembre, até os seus 10 anos de idade.**

**Complete a frase: Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...**

1 Eu não tive o suficiente para comer. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
2 Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
3 As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
4 Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
5 Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
6 Eu tive que usar roupas sujas. 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre
7 Eu me senti amado(a). 1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre

8 Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
9 Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre

<b>Complete a frase: <u>Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...</u></b>
10 Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
11 Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
12 Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
13 As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
14 As pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
15 Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
16 Eu tive uma ótima infância. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
17 Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
18 Eu senti que alguém da minha família me odiava. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre

19 As pessoas da minha família se sentiam unidas. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
20 Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
21 Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
22 Eu tive a melhor família do mundo. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
23 Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
24 Alguém me molestou. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre

**Complete a frase: Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...**

25 Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
26 Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
27 Eu acredito que fui abusado(a) sexualmente. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre
28 Minha família foi uma fonte de força e apoio. 1 <input type="checkbox"/> Nunca    2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes    3 <input type="checkbox"/> Às vezes    4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes    5 <input type="checkbox"/> Sempre

**MÓDULO E: PERGUNTAS SOBRE RELACIONAMENTOS AMOROSOS AO LONGO DA VIDA**

1 Você já “ficou” ou teve algum relacionamento amoroso sem compromisso com alguém?  
1  Sim    2  Não

**ATENÇÃO: Se sua resposta foi “NÃO”, pule para a questão 4.**

<p>2 Que idade você tinha quando “ficou” ou teve algum relacionamento amoroso sem compromisso pela primeira vez?</p> <p>     _ _  anos completos</p>
<p>3 Quando você ficou ou teve algum relacionamento sem compromisso com alguém pela primeira vez?</p> <p>    1 _  Homem   2 _  Mulher</p>
<p>4 Você já <u>namorou</u> alguém?</p> <p>    1 _  Sim    2 _  Não</p>
<p><b>ATENÇÃO: Se sua resposta foi “NÃO”, pule para o módulo F.</b></p>
<p>5 Que idade você tinha quando namorou a primeira vez?    _ _  anos completos</p>
<p>6 Quando você namorou pela primeira vez, essa pessoa era:</p> <p>    1 _  Homem   2 _  Mulher</p>
<p>7 As próximas perguntas são sobre seu/sua namorado(a) atual ou seu ex-namorado(a), se você não estiver namorando ninguém atualmente. Marque abaixo a pessoa em que você estará pensando para responder as próximas questões.</p> <p>1 _  Atual namorado(a)</p> <p>2 _  Ex-namorado(a) recente (dentro dos últimos três meses)</p> <p>3 _  Ex-namorado(a) mais antigo (que namorei há mais de três meses até um ano atrás)</p>
<p>8 Há quanto tempo vocês estão/ficaram juntos?    _  anos    _ _  meses</p>
<p>9 Quantos anos ele(a) tem/tinha?    _ _  anos completos</p>
<p>10 Qual é a escolaridade dele(a)?</p> <p>1     _  Nunca frequentou a escola</p> <p>2     _  Ensino fundamental: estudou até o fim do  _  ano</p> <p>3     _  Ensino médio: estudou até o fim do  _  ano</p> <p>4     _  Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando 5 _  Terminou a faculdade</p>
<p>11 O quanto esse relacionamento é/era importante para você?</p> <p>    1 _  Não muito importante   2 _  Tem alguma importância   3 _  Importante   4 _  Muito importante</p>

MÓDULO F: QUESTÕES SOBRE RELACIONAMENTO AMOROSO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO DURANTE UMA BRIGA ENTRE VOCÊ E A PESSOA COM QUEM “FICA” OU NAMORA (OU FICOU/NAMOROU) NOS ÚLTIMOS 12 MESES, CASO VOCÊ NÃO ESTEJA COM NINGUÉM NESTE MOMENTO. OBSERVE O QUADRO ABAIXO E RESPONDA AS PERGUNTAS DE ACORDO COM O ITEM QUE MELHOR SE APROXIMA DE QUANTAS VEZES ESSAS SITUAÇÕES OCORRERAM ENTRE VOCÊ E A PESSOA COM QUEM “FICA” OU NAMORA ATUALMENTE OU FICOU/NAMOROU NOS ÚLTIMOS DOZE MESES.

CASO VOCÊ NÃO TENHA FICADO COM ALGUÉM OU NÃO TENHA NAMORADO NINGUÉM NOS ÚLTIMOS DOZE MESES,

PULE ESTE MÓDULO DO QUESTIONÁRIO

- |                                           |
|-------------------------------------------|
| 1. SEMPRE = ACONTECEU 6 VEZES OU MAIS     |
| 2. ÀS VEZES = ACONTECEU ENTRE 3 E 5 VEZES |
| 3. RARAMENTE = ACONTECEU 1 OU 2 VEZES     |
| 4. NUNCA = NUNCA ACONTECEU                |

<b><u>NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...</u></b>				
1 Eu justifiquei os meus argumentos	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
2 Ele/Ela justificou os seus argumentos	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
3 Eu o/a toquei sexualmente quando ele/ela não queria	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
4 Ele/Ela me tocou sexualmente quando eu não queria	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
5 Eu tentei virar seus amigos contra ele/ela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
6 Ele/Ela tentou virar meus amigos contra mim	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
7 Eu fiz algo para provocar ciúmes nele/nela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
8 Ele/Ela fez algo para me fazer ciúmes	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
9 Eu destruí ou ameacei destruir algo de valor para ele/ela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
<b><u>NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...</u></b>				

10 Ele/Ela destruiu ou ameaçou destruir algo de valor para mim	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
11 Eu disse a ele/ela que eu tinha parte da culpa	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
12 Ele/ Ela disse a mim que ele/ela tinha parte da culpa	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
13 Eu mencionei algo de ruim que ele/ela fez no passado	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
14 Ele/Ela mencionou algo de ruim que eu fiz no passado	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
15 Eu joguei algo nele/ela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
16 Ele/Ela jogou algo em mim	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
17 Eu disse coisas somente para deixá-lo(a) com raiva	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
18 Ele/Ela disse coisas somente para me deixar com raiva	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
19 Eu dei as razões pelas quais eu achava que ele/ela estava errado(a).	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
20 Ele/Ela deu as razões pelas quais ele/ela achava que eu estava errado(a)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
21 Eu concordei que em parte ele/ela estava certo(a)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
22 Ele/Ela concordou que em parte eu estava certa(o)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
23 Eu falei com ele/ela em um tom de voz hostil ou maldoso	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
24 Ele/Ela falou comigo em um tom de voz hostil ou maldoso	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
25 Eu forcei ele(a) a fazer sexo quando ele/ela não queria	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
26 Ele/ela me forçou a fazer sexo quando eu não queria	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
27 Eu propus uma solução que eu pensei que faria nós dois felizes	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA



28 Ele/Ela propôs uma solução que ele/ela pensou que faria nós dois felizes	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
-----------------------------------------------------------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	--------------------

**NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...**

29 Eu ameacei ele/ela numa tentativa de fazer sexo com ele/ela	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
30 Ele/Ela me ameaçou numa tentativa de fazer sexo comigo	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
31 Eu parei de falar até que nós nos acalmássemos	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
32 Ele/Ela parou de falar até que nós nos acalmássemos	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
33 Eu insultei ele/ela com deprecições	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
34 Ele/Ela me insultou com deprecições	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
35 Eu discuti o assunto calmamente	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
36 Ele/Ela discutiu o assunto calmamente	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
37 Eu beijei ele/ela quando ele/ela não queria	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
38 Ele/Ela me beijou quando eu não queria que ele/ela o fizesse	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
39 Eu disse coisas sobre ele/ela aos seus amigos, para virá-los contra ele/ela	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
40 Ele/Ela disse coisas sobre mim aos meus amigos, para virá-los contra mim	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
41 Eu ridicularizei ou caçoei ele/ela na frente dos outros	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
42 Ele/Ela me ridicularizou ou me caçou na frente dos outros	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA
43 Eu disse a ele/ela o quanto eu estava aborrecida(o)	<b>1.</b> SEMPRE	<b>2.</b> ÀS VEZES	<b>3.</b> RARAMENTE	<b>4.</b> NUNCA

44 Ele/Ela me disse o quanto ele/ela estava aborrecido(a)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
45 Eu vigiava com quem e onde ele/ela estava	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
46 Ele/Ela vigiava com quem e onde eu estava	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
47 Eu culpei ele/ela pelo problema	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
48 Ele/Ela me culpou pelo problema	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
49 Eu bati, chutei ou dei um soco nele(a)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
50 Ele/Ela me bateu, chutou ou deu um soco	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA

<b><u>NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...</u></b>				
51 Eu deixei o local para me acalmar	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
52 Ele/Ela deixou o local para se acalmar	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
53 Eu cedi, só para evitar o conflito.	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
54 Ele/Ela cedeu, só para evitar o conflito.	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
55 Eu acusei ele/ela de paquerar outra(o) garota(o)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
56 Ele/Ela me acusou de paquerar outro(a) garoto(a)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
57 Eu tentei amedrontar ele/ela de propósito	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
58 Ele/Ela tentou me amedrontar de propósito	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
59 Eu dei um tapa nele/nela ou puxei o cabelo dele(a)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
60 Ele/Ela me deu um tapa ou puxou o meu cabelo	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
61 Eu ameacei machucar ele/ela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA

62 Ele/Ela ameaçou me machucar	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
63 Eu ameacei terminar o relacionamento	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
64 Ele/Ela ameaçou terminar o relacionamento	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
65 Eu ameacei bater nele(a) ou jogar alguma coisa nele(a)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
66 Ele/Ela ameaçou bater em mim ou jogar alguma coisa em mim	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
67 Eu empurrei ou sacudi ele/ela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
68 Ele/Ela me empurrou ou me sacudiu	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
69 Eu espalhei boatos sobre ele/ela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
70 Ele/Ela espalhou boatos sobre mim	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
71 A pessoa sobre a qual você respondeu as questões deste módulo é: 1 _  Homem 2 _  Mulher				

### MÓDULO G: SEXUALIDADE E INICIAÇÃO SEXUAL

1 Na sua vida, você se sentiu atraída(o):

1|\_| Somente por homens

2|\_| Mais frequentemente por homens, mas também por mulheres 3|\_|

Igualmente por homens e mulheres

4|\_| Mais frequentemente por mulheres, mas também por homens

5|\_| Somente por mulheres

2 Você já teve experiência sexual/contato íntimo com pessoas do mesmo sexo? 1 |\_| Sim 2 |\_| Não

3 Você já teve relações sexuais alguma vez?  
1 |\_| Sim 2 |\_| Não

**ATENÇÃO: Se sua resposta foi “não”, pule para questão 8.**

4 Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?  
|\_|\_| anos completos

5	Atualmente você mantém algum relacionamento que inclua sexo com alguém?
1 <input type="checkbox"/>	Sim
2 <input type="checkbox"/>	Não
<b>ATENÇÃO: Se sua resposta foi “não”, pule para questão 8.</b>	
6	Seu/sua parceiro(a) estuda atualmente?
1 <input type="checkbox"/>	Sim
2 <input type="checkbox"/>	Não
7	Qual é a escolaridade dele(a)?
1 <input type="checkbox"/>	Nunca frequentou a escola
2 <input type="checkbox"/>	Ensino fundamental: estudou até o fim do <input type="text"/> ano
3 <input type="checkbox"/>	Ensino médio: estudou até o fim do <input type="text"/> ano
4 <input type="checkbox"/>	Começou a faculdade, mas não terminou ou ainda está cursando a faculdade
5 <input type="checkbox"/>	Terminou
8	Alguém tentou forçar você a ter relações sexuais contra a sua vontade? 1 <input type="checkbox"/> Sim, uma vez 2 <input type="checkbox"/> Sim, várias vezes 3 <input type="checkbox"/> Não
<b>ATENÇÃO: Se sua resposta foi “não”, pule para questão 17.</b>	
9	Foi sempre a mesma pessoa que tentou forçar você a ter relações sexuais contra a sua vontade?
1 <input type="checkbox"/>	Sim
2 <input type="checkbox"/>	Não
10	Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? <input type="text"/>   <input type="text"/> anos completos
11	O que aconteceu quando alguém tentou forçar você a ter relações sexuais contra a sua vontade? 1 <input type="checkbox"/> A relação sexual aconteceu realmente 2 <input type="checkbox"/> Ficou só na tentativa
12	Como você foi forçada(o)?
1 <input type="checkbox"/>	Teve violência física
2 <input type="checkbox"/>	Teve ameaça de violência
3 <input type="checkbox"/>	Houve outro tipo de ameaça
4 <input type="checkbox"/>	Teve muita insistência
5 <input type="checkbox"/>	Outro _____
13	Essa pessoa era: 1 <input type="checkbox"/> Homem 2 <input type="checkbox"/> Mulher
14	Quem foi essa pessoa? (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmã(o), tio(a), amigo(a), namorado(a), ficante, vizinho(a), desconhecido(a) etc) _____
15	Você contou para alguém que isso aconteceu com você? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

16 Para quem você contou?

1  Pai      2  Mãe      3  Amigos/colegas      4  Polícia      5  Professor

6  Médicos/profissionais de saúde      7  Marido/esposa ou parceiro(a)

8  Outra (especificar) \_\_\_\_\_

---

17 Com quem você conversa mais sobre sexo? Responda citando no máximo três:

1  Parceiro/parceira      2  Amigos/colegas      3  Mãe      4  Pai      5  Irmão

6  Irmã

7  Primo      8  Prima      9  Tia      10  Tio      11  Médicos, psicólogos ou profissionais de saúde

12  Professores/ na escola      13  Ninguém

## MÓDULO H: VIOLÊNCIA URBANA

Você diria que, <b>nos últimos 12 meses</b> , a violência no bairro ou comunidade onde você mora:				
	1 <input type="checkbox"/> Aumentou	2 <input type="checkbox"/> Diminuiu	3 <input type="checkbox"/> Permaneceu a mesma	
frequência	Você faz alguma(s) dessas coisas para se proteger da violência ou sentir-se mais seguro(a)?			Número
	Com	Às Vezes	Nunca	
Evita andar sozinho	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Não usa certa(s) linha(s) de ônibus	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Deixa de sair de casa à noite	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Deixa de ir à escola	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Deixa de ir a festa(s)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Não sai da sua comunidade ou bairro	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Deixa de frequentar um grupo de amigos	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Não volta para casa de madrugada	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Anda de táxi	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Não passa em área onde há pessoas armadas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
Não passa perto da polícia	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.

Você já teve algum(a) parente, amigo(a), vizinho(a) ou colega assassinado(a)?				
1	<input type="checkbox"/> Não	2	<input type="checkbox"/> Sim	3 Quem?
Você já viu de perto o corpo de alguém assassinado(a)?				
vez(es)	1	<input type="checkbox"/> Não	2	<input type="checkbox"/> Sim 2.1 Se sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/>
Você alguma vez já pegou em arma de fogo?				
vez(es)	1	<input type="checkbox"/> Não	2	<input type="checkbox"/> Sim 2.1 Se sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/>

Nos últimos 12 meses, alguma vez VOCÊ já sofreu alguma das coisas listadas abaixo?				
Vezes	Nunca	Uma vez	Algumas Vezes	Muitas
Alguém feriu você com arma de fogo	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
Alguém ameaçou você com arma de fogo	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
Você mudou de casa por medo ou ameaça de violência	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
Alguém lhe ofereceu drogas	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
Você sentiu necessidade de andar armado(a)	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
Você ou algum(a) parente próximo(a) foi ameaçado(a) de morte	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
Alguém desconhecido(a) o(a) agrediu fisicamente (tapa, soco etc.)	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
Alguém(a) amigo(a) ou colega seu(sua) o(a) agrediu fisicamente	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
Algum membro da sua família o(a) agrediu fisicamente	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
<b>Nos últimos 12 meses, algum(a) amigo(a) seus (sua) fez alguma das coisas listadas abaixo? [ NÃO CONSIDERAR AMIGOS POLICIAIS]</b>				
	U ma vez	Algum as Vezes	Muitas Vezes	unca
a. Andou armado(a)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. Ameaçou alguém com arma de fogo	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

c. Matou alguém	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. Ameaçou alguém de morte	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. Assaltou alguém	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f. Foi ferido(a) por arma de fogo	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g. Feriu alguém com arma de fogo	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h. Agrediu ou espancou alguém	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
<p>Nos últimos 12 meses, você foi assaltado(a) ou tentaram assaltá-lo(a) alguma vez na rua, enquanto você andava a pé, de carro ou em transporte coletivo?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Não      2 <input type="checkbox"/> Sim, fui assaltado(a) ou tentaram me assaltar      2.1 Quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> vez(es)</p>					

### MÓDULO I: USO DE SUBSTÂNCIAS

Na sua vida, qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
b. bebidas alcoólicas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
c. maconha	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
d. cocaína, crack	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
e. anfetaminas ou êxtase	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
j. outras: _____	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	

Durante os <b>três últimos meses</b> , com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?						
Uma vez por mês	por semana	Nunca	1 ou 2 vezes	Uma vez	Quase todos os dias	
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
b. bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
c. maconha	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
d. cocaína, crack	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
e. anfetaminas ou êxtase	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
h. alucinógenos (LSD, ácido)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
j. outras:	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
Durante os <b>três últimos meses</b> , com que frequência você teve um desejo ou urgência de consumir essas substâncias						
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	<input type="checkbox"/>	Nunca	1 ou 2 vezes	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
b. bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
c. maconha	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
d. cocaína, crack	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	



e. anfetaminas ou êxtase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2	3	4.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				

f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. alucinógenos (LSD, ácido)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. outras:	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante os **três últimos meses**, com que frequência o uso das seguintes substâncias resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

	<b>nca</b>	<b>Nu ou 2</b>	<b>1</b>	<b>Uma vez</b>	<b>Quase</b>
		<b>Nu</b>	<b>v</b>	<b>por</b>	<b>todos os</b>
		<b>ezes</b>	<b>por</b>	<b>por</b>	<b>se</b>
			<b>mês</b>	<b>mana</b>	<b>dias</b>
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c. maconha	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. cocaína, crack	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. anfetaminas ou êxtase	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h. alucinógenos (LSD, ácido)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

j. _____	outras:	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
-------------	---------	--------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Durante os **três últimos meses**, com que frequência, você deixou de fazer coisas por causa destas substâncias que eram normalmente esperadas de você?

	<b>nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>1 vez por mês</b>	<b>Uma vez por semana</b>	<b>Quase todos os dias</b>
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c. maconha	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. cocaína, crack	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. anfetaminas ou êxtase	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h. alucinógenos (LSD, ácido)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
j. outras:	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

6 Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso das seguintes substâncias?

	<b>Não, nunca</b>	<b>Sim, nos últimos 3 meses</b>	<b>Sim, mas não nos últimos 3 meses</b>
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
b. bebidas alcoólicas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
c. maconha	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
d. cocaína, crack	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
e. anfetaminas ou êxtase	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)			<input type="checkbox"/>

g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.
			<input type="checkbox"/>	3.
			<input type="checkbox"/>	3.
j. outras:	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.

7 Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso das seguintes substâncias e não conseguiu?		Sim, últimos	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco (cigarro comum)		2. <input type="checkbox"/>		3. <input type="checkbox"/>
b. bebidas alcoólicas		2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
c. maconha		2. <input type="checkbox"/>		3. <input type="checkbox"/>
d. cocaína, crack		2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
e. anfetaminas ou êxtase		2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	Não, nunca	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>		3. <input type="checkbox"/>
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
j. outras:	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

8 Alguma vez você já usou drogas por injeção? (não considerar drogas prescritas pelo médico)

1  Não, nunca    2  Sim, nos últimos 3 meses    3  Sim, mas não nos últimos 3 meses

MÓDULO J: QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE

**AGORA, NÓS GOSTARÍAMOS DE SABER COMO VOCÊ TEM PASSADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, EM RELAÇÃO AOS ASPECTOS ABAIXO RELACIONADOS. AQUI, QUEREMOS SABER SOMENTE SOBRE PROBLEMAS MAIS RECENTES, E NÃO SOBRE AQUELES QUE VOCÊ POSSA TER TIDO NO PASSADO.**

**NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, VOCÊ TEM...**

1 ...perdido muito o sono por preocupação?

1  De jeito nenhum    2  Não mais que de costume    3  Um pouco mais que de costume  
4  Muito mais que de costume

<p>2 ...se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?</p> <p>1 _ De jeito nenhum 2 _ Não mais que de costume 3 _ Um pouco mais que de costume 4 _ Muito mais que de costume</p>
<p>3 ...sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?</p> <p>1 _ Mais que de costume 2 _ O mesmo de sempre 3 _ Menos que de costume 4 _ Muito menos que de costume</p>
<p>4 ...sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?</p> <p>1 _ Mais que de costume 2 _ O mesmo de sempre 3 _ Menos útil que de costume 4 _ Muito menos útil que de costume</p>
<p>5 ...sido capaz de enfrentar seus problemas?</p> <p>1 _ Mais que de costume 2 _ O mesmo de sempre 3 _ Menos capaz que de costume 4 _ Muito menos capaz que de costume</p>
<p>6 ...se sentido capaz de tomar decisões?</p> <p>1 _ Mais que de costume 2 _ O mesmo de sempre 3 _ Menos capaz que de costume 4 _ Muito menos capaz que de costume</p>
<p>7 ...sentido que está difícil de superar suas dificuldades?</p> <p>1 _ De jeito nenhum 2 _ Não mais que de costume 3 _ Um pouco mais que de costume 4 _ Muito mais que de costume</p>
<p>8 ...se sentido feliz de um modo geral?</p> <p>1 _ Mais que de costume 2 _ O mesmo de sempre 3 _ Menos que de costume 4 _ Muito menos que de costume</p>
<p>9 ...tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?</p> <p>1 _ Mais que de costume 2 _ O mesmo de sempre 3 _ Menos que de costume 4 _ Muito menos que de costume</p>
<p>10 ...se sentido triste e deprimido(a)?</p> <p>1 _ De jeito nenhum 2 _ Não mais que de costume 3 _ Um pouco mais que de costume 4 _ Muito mais que de costume</p>
<p>11 ...perdido a confiança em você mesmo(a)?</p> <p>1 _ De jeito nenhum 2 _ Não mais que de costume 3 _ Um pouco mais que de costume 4 _ Muito mais que de costume</p>
<p>12 ..se achado uma pessoa sem valor?</p> <p>1 _ De jeito nenhum 2 _ Não mais que de costume 3 _ Um pouco mais que de costume 4 _ Muito mais que de costume</p>

Digitado em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome do digitador: \_\_\_\_\_

**Obrigada por sua participação!**



**ANEXO D: OUTROS PRODUTOS DESENVOLVIDOS AO LONGO DO DOUTORADO  
DIRETAMENTE RELACIONADOS AO OBJETO DA TESE**

**D Faus; CL de Moraes; MC Castro; Keefe-Oates; ME Reichenheim, S Taquette.  
Sexual dating violence victimization and adolescent psychological distress in Rio de  
Janeiro, Brazil. *European Journal of Public Health*, Volume 30 Supplement 5, 2020.**

**Abstract:**

**Background:** Studies from high income countries showed physical and psychological dating violence associated with poor mental health (MH) outcomes, including depressive symptoms and suicide attempts. However, sexual dating violence (SDV) has received less attention, especially in low middle-income countries like Brazil. This study investigated the prevalence and the effect of SDV victimization on MH in adolescent students from Rio de Janeiro, Brazil.

**Methods:** This is a school-based study comprising 550 students enrolled in 13 high schools. Only adolescents reporting at least one romantic relationship in the prior twelve months were eligible. SDV and MH were measured using the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI) and General Health Questionnaire (GHQ-12), respectively. Frequency of SDV was assessed in the aggregate and by specific sociodemographic subgroups. Multivariate logistic models were employed to study the relationship between SDV victimization and MH status. Direct Acyclic Graphs steared the covariates selection process: skin color, maternal education, history of child sexual abuse, and sex. **Results:** The prevalence of SDV victimization experienced over the last 12 months was 16.5%. SDV victimization was a significant risk factor for MH problems (OR=2.04; 95%CI: 1.01 - 4.15). **Conclusion:** The high prevalence of SDV among students in the sample was striking. Its relationship with psychological suffering highlights the importance of involving schools and health services in actions aimed at reducing all forms of SDV and at mitigating its consequences. The findings also indicate that mental health professionals should regularly investigate SDV victimization among adolescents reporting MH symptoms.

**Key message 1:** Rio de Janeiro schools and health services need to join efforts to develop and implement actions aimed at the prevention of sexual dating violence.

**Key message 2:** Health professionals might investigate if adolescents with psychological distress are also victims of sexual dating violence.



**DP Faus; CL de Moraes; M Reichenheim; MC Castro; SR Taquette. (2021, December). Padrões de perpetração e vitimização de violência no namoro: análise de classes latentes. Trabalho apresentado em Anais do 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia**

Resumo:

Objetivo: Identificar padrões de vitimização e perpetração de violência no namoro (VN) entre adolescentes. Métodos: Estudo transversal realizado em escolas públicas e privadas do Rio de Janeiro. Participantes foram selecionados por amostragem complexa (n=550). Para VN usou-se a versão brasileira do *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory*. A identificação de padrões foi realizada através da Análise de Classes Latentes (ACL) seguindo os seguintes passos: determinar o número de classes latentes (CL) a partir de estatísticas de BIC ajuste; analisar a inteligibilidade da classificação; definir e nomear as classes. Resultados: Foram selecionados os modelos de três classes para todos os subgrupos. Meninas tiveram três padrões distintos de vitimização, quais sejam, ‘Violência emocional e coerção sexual’ (43%); ‘Violência emocional com depreciação e coerção sexual’ (40%); e ‘Violência emocional com depreciação e isolamento, violência física e estupro’ (17%). Para perpetração, as classes foram ‘Violência emocional’ (34%); ‘Violência emocional com depreciação’ (39%); ‘Violência emocional, coerção sexual e violência física’ (27%). A vitimização de meninos foram: ‘Violência emocional e coerção sexual’ (28%); ‘Violência emocional com depreciação e violência física’ (49%) e ‘Violência emocional com depreciação, violência física e estupro’ (23%). Quanto à perpetração, identificou-se ‘Violência emocional’ (48%); ‘Violência emocional com depreciação e coerção sexual’ (37%); e Violência emocional com depreciação e isolamento, violência física e estupro (15%). Conclusão: As diferenças entre os padrões de violência entre meninos e meninas em suas relações amorosas sugerem que tanto projetos de pesquisa sobre o tema, como ações de prevenção e cuidado busquem as especificidades das situações.

Avanços:

Muito estudo consideram a violência no namoro a partir da natureza da violência (física, emocional ou sexual), mas tal abordagem pode não ser a mais adequada. O nosso trabalho apresenta avanços ao campo do estudo de violências pela epidemiologia ao implementar um método centrado no indivíduo (Análise de Classes Latentes) para encontrar grupos homogêneos de envolvimento em violência no namoro.