



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social**

Daniela Porto Faus

**Violência familiar na infância: fator de risco para o envolvimento em  
violência juvenil?**

Rio de Janeiro

2018

Daniela Porto Faus

**Violência familiar na infância: fator de risco para a violência juvenil?**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

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

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F267 Faus, Daniela Porto  
Violência familiar na infância: fator de risco para envolvimento em violência  
juvenil?/ Daniela Porto Faus. – 2017.  
130 f.

Orientadora: Claudia Leite de Moraes

Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social.

1. Maus-tratos infantis – Teses. 2. Criança – Teses. 3. Adolescente –  
Teses. 4. Violência – Teses. 5. Saúde pública – Teses. I. Moraes, Claudia  
Lete. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina  
Social. III. Título.

CDU 179.2: 614

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

---

Assinatura

---

Data

Daniela Porto Faus

Violência familiar na infância: fator de risco para a violência juvenil?

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

Aprovada em 08 de Fevereiro de 2018.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Leite de Moraes  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia de Souza Lopes  
Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck  
Instituto de Medicina Social - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Katia Vergetti Bloch  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - UFRJ

Rio de Janeiro

2018

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha orientadora a professora Claudia pela orientação e carinho. Vamos continuar essa jornada!

Aos professores do PIEVF Emanuelle e Michael pela atenção e contribuições ao longo de meu percurso neste grupo de pesquisa.

Às colegas do PIEVF que fizeram com que o trabalho fosse cada vez mais prazeroso.

Aos colegas da turma de mestrado. Conseguimos atravessar a jornada das disciplinas!

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

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

Aos técnicos da informática, biblioteca, secretaria e a todos os funcionários do IMS. Obrigada pela paciência que vocês têm com cada aluno.

Às minhas colegas de trabalho na UFRJ. Obrigada pela compreensão e apoio nesta fase.

Gostaria de agradecer a minha família que sempre investiu em mim dedicação, carinho e educação. Obrigada a minha mãe, meu pai e meu irmão.

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

## RESUMO

Faus, Daniela Porto. *Violência familiar na infância: fator de risco para envolvimento em violência juvenil?* 2018. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A violência contra a criança é um problema de Saúde Pública em todo o mundo por sua magnitude e sérias consequências. Estudos anteriores sugerem que adolescentes vítimas de violência na infância são mais propensos a se envolver em situações de violência durante a adolescência e juventude (Violência Juvenil - VJ). Apesar da crescente literatura sobre o tema, ainda são poucos os estudos que investigam se o nível de violência comunitária a que o adolescente é exposto ao longo de sua vida tem influência sobre as relações entre violência na infância e violência juvenil. Esta pesquisa pretende explorar o tema. O objetivo principal desta dissertação foi investigar o efeito conjunto da violência na infância e violência comunitária para o envolvimento do adolescente em VJ. Trata-se de um estudo seccional de base escolar (n=720) realizado na cidade do Rio de Janeiro. A seleção de participantes foi realizada através de amostragem complexa, estratificada por tipo de gestão da escola e turno. No total foram incluídas 12 escolas da região. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. As informações foram coletadas através de questionário multidimensional de autopreenchimento. A violência familiar na infância foi identificada utilizando-se o *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. O envolvimento em VJ foi mensurado através de itens que abordavam o envolvimento do adolescente com amigos que tenham praticado atos de violência. A exposição à violência comunitária foi avaliada no nível individual e para isso perguntou-se ao adolescente se viu o corpo de alguém assassinado. Para a estimação dos efeitos ajustados das diferentes violências na infância na presença e ausência de violência comunitária, foram elaborados modelos logísticos multivariados. A análise de dados foi realizada no programa R versão 3.3.3, utilizando-se o pacote *Survey*. Dentre os resultados encontrados, ressalta-se as altas magnitudes de coocorrência de violências familiares e violência comunitária. O abuso emocional na infância foi a violência familiar que mais aumentou a chance de envolvimento do indivíduo em VJ, tanto na ausência de violência comunitária (OR=3,31; IC95%: 1,79-6,12), quanto na presença da mesma (OR=5,66; IC95%: 3,4-9,2). A violência sexual também aumentou a chance de envolvimento em violência tanto quando associada à violência comunitária (OR= 4,76; IC95%: 1,46-15,46), quanto sozinha (OR=2,27; IC95%: 1,17-4,49). A violência física contra a criança só se mostrou fator de risco para o envolvimento em VJ quando associada à experiência de violência comunitária ao longo da vida (OR=3,92; IC95%:2,31-6,65). Tanto a negligência emocional (OR=1,54 IC95%:1,01-2,34), quanto física na infância (OR=2,42; IC95%: 1,32-4,46) se mostraram fatores de risco para o envolvimento em VJ. Tais achados chamam a atenção para a relevância das diferentes

manifestações da violência e para a necessidade de se incorporar políticas de prevenção e combate à violência na infância para a redução da VJ em áreas com altos índices de violência comunitária.

Palavras-chave: Violência contra criança. Maus-tratos infantis. Violência comunitária. Violência juvenil. Adolescentes.

## ABSTRACT

Faus, Daniela Porto. *Family violence in childhood: a risk Factor for involvement in juvenile violence?2018*. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Violence against children is a public health problem throughout the world because of its magnitude and serious consequences. Previous studies have suggested that adolescents who are victims of childhood violence are more likely to be involved in situations of violence during adolescence and youth (juvenile violence - JV). Despite the growing literature on the subject, there are still few studies that investigate whether the level of community violence to which adolescents are exposed throughout their lives influences the relationships between violence in childhood and youth violence. This research intends to explore that theme. The main objective of this dissertation was to investigate the joint effect of violence in childhood and community violence for the involvement of adolescents in JV. This is a school-based cross-sectional study (n = 720) conducted in the city of Rio de Janeiro. The selection of participants was performed through complex sampling, stratified by type of school management and shift. In total 12 schools from that region were included. Data collection was performed from September 2016 to February 2017. The information was collected through a multidimensional self-filling questionnaire. Family violence in childhood was identified using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Involvement in JV was measured through items that addressed the involvement of adolescents with friends who have committed acts of violence. The exposure to community violence was assessed at the individual level and for this the teenager was asked if he saw the body of someone murdered. In order to estimate the adjusted effects of different childhood violence in the presence and absence of community violence, multivariate logistic models were developed. The data analysis was performed in program R version 3.3.3, using the Survey package. Among the results found the high magnitudes of co-occurrence of family violence and community violence stand out. Emotional abuse in childhood was the family violence that most increased the chance of individual involvement in JV, both in the absence of community violence (OR = 3.31, 95% CI: 1.79-6.12) and in the presence of (OR = 5.66, 95% CI: 3.4-9.2). Sexual violence also increased the chance of being involved in violence both when associated with community violence (OR = 4.76, 95% CI: 1.46-15.46), and alone (OR = 2.27, 95% CI: 1, 17-4, 49). Physical violence against children was only a risk factor for JV involvement when associated with the experience of community-based violence throughout life (OR = 3.92, 95% CI: 2.31-6.65). Both the emotional neglect (OR = 1.54 95% CI: 1.01-2.34) and physical neglect (OR = 2.42, 95% CI: 1.32-4.46) were risk factors for involvement in JV. These findings highlight the relevance of different manifestations of violence and the need to incorporate policies to prevent and combat childhood violence to reduce JV in areas with high levels of community violence.

Keywords: Child abuse. Child maltreatment. Community violence. Juvenile violence. Adolescents.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Modelo Ecológico da Violência.....	19
Figura 2 –	Mapa do Município do Rio de Janeiro. Em destaque: IX Região Administrativa.....	
Figura 3 –	Modelo Teórico Propositivo – Relações entre a violência familiar na infância e a violência juvenil.....	38
Figura 4 –		45
Quadro 1 –	Escolas da IX Região Administrativa do município do Rio de Janeiro e estratos selecionados.....	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil sócio demográfico da amostra de estudo e prevalência de violência juvenil em subgrupos. Inquérito de base escolar IX RA do município do Rio de Janeiro, RJ.....	62
Tabela 2 –	Prevalência dos diversos tipos de violência na infância, violência comunitária na adolescência e violência juvenil na amostra de estudo e prevalência de violência juvenil em subgrupos de acordo com a presença das demais formas de violência. Inquérito de base escolar IX RA do município do Rio de Janeiro, RJ.....	65
Tabela 3 –	Prevalência de violência familiar na infância na presença e ausência de violência comunitária. Inquérito de base escolar IX RA do município do Rio de Janeiro, RJ, 2016.....	66
Tabela 4 –	Análise multivariada para avaliar o papel da exposição à violência familiar na infância, à violência comunitária na adolescência e à combinação das duas violências no envolvimento dos adolescentes em grupos de violência juvenil. Inquérito de base escolar IX RA do município do Rio de Janeiro, RJ, 2016.....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação ética
CAFT	Centro de Avaliação Física e Treinamento
CCEB	Critérios de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESeC	Centro de Estudos de Segurança e Cidadania
CSPro	<i>Census and Survey Processing System</i>
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
IC	Intervalo de Confiança
IMS	Instituto de Medicina Social
JUVIPOL	JUVENTUDE, VIOLÊNCIA E POLÍCIA
LAV	Laboratório de Análises da Violência
LIPAPS	Laboratório Interdisciplinar de pesquisa em Atenção Primária à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NESA	Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
RA	Região Administrativa
TCLE	Termos de Consentimento Livre Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VD	Violência Direta
VI	Violência Indireta
VJ	Violência Juvenil
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1</b>	<b>Violências: problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2</b>	<b>Violência familiar na infância: Definições, Fatores de Risco, Magnitude, e Consequências à Saúde.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3</b>	<b>Violência Juvenil: Definição, Fatores de Risco, Magnitude e Consequências.....</b>	<b>27</b>
<b>1.4</b>	<b>Algumas Teorias e evidências empíricas sobre as relações entre violência na infância e violência juvenil.....</b>	<b>32</b>
<b>2</b>	<b>HIPÓTESE DE ESTUDO .....</b>	<b>35</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>38</b>
<b>5.1</b>	<b>Desenho de estudo, cenário da pesquisa e período da coleta de dados.....</b>	<b>38</b>
<b>5.2</b>	<b>Plano amostral.....</b>	<b>39</b>
<b>5.3</b>	<b>Trabalho de campo e coleta de dados.....</b>	<b>42</b>
<b>5.4</b>	<b>Modelo teórico proposto: representação das dimensões que relacionam a violência familiar na infância à violência juvenil.....</b>	<b>44</b>
<b>5.5</b>	<b>Processo de redução dos constructos teóricos às variáveis empíricas.....</b>	<b>45</b>
<b>5.5.1</b>	<b><u>Exposição Central: violência familiar na infância.....</u></b>	<b>46</b>
<b>5.5.2</b>	<b><u>Desfecho: envolvimento em violência juvenil.....</u></b>	<b>46</b>
<b>5.5.3</b>	<b><u>Violência Comunitária.....</u></b>	<b>47</b>
<b>5.5.4</b>	<b><u>Fatores de confusão.....</u></b>	<b>47</b>
<b>5.6</b>	<b>Conferência dos questionários, digitação, limpeza e processamento dos dados.....</b>	<b>48</b>
<b>5.7</b>	<b>Análise de dados.....</b>	<b>49</b>

5.8	<b>Questões Éticas.....</b>	50
6	<b>RESULTADOS: VIOLÊNCIA FAMILIAR NA INFÂNCIA E VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: DUPLA DESVANTAGEM PARA O ENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE EM VIOLÊNCIA JUVENIL (MANUSCRITO).....</b>	51
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	82
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	84
	<b>ANEXO A - Manual de Campo.....</b>	94
	<b>ANEXO B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Responsáveis).....</b>	108
	<b>ANEXO C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Alunos).....</b>	109
	<b>ANEXO D - Questionário Completo.....</b>	110

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação 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). A pesquisa de fundo tem como principal objetivo estimar as prevalências das violências vivenciadas por adolescentes e avaliar a percepção deles e 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.

A abordagem qualitativa foi conduzida principalmente pelo 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 em três escolas privadas. Dos grupos realizados cinco foram compostos apenas com integrantes do sexo masculino, cinco do sexo feminino e três mistos resultando em um total de 132 estudantes.

Para a pesquisa quantitativa, na qual este estudo se insere, o objetivo principal foi 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. Em seguida, objetivou-se avaliar associações entre estas violências no namoro e variáveis sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, relativas aos hábitos de vida, relações familiares e ambiente social. Esta etapa foi planejada e coordenada pelo 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 à saúde da violência; 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. Este estudo se insere nas áreas temáticas a. e d.

A violência familiar na infância passou a receber atenção da saúde a partir de 1962 com o surgimento do trabalho de Kempe e colegas “*The battered child syndrome*”. Atualmente, o abuso infantil, em suas diversas formas (físico, sexual, emocional e negligência), é claramente encarado como um problema global de Saúde Pública. Estima-se que cerca de 20% das pessoas tenham sofrido agressão física familiar na infância no mundo (Stoltenborgh, et al., 2013). O abuso infantil apresenta consequências importantes para a saúde, tanto a curto, quanto a longo prazos (Krug., et al., 2002).

Define-se como violência comunitária a violência interpessoal que ocorre fora dos lares e entre indivíduos que não mantêm relação pessoal íntima entre si. A violência juvenil seria aquela violência comunitária perpetrada pelos jovens (10 a 29 anos). Apesar do grande enfoque dado aos homicídios, este tipo de violência abarca outras formas não letais de violência como o envolvimento em brigas e agressões na rua, assaltos e tráfico de drogas. A violência juvenil tem sido abordada como um problema de Saúde Pública e o setor saúde têm sido cada vez mais chamado para discutir a prevenção deste problema (Krug., et al., 2002; World Health Organization, 2014).

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 influenciar no desenvolvimento da personalidade (Markowitz, 2001; Toth & Cicchetti, 2013). Alguns estudos têm buscado aprofundar esta discussão apontando para o abuso físico ou negligência na infância como possíveis preditores do envolvimento em violência (Fang & Corso, 2007; Maas, et al., 2008). No entanto, ainda há muito a ser explorado nesse sentido. Dentre as lacunas neste campo, o papel da exposição à violência comunitária nos ambientes de circulação do adolescente para o efeito da violência familiar na infância no envolvimento em VJ é uma das perguntas a serem ainda respondidas (Maas, et al., 2008).

Visando contribuir para o debate, os objetivos principais desta dissertação serão investigar o papel da vivência de violências física, sexual, psicológica e negligência na infância para a perpetração de violência juvenil e se as exposições conjuntas a cada uma destas formas de violência na infância e à violência comunitária ao longo da vida aumentam a chance do envolvimento do jovem à violência juvenil. O estudo também estima as prevalências de exposição às violências na infância e comunitária, bem como a prevalência de perpetração da violência juvenil entre os adolescentes escolares da IX RA do município do Rio de Janeiro.

A dissertação é organizada em nove seções: Introdução, Hipóteses de estudo, Justificativa, Objetivos, Métodos, Resultados, Considerações Finais, Referências e Anexos. A Introdução é composta por quatro subseções, a começar pela contextualização da violência como problema de Saúde Pública e sua caracterização geral, para, em seguida apresentar a violência familiar na infância, enfatizando sua magnitude e consequências. A terceira subseção trará a violência juvenil para o foco da discussão, destacando os achados da literatura a respeito dos fatores de risco à sua perpetração, para, na última subseção, fazer um breve resumo de algumas teorias e evidências empíricas sobre a relação entre ser vítima de violência na infância e ser perpetrador de violência comunitária na adolescência e apontar as controvérsias e lacunas ainda presentes sobre este tema.

A partir do explicado na Introdução, serão descritas as hipóteses levantadas que serão exploradas nos objetivos. A seção Justificativa abordará a relevância do tema e os motivos que contribuiram para o nosso interesse em torná-lo objeto de pesquisa. Na seção seguinte serão descritos o objetivo principal da pesquisa, bem como os objetivos secundários.

Na sessão de Métodos serão apresentadas as principais referenciais metodológicas e as etapas para a realização do estudo. Inicia-se pela descrição do cenário de estudo e do plano amostral, o modelo teórico usado para análise de dados, processo de redução dos constructos em variáveis, a digitação e a limpeza do banco de dados e as análises realizadas. Também será apresentado o modelo teórico proposto para o projeto, as escalas e os instrumentos de aferição utilizados no processo de redução dos constructos a variáveis empíricas.

Como principal resultado desta dissertação será apresentado o manuscrito “Violência familiar na infância e violência comunitária na adolescência: dupla desvantagem para o envolvimento do adolescente em violência juvenil” a ser submetido posteriormente a uma revista científica de grande circulação. Em seguida, apresenta-se as considerações finais da dissertação, onde são resgatados os principais resultados do estudo, suas contribuições para as pesquisas da área e possíveis desdobramentos para se avançar na compreensão do tema.

Ao final estão anexados o manual de campo, o questionário utilizado para a captação das informações de interesse e os termos de consentimento livre esclarecido (TCLE) dos adolescentes e de seus responsáveis.

## 1 REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 Violências: problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo

Desde a década de 1980, a Saúde Pública desempenha importante papel na área da violência tanto na atenção às suas vítimas quanto em pesquisas sobre o tema dedicando-se a compreender as raízes da violência, 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 atenção à 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, 2014a).

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 (Ministério da Saúde, 2005a). A violência é um fenômeno sócio histórico que acompanha a humanidade durante toda sua história, mas que torna-se 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 (Ministério da Saúde, 2005b)

A tipologia deste fenômeno pode ser dividida, primeiramente, 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. Dentre as violências interpessoais, estas podem ser subdivididas em violência comunitária e violência familiar, podendo a natureza deste ato ser física, sexual, psicológica ou relacionada à privação e ao abandono (Krug., et al., 2002).

A violência na comunidade, ou violência comunitária, ocorre entre indivíduos que não

mantém relação pessoal entre si e, geralmente, mas não exclusivamente, 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 duas formas: direta e indireta. A primeira é ser diretamente a vítima da violência, sendo chamada de Violência Direta (VD). No entanto, testemunhar a violência direcionada a outra pessoa também é considerada uma forma de exposição à violência, porém de tipo indireta - Violência Indireta (VI). Em ambos os casos a exposição pode trazer consequências importantes à saúde (Lopes, et al., 2015; Chen, et al., 2016).

As magnitudes e consequências das violências interpessoais no Brasil são alarmantes, tanto no que se refere aos homicídios, quanto as repercussões não letais à saúde e aos custos a toda sociedade (Reichenheim, et al., 2011). As mortes causadas pela violência, junto com aquelas causadas por acidentes, são intituladas “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, em 2014, foram o principal motivo de óbitos abrangendo 44,9% do total das mortes (Ministério da Saúde, 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, para mulheres, idosos e crianças, o risco de sofrer 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, et al., 2011). Esta afirmação pode parecer contraditória, uma vez que deveria ser dentro dos lares o local em que se busca segurança.

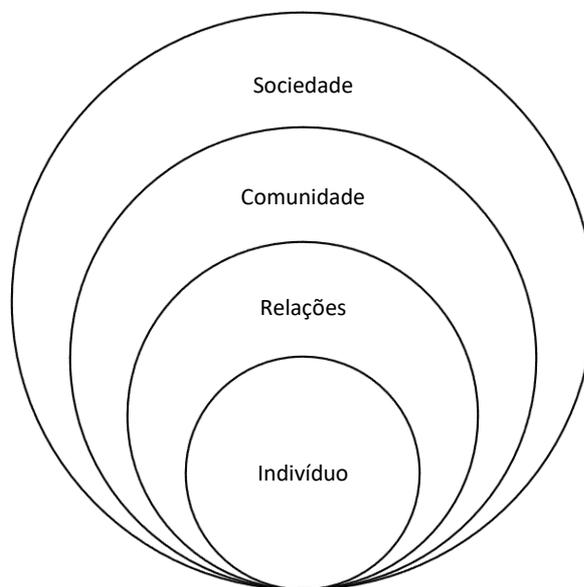
Da mesma forma que a violência comunitária, o conjunto das violências familiares também é um grande problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo (Reichenheim, et al., 2011). Estudo realizado em 15 capitais brasileiras e no distrito federal estimou, por exemplo, que a prevalência de violência física entre o casal havia sido de 21,5% nos 12 meses que antecederam a entrevista (Reichenheim, et al., 2014). As violências familiares podem causar importantes morbidades à saúde a curto e longo prazo. Dentre todas as possíveis consequências da Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) nas mulheres, destacam-se, além das lesões corporais causadas pela violência física, os prejuízos à saúde mental (Ludermir, et

al., 2008). Quando a situação ocorre durante a gestação, esta pode levar, além dos problemas à saúde da mulher, a diversas consequências deletérias à saúde do bebê (Moraes, et al., 2006; Beydoun, et al., 2011).

A violência traz consequências não só a quem a sofre, mas a toda sociedade, gerando custos econômicos e sociais. Como apenas um exemplo da magnitude destes custos, estima-se que os gastos com as consequências diretas da violência no Brasil sejam três vezes maiores que os investimentos do país na área de Ciência e Tecnologia (Ministério da Saúde, 2005a). Além disso, a violência pode proporcionar sentimento de insegurança à população limitando sua circulação nas cidades (Reichenheim, et al., 2011).

Compreender as possíveis causas da violência não é tarefa fácil. Segundo o modelo ecológico apresentado pela OMS, o comportamento violento e a maior vulnerabilidade à vitimização decorrem da interação de diversos fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. Este modelo foi proposto pela primeira vez na década de 1970 por Bronfenbrenner para explicar o abuso infantil, mas em seguida passou a ser utilizado para entender todas as formas de violência interpessoal (Bronfenbrenner, 1979; Krug., et al., 2002).

Figura 1: Modelo Ecológico da Violência



Bronfenbrenner, 1979

O primeiro nível deste modelo ecológico foca em elementos individuais que aumentam a probabilidade de ser perpetrador ou vítima de violência, incluindo-se fatores biológicos, demográficos e/ou comportamentais. Assim, é composto por características como 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 amizades e familiares. Destacam-se, nesse nível, por exemplo, formas de resolução de conflitos na família, padrões de convivência familiar (conviver com os genitores), forma de disciplina entre outros (Moraes, et al., 2011).

O terceiro nível destaca o contexto comunitário no qual as relações sociais ocorrem tais como as escolas, os bairros, os locais de trabalho, entre outros. A partir disso, busca-se identificar as características destes contextos associadas a ser vítima ou perpetrador da violência. Já o último nível avalia os fatores da sociedade que participam da produção da violência. Destacam-se os elementos que fazem da violência algo aceitável para a sociedade com a naturalização de suas práticas, incluindo leis, aspectos culturais, entre outros (Krug., et al., 2002).

A partir deste modelo ecológico observa-se que a violência resulta de múltiplas causas que interagem entre si envolvendo desde aspectos individuais e das relações familiares até o contexto mais amplo da sociedade. Além disso, os vários tipos de violência apresentam, em geral, fatores de risco comuns, o que pode justificar o fato das violências raramente virem isoladas e dos resultados de alguns estudos que indicam que certas violências podem ser fator de risco para outras formas de violência (Krug., et al., 2002).

## **1.2 Violência familiar na infância: Definições, Fatores de Risco, Magnitude, e Consequências à Saúde**

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) descreve o período da infância como aquele compreendido entre zero e 12 anos incompletos e adolescência dos 12 aos 18 anos de idade. Já a OMS define adolescência como a fase entre dez e dezenove anos de idade, podendo ser dividida em pré-adolescência (10-13 anos), adolescência propriamente dita (14-18) e adolescência tardia (18 até próximo dos 20 anos) (Brasil, 1990b; Bowen & Walker, 2015; World Health Organization, 2017).

Segundo a legislação brasileira, crianças e adolescentes têm o direito de crescer e viver sem violência sendo dever das famílias, Estado e sociedade proporcionar e garantir este direito (Brasil, 1990b). No entanto, a violência familiar contra criança tem se mostrado um

grande problema de Saúde Pública, atingindo proporções alarmantes ao redor do mundo e no Brasil.

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, como os castigos físicos ou ameaças, por exemplo. No entanto, essas práticas ditas disciplinares também acarretam problemas ao desenvolvimento infantil (Krug., et al., 2002; Ministério da Saúde, 2005a; Moura, et al., 2008; Sadia Malik, 2016).

A OMS (2002) descreveu violência contra a infância 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 da uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (Krug., et al, 2002).

Dentre o amplo espectro de possíveis violências que a criança pode vivenciar nos diferentes locais de socialização que frequenta (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 ambiente de desenvolvimento adequado e inclui atos denegridores, 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 a saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida segura (Krug., et al., 2002).

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 (Ministério da Saúde, 2005a). As diferentes formas de violência familiar na infância dificilmente ocorrem de forma isolada, ou seja, crianças que sofrem violência sexual, em geral também são vítimas de violência física e emocional, por exemplo (Wan, et al., 2015; Thielen, et al., 2016). Muitos pesquisadores têm se dedicado a compreender as raízes da violência familiar contra crianças a fim de identificar grupos mais vulneráveis e desenvolver políticas para seu enfrentamento, descrever a magnitude deste

problema e conhecer as consequências à saúde desta violência (Gough, 1996; Reichenheim, et al., 1999).

A partir da contribuição de Bronfenbrenner (1979), que propôs o modelo ecológico apresentado anteriormente, descreveu-se a violência contra a criança como resultado da interação entre as características pessoais, relacionais, comunitárias e sociais. Entre as características próprias da criança pode-se apontar a questão do gênero uma vez que meninos são mais vulneráveis a violência emocional e física (Stoltenborgh, et al., 2013) e as meninas a violência sexual (Stoltenborgh, et al., 2011). Outra característica da criança seria a idade, crianças mais novas podem sofrer mais violência que as mais velhas. Além disso, a personalidade da criança pode aumentar sua chance de sofrer violência, aquelas que apresentam mais impulsividade ou com temperamento mais difícil podem sofrer mais violência familiar. No que se referem às características relacionais, crianças que vivem em famílias que apresentam outras formas de violência, como VPI, têm mais chance de, também, sofrerem violência familiar. Ainda no que tange as relações familiares, as crianças que não vivem com pai e mãe podem sofrer mais violência pela sobrecarga do genitor nos cuidados da criança. A falta de conhecimento dos familiares a respeito do desenvolvimento infantil e formas adequadas de educação, também podem aumentar a chance de violência contra criança, uma vez que práticas educacionais inadequadas passam a ser usadas. Em relação à dimensão comunitária, aspectos como isolamento social, vivido, principalmente, por imigrantes, pode aumentar a chance de violência na família. Além disso, viver em locais sem equipamentos comunitários para as crianças tais como creches, unidades de saúde, parques ou praças pode aumentar o risco da violência familiar contra a criança. Com isso, famílias com status social mais baixo acabam tendo mais chance de perpetrar violência familiar na infância. De forma mais distal, questões sociais e culturais também podem aumentar o risco de violência familiar contra a criança. Como, por exemplo, a aceitação do uso de castigos corporais e ameaças como formas adequadas de educação e o machismo estrutural que impões a sobrecarga de cuidados familiares a mulheres e favorece, tanto o trabalho doméstico infantil, como a violência sexual contra meninas (Krug., et al., 2002; Moraes, et al., 2011).

Estudo de revisão sistemática e meta-análise estimou a prevalência de abuso físico contra crianças ao redor do mundo. Para isso, utilizou os resultados de 111 estudos com dados primários publicados entre 1980 e 2008. A prevalência global encontrada foi de 22,6%, sem muita variação por gênero (22,3% entre as meninas e 24,8% entre os meninos). As prevalências estimadas para Oceania foram de 14,3%, para Ásia 16,7%, África 22,8%, Europa

22,9%, América do Norte (EUA e Canadá) 24,0% e América do Sul 54,8%. No entanto, os autores discutem que só foram selecionados três estudos neste último continente, dois na Costa Rica e um no México, alertando para necessidade de mais estudos sobre o tema nessa região (Stoltenborgh, et al., 2013a).

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, 120 destes estudos foram realizados na América do Norte (Canadá ou EUA) e apenas três na América do Sul. As prevalências estimadas entre as meninas foram substancialmente maiores em quase todos os continentes<sup>1</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 do Sul apresentarem estimativas próximas para as meninas: 13,5% e 13,4 % respectivamente, com a diferença que para a estimativa da Europa foram usados 39 estudos totalizando 35.468 participantes e na América do Sul foram usados 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 do Sul, 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 e colaboradores (2013b) se depararam com o que descreveram sendo “a negligência da negligência contra a criança”, uma vez que apenas 16<sup>2</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), na Ásia, a negligência emocional estimada foi de 30,1% (três estudos) e na Austrália de 40,0% (dois estudos). Não foram encontrados, para meta-análise, estudos realizados na África ou América do Sul.

No Brasil, não há muitos inquéritos populacionais para acompanhar as prevalências de violências contra a criança. No entanto, alguns estudos realizados em domínios particulares podem nos dar algumas pistas sobre a dimensão do problema em nosso país. O principal estudo de abrangência nacional, realizado em 143 municípios, distribuídos em todas as

---

<sup>1</sup> Na América do Sul, como só foram selecionados três estudos não foi testada a diferença estatística entre gêneros.

<sup>2</sup> Destes 16 estudos, 13 estudos reportaram apenas negligência física

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, ameaçou com uma faca ou uma arma, ou usou uma faca ou uma arma) (Zanoti-Jeronymo, et al., 2009).

Uma revisão não sistemática realizada com estudos no Brasil procurou estudos que estimassem a violência sofrida por crianças em casa, na escola e na comunidade. Com relação a violência familiar, os autores destacam, primeiro, a dificuldade de estimar a magnitude do problema com os dados encontrados devido a diversidade de instrumentos de aferição utilizados, muitos destes instrumentos foram realizados para o estudo sem prévia avaliação psicométrica, variedade de faixas etárias dentre outras questões metodológicas (Assis, et al., 2009).

Por outro lado, alguns resultados mais recentes de pesquisas regionais também podem ser citados. Estudo realizado no município de São Gonçalo no estado do Rio de Janeiro estimou a prevalência de violência vivida por adolescentes entre 15 e 19 anos, matriculados em escolas públicas e privadas. Os resultados dessa pesquisa mostraram 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, et al., 2011).

Outro estudo, realizado em Araçatuba no interior do Estado de São Paulo com 372 adolescentes, estimou as diferentes formas de abuso na infância e encontrou que 72,3% dos participantes haviam sofrido algum tipo de abuso até os 10 anos de idade. Dentre as formas avaliadas (física, emocional, sexual e negligência), a violência emocional foi a mais prevalente, com 61,3%, ao passo que a violência física apresentou uma prevalência de 37,2%. Este estudo corrobora a ideia de que as violências costumam ocorrer em conjunto ao sugerir que a maior parte das crianças que havia sofrido agressão física também tinham tido experiências de violência emocional (Garbin, et al., 2012).

Em 2011, o Brasil deu 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. O estudo de

Moura e colaboradores (2008), realizado no Rio de Janeiro 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 estimou prevalências de agressão psicológica, negligência e violência física de 96,5% (IC95%: 94,8-98,1), 60% (IC95%: 55,9%-64,7%) e 47,2% (IC95%:42,1%-51,8%), as estimadas através das notificações foram 0,007%, 0,034% e 0,242%, respectivamente (Moura, et al., 2008).

Além das altas prevalências, a violência na infância traz inúmeras consequências à saúde física e mental, tanto a curto, como a longo prazo, e pode afetar os desenvolvimentos cognitivos e escolar, além de estar relacionada com outras formas de violência. Muitos estudos têm investigado as possíveis consequências psicológicas (emocionais, cognitivas e comportamentais) que as diferentes formas de violências na infância podem acarretar de forma direta ou indireta, tanto na infância (Assis, et al., 2009), quanto na adolescência ou vida adulta. A exposição à violência na infância tem sido evidenciada como importante fator de risco para desenvolver depressão maior na vida adulta (Williams, 2016).

Estudo seccional realizado com 400 adolescentes de 14 a 18 na região de Punjab, Índia, avaliou as relações entre sete formas diferentes de abuso emocional doméstico e grau de autoestima e encontrou associação negativa entre estas variáveis, ou seja, quanto maior o abuso emocional, menor a autoestima (Sadia Malik, 2016). Outro estudo seccional realizado na China com 14.221 adolescentes investigou as relações entre as diversas formas de abuso na infância e ocorrência de autolesão não letal, forma de violência autodirigida, mostrando que aqueles expostos à violência na infância, independente da natureza (física, emocional ou sexual), apresentaram de 2,5 (IC95%: 2,1-3,0) a 3,4 (IC95%: 3,0-3,8) mais chance de autolesão não letal do que os não expostos (Wan, et al., 2015).

As repercussões das estratégias de disciplina que utilizam castigos corporais também merecem atenção. Estudo realizado na Tanzânia com 409 crianças analisou as relações entre ter sofrido alguma forma de disciplina severa em casa, na infância, com desfechos de problemas internalizantes (isolamento, queixas somáticas, ansiedade e depressão), também na infância, *working memory* (parte do sistema cognitivo responsável por manter a informação disponível para processamento) e rendimento escolar. Os resultados do modelo selecionado mostraram que a exposição à violência está fortemente associada com problemas internalizantes ( $\beta = 0,47$ ) e que estes, por sua vez, se relacionam com o rendimento escolar e

com a *working memory* ( $\beta = -0,17$  em ambos os casos) (Hecker, et al., 2016).

Ao rever a literatura sobre as repercussões das violências na infância na saúde mental dos indivíduos, percebe-se que os estudos não levaram em consideração a possibilidade de participação da violência comunitária nos processos que ocasionaram estes desfechos. Uma vez que as diversas formas de violência interpessoais costumam se dar em conjunto em um mesmo indivíduo, alguns estudos têm apontado a importância de explorar o papel da violência comunitária na associação entre exposição à violência na infância e desfechos de saúde mental. Estudo transversal com 204 adolescentes e jovens (16 a 24 anos), realizado em Londres, por exemplo, discute este ponto. Ao investigar a associação entre violência na infância, violência comunitária e diversos desfechos de saúde mental, destacou que ao se colocar a violência comunitária no modelo para analisar a relação entre violência na infância e saúde mental, apesar das associações permanecerem significativas, as magnitudes dos coeficientes diminuía bastante. Baseado nisso, os autores apontam a necessidade de mais estudos que possam explorar a possibilidade de mediação ou confusão da violência comunitária nesses processos (Cecil, et al., 2014).

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. Estudo seccional com 13.093 participantes no Canadá, por exemplo, observou 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 física na infância também pode estar associada à hipertensão arterial (HA) e a outras doenças cardiovasculares. Estudo seccional realizado na cidade de São Paulo com 5.037 participantes que avaliou a associação entre negligência, 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. No entanto, 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).

Dentre as várias repercussões que a violência sexual na infância pode trazer, gostaríamos de ressaltar que esta aumenta o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. 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, et al., 2005).

Em suma, como exposto até o momento, observa-se elevadas magnitudes das violências na infância e suas graves repercussões à saúde mental e física da criança a curto, médio e longo prazos, tornando a violência contra criança um problema de Saúde Pública que deve ser, e tem sido enfrentado de forma intersetorial. A literatura tem se debruçado intensamente sobre o tema a fim de combater suas raízes e prevenir suas consequências (World Health Organization, 2014). No entanto, apesar do grande número de pesquisas neste campo, ainda há lacunas a serem exploradas, como por exemplo, a participação da violência comunitária tanto na produção da violência contra criança quanto na moderação de seus efeitos.

### **1.3 Violência Juvenil: Definição, Fatores de Risco, Magnitude e Consequências**

A adolescência pode ser entendida como a fase de desenvolvimento que ocorre entre a infância e a vida adulta. Este é um momento de consideráveis mudanças físicas, psicológicas e sociais, período de crise e reestruturação da personalidade (Bohoslavsky, 2007). Diante destas transições, comportamentos externalizantes (agressividade, impulsividade, problemas de atenção, uso de álcool e drogas, por exemplo) podem ser de difícil controle para o

adolescente devido a sua imaturidade emocional. Junto com o aumento da força física, da necessidade de autoafirmação pelos colegas, relações familiares frágeis e ambiente violento, estes comportamentos podem resultar em atos de violência. No entanto, deve-se destacar que atravessar a adolescência sem violência é possível, devendo esta ser combatida e desnaturalizada, principalmente através da promoção de uma adolescência saudável e pacífica e de ações de prevenção a partir da detecção de seus fatores de risco modificáveis e vulneráveis a intervenções (Krug., et al., 2002; Loeber & Burke, 2011; Butchart, et al., 2014b; World Health Organization, 2014; 2015).

Segundo a OMS, a violência juvenil (VJ) é parte da violência comunitária praticada pelos adolescentes e jovens com idades entre 10 e 29 anos. Apesar do grande enfoque dado aos homicídios, este tipo de violência abarca outras formas não letais de violência, tais como, o envolvimento em brigas e agressões na rua, assaltos e tráfico de drogas (Krug., et al., 2002; World Health Organization, 2015).

Há vários modelos explicativos que tentam desvendar os caminhos que levam o adolescente e o jovem a se envolver em atos de violência. Estudo longitudinal realizado com 1.877 adolescentes acompanhados dos 12 aos 17 anos em Dakota, Estados Unidos, para investigar os caminhos do comportamento agressivo de meninos e meninas da pré-adolescência à adolescência explorou alguns destes caminhos. Considerando como desfecho ter agredido ou ter tido a intenção de agredir fisicamente algum familiar ou alguém fora da família nos últimos 12 meses, o estudo encontrou desenhos de trajetórias similares para ambos os sexos, ressaltando que no sexo masculino a intensidade da agressividade foi sempre maior. O primeiro grupo encontrado foi composto por adolescentes com nenhuma ou baixa agressividade, no qual os comportamentos agressivos iniciaram baixos e assim permaneceram durante todo o período estudado. Duas trajetórias medianas em termos de violência também foram encontradas. Uma foi denominada de “trajetória da desistência”, porque a agressividade se iniciou alta, mas foi reduzindo a cada ponto do tempo; a segunda foi nomeada como “trajetória da adolescência agressiva”, porque foi composta por adolescentes que iniciaram com pouca ou nenhuma agressividade aos 12 anos, ficaram mais agressivos no ano seguinte, estabilizaram esta agressividade até os 16 anos e apresentaram queda do comportamento no último ano de aferição. Por fim, observou-se o grupo de agressividade alta e persistente, cuja agressividade inicia alta e aumenta nos anos seguintes até o penúltimo ano, quando apresenta leve queda (Martino, et al., 2008).

Retomando o modelo ecológico descrito anteriormente, este também foi utilizado para entender os fatores de risco para perpetração da violência juvenil na década de 1980 (Krug., et al., 2002). Em relação ao primeiro nível do modelo (nível individual), variáveis demográficas como sexo e cor da pele são apontadas como marcadores de risco, tanto para vítimas, como perpetradores de violência juvenil, sendo os jovens do sexo masculino e negros os mais vulneráveis. Ainda no nível pessoal, tanto os comportamentos impulsivos, como sintomas depressivos, apareceram associados a comportamentos agressivos dos adolescentes.

As relações familiares, descritas no segundo nível do modelo, também influenciam na participação dos adolescentes em grupos de violência. Presenciar a violência doméstica entre os pais na infância ou na adolescência pode causar grande sofrimento e acarretar problemas emocionais sérios, favorecendo o risco de comportamentos agressivos tanto a curto, como a longo prazo (Holt, et al., 2008). Nesse sentido, estudos têm mostrado que formas de educação dos pais e convivência com os genitores são fatores fortemente relacionados com a chance de envolvimento em violência na adolescência (McDaniel, 2012).

O padrão de relação com os amigos que praticam atos de violência também tem se mostrado associado ao envolvimento do próprio adolescente na perpetração da violência comunitária. Estudo de coorte com amostra representativa de adolescentes, realizado nos Estados Unidos, buscou identificar fatores que, presentes nos pré-adolescentes, poderiam aumentar ou reduzir o risco para perpetração da violência juvenil. Na primeira onda, os estudantes foram avaliados com 13 anos, na segunda com 14 e, posteriormente, aos 18 anos. Na última onda, os participantes foram considerados como tendo envolvimento com a violência se apresentassem, nos últimos 12 meses, algum dos seguintes comportamentos: puxar faca ou arma contra alguém, atirar ou esfaquear alguém, usar algum tipo de arma em briga, machucar tanto alguém que tenham sido necessários cuidados de profissionais de saúde. Após ajustar o modelo para possíveis variáveis de confusão, o principal fator de exposição medido aos 13 anos que aumentou o risco para o envolvimento do adolescente em violência foi relatar ter amigos que faziam uso de álcool, cigarro ou maconha naquela ocasião (OR: 2,6 IC95%: 1,5-4,4). Os autores sugerem que fatores mais próximos à violência sejam avaliados em outros estudos, como, por exemplo, testemunhar atos de violência ou ser vítima de violência na infância (Bernat, et al., 2012).

O estudo de Martino, et al. (2008) mencionado anteriormente, destacou que a proximidade com amigos e colegas que faziam uso de álcool, drogas e cigarro aumentou quase duas vezes a chance de o adolescente cursar a trajetória de violência alta e persistente

quando comparado ao grupo que não tinha envolvimento com colegas com estes comportamentos. Estes adolescentes também tiveram 1,8 vezes mais chance de pertencerem ao grupo de “trajetória da adolescência agressiva”, quando comparados aos que não tinham estes relacionamentos. Os autores perceberam que aqueles que relatam ter amigos que fazem uso de substâncias nessa idade terão mais chance de permanecer agressivos durante todo o período da adolescência, ao passo que o grupo que não tem amigos com estes comportamentos terá mais chance de desistir da agressividade.

No terceiro nível do modelo ecológico destaca-se o papel do contexto da comunidade no envolvimento dos jovens em atos violentos. Discute-se se características físicas do ambiente, por exemplo, podem estar relacionadas a maior risco de envolvimento com a violência. Estudo realizado em cinco cidades do mundo – Baltimore, Nova Délhi, Johannesburg, Ibadan e Xangai buscou analisar a influência da percepção do ambiente físico comunitário (presença de ratos, lixo, construções abandonadas, locais de lazer, se sentir seguro na comunidade), testemunhar violência na comunidade (ouvir tiros, ver gangues, alguém ser preso ou puxar arma ou faca contra alguém) com experiências e percepções dos adolescentes, tais como, ser vítima de violência, fumar e sentir medo de vir a ser assaltado na comunidade. O estudo encontrou que testemunhar a violência comunitária apresentou associações consistentes com os desfechos estudados nas cinco cidades, estando associado ao consumo de cigarro entre meninas em Nova Délhi (OR:1,7; IC95%: 1,3-2,3) e Johannesburg (OR:1,8; IC95%:1,2-2,6) e entre meninos em todas as cidades, variando a razão de chances de 1,7 (IC95%: 1,4-2,1) a 3,2 (IC95%: 2,1-4,9) (Mmari, et al., 2014). Ou seja, testemunhar a violência comunitária parece estar associado com a presença de comportamentos impróprios para idade, como fumar. Esta associação pode ocorrer pelo aumento da ansiedade e medo do ambiente que poderia favorecer o consumo de cigarros, mas também podem ser, ambos, resultado da pouca presença do poder público na região que resulta, ao mesmo tempo, no aumento da violência comunitária e na redução do controle de vendas de cigarro a crianças, por exemplo.

Além de perpetradores, os adolescentes e jovens também são as principais vítimas da violência comunitária, o que traz consequências importantes para toda a sociedade. Os óbitos por homicídios têm sido vistos como a repercussão mais alarmante e aguda desta forma de violência e, no Brasil, são a principal causa de óbitos entre a população de 15 a 29 anos, atingindo, principalmente, negros, do sexo masculino e moradores das periferias das áreas metropolitanas. Dados do Mapa da Violência descrevem que, em 2012, das 56.337 vítimas de

homicídio no Brasil 57,4% eram jovens e destes 77,0% eram negros e 93,3% homens (Waiselfisz, 2014).

As altas taxas de homicídios entre adolescentes e jovens faz com que a violência gere grandes problemas à sociedade por ser, junto com os acidentes, responsável pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos pela população (Ministério da Saúde, 2005b; Waiselfisz, 2014; Jaen-Varas, et al., 2016). Da mesma forma, a exposição às violências não letais e outros eventos traumáticos também atingem mais a população de jovens do que de adultos, instigando pesquisadores e planejadores de políticas públicas à compreensão da magnitude destas outras violências e de suas consequências à saúde (Krug., et al., 2002; Jaen-Varas, et al., 2016).

A exposição à violência comunitária na adolescência também pode estar associada ao desenvolvimento de diversos transtornos mentais a curto e longo prazo. Quando comparado com outros eventos traumáticos, a violência comunitária parece afetar mais a saúde mental do que os demais eventos. Ser assaltado, por exemplo, pode aumentar a probabilidade de desenvolver uso abusivo de álcool, ansiedades generalizadas, Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) ou depressão (Fowler, et al., 2009; Ribeiro, et al., 2013). As repercussões também podem se dar a longo prazo. Estudo longitudinal com 8.947 adolescentes nos Estados Unidos, por exemplo, observou relação entre a exposição à violência comunitária direta e/ou indireta na adolescência e desenvolvimento de depressão na idade adulta (Chen, et al., 2016). Outro estudo de coorte, realizado no Rio de Janeiro, com 3.058 participantes, teve como objetivo investigar os efeitos da exposição à violência comunitária no risco de desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Para isso, os pesquisadores mediram a exposição à violência comunitária através de índices contextuais, como taxas de homicídios dos locais de residência, e individuais, através de perguntas sobre exposição à agressões físicas, com armas brancas ou de fogo, e assaltos ou roubos mediante o uso de violência (violência direta) e testemunho de violência (violência indireta). Esta pesquisa encontrou que a exposição à violência comunitária direta e indireta aumentou em seis vezes a chance de desenvolvimento de TMC entre os expostos, quando comparados aos não expostos, nos seis anos de seguimento. Entretanto, não foi encontrada associação entre a violência contextual e a ocorrência de TMC (Lopes, et al., 2015).

#### **1.4 Algumas Teorias e evidências empíricas sobre as relações entre violência na infância e violência juvenil**

Algumas teorias debatem as relações entre sofrer violência e perpetrá-la. A teoria da transmissão intergeracional da violência, por exemplo, discute que presenciar ou sofrer violência quando criança levaria o adulto a ter mais chance de perpetrar a violência porque, através de processos de aprendizagem, o sujeito entenderia tais formas de comportamento como aceitáveis e triviais, favorecendo as atitudes de resolução de conflitos através da violência (Markowitz, 2001). Além disso, a teoria da psicopatologia do desenvolvimento, subárea da psicologia do desenvolvimento, tem pautado que vivências adversas na infância, em especial violências familiares, podem traçar caminhos no desenvolvimento da personalidade, capazes de aumentar o risco de envolvimento em violências na vida adulta (Toth & Cicchetti, 2013).

Com o objetivo de aprofundar esta discussão, estudo realizado no condado de Albany, Nova Iorque, usando duas amostras, a primeira da população geral (n=245) e a segunda composta por ex-infratores em liberdade condicional (n=141), buscou investigar a relação entre vivenciar violência familiar na infância (testemunhar Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) ou sofrer violência na infância), aprovar atitudes de violência e perpetrar violência contra o conjuge ou os filhos na vida adulta. Os pesquisadores observaram que os infratores apresentaram mais chance do que a população geral de reportar violência na infância e perpetração de violência contra o conjuge, mas não contra os filhos. Além disso, ao analisar os participantes casados (n=212) e com filhos (n=214), o estudo mostrou que sofrer violência familiar na infância aumentava em 28,9% a chance de aprovar atitudes de violência contra o conjuge e em 14,4% a chance de perpetrar violência contra o parceiro na vida adulta. Assim, retomando a discussão anterior, estes resultados apontam que vivenciar a violência aumenta a chance de aprovar atitudes violentas, mesmo se não as praticar, apontando para um possível caminho no qual ser exposto a uma forma de violência possa ser fator de risco para perpetrar a mesma ou outra forma de violência posteriormente. No entanto, esta pesquisa não separou as diversas formas de violência na infância (física, emocional, sexual e negligência), o que aponta a necessidade de mais estudos para investigar estas relações. Ademais, tal pesquisa também não investigou o papel da violência comunitária nestas associações (Markowitz, 2001).

No que diz respeito à relação entre violência na infância e perpetração da violência juvenil, 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 a vitimização de violência na adolescência ou perpetração de violência juvenil e a perpetração ou vitimização de VPI quando jovem adulto. A pesquisa não encontrou nenhuma relação entre violência sexual na infância e perpetração da violência juvenil. Por outro lado, a negligência, quando ajustada por idade e cor, aumentou 6,6% a chance de perpetração da violência entre as mulheres e 10,3% entre os homens. Valores semelhantes foram encontrados para violência física (6,5% para mulheres e 11,9% para os homens). No entanto, quando as variáveis relacionadas ao contexto familiar, como educação dos pais, estrutura familiar e situação socioeconômica, entraram no modelo junto com variáveis contextuais de violência comunitária e desigualdade social, essa relação se manteve apenas para exposição de negligência no sexo masculino (10,0%). Entretanto, os autores apontam como limitação do estudo o fato de que a identificação das violências na infância não se baseou em instrumentos previamente validados e que as variáveis de exposição à violência comunitária foram variáveis ecológicas, já que não foi possível aferir as mesmas no nível individual, apontando para a necessidade de estudos futuros que superem tais limitações. Além disso, chamam a atenção para o fato desta pesquisa não ter avaliado a repercussão da violência emocional na infância para o envolvimento do indivíduo em violência juvenil e sugerem que estudos futuros explorem o tema (Fang & Corso, 2007).

Na ponta mais extrema destas relações, uma pesquisa investigou o papel da violência na infância para a reincidência de crimes entre adolescentes de 12 a 18 anos de idade. Foram considerados dois desfechos, quais sejam, a reincidência de condenação por crimes em geral e a condenação por crimes violentos. No entanto, ao contrário do estudo anterior, os modelos construídos não mostraram que adolescentes com histórico de violência na infância teriam mais chance de reincidência criminal (Van Der Put & Ruiter, 2016).

Um estudo de revisão com foco em estudos longitudinais que abordaram a relação entre de abuso na infância com perpetração da violência na juventude (tanto no âmbito comunitário que seria VJ, quanto interpessoal que seria VPI) descreve os resultados de oito trabalhos publicados de 1986 a 2005. A partir dos resultados encontrados os autores apontam que, dentre as formas de violência na infância, o abuso físico pode ser importante preditor para perpetração de violência em idades futuras (Maas, et al., 2008).

Como visto, a revisão da literatura buscou explorar a associação entre as formas de abuso na infância com envolvimento em violência na juventude e avaliou que ainda não há consenso na literatura sobre o assunto, mas tem se apontado o abuso físico e a negligência como possíveis preditores de perpetração da violência em idades futuras. Entre as limitações encontradas nos estudos revisados, os autores colocam que não foram exploradas outras formas de exposição à violência, como a violência comunitária.

## **2 HIPÓTESES DE ESTUDO**

A principal hipótese deste estudo é que a violência familiar na infância é fator de risco para o envolvimento de jovens em atos de violência e que este efeito é maior quando o adolescente também é exposto à violência comunitária ao longo de sua vida. Ou seja, em locais com mais violência comunitária o risco de envolvimento em situações de violência juvenil daqueles que sofreram violência familiar na infância seria maior do que aqueles que vivem em áreas menos violentas.

### 3 JUSTIFICATIVA

Como descrito anteriormente, a violência juvenil é um problema de Saúde Pública de difícil enfrentamento que causa danos a toda sociedade. Neste sentido, torna-se mister entender as raízes deste problema para propor intervenções eficazes (World Health Organization, 2015). Nesta direção, entende-se que o enfrentamento da violência deve ser feito de forma Inter setorial, uma vez que as políticas de segurança e o judiciário não têm sido suficientes para combater e, muito menos, prevenir as violências. Diante disso, a participação do setor saúde tem se feito cada vez mais presente e as políticas públicas em saúde estão sendo chamadas a endereçar o problema da violência. Ainda que o enfrentamento das violências familiares tenha apresentado avanços, há um longo caminho a percorrer no sentido de reduzir suas taxas de incidência e mortalidade (Butchart, et al., 2014; World Health Organization, 2014).

Apesar da crescente literatura sobre o tema, ainda são poucos os estudos que investigam as relações entre todas as mais frequentes formas de violência na infância (violência psicológica, física, sexual, negligências) e envolvimento em violência juvenil e aqueles que o fizeram não avaliaram estas relações à luz do nível de exposição dos adolescentes e jovens à violência comunitária (Blitstein, et al., 2005). Além disso, muitos dos estudos já realizados, não utilizaram estratégias de identificação das diferentes formas de violência de interesse, que incorporassem instrumentos de aferição mais robustos e previamente validados para as investigações. Tal necessidade é reforçada ao se considerar que perguntar diretamente a respeito da participação do adolescente em situações de violência comunitária pode levar a um alto índice de não-resposta, principalmente daqueles que cometeram os atos ilícitos, trazendo viés aos resultados encontrados (Bernat, et al., 2012; Musumeci, et al., 2012).

Por fim, se for possível entender melhor o papel de violência familiar no processo que leva à perpetração da Violência Juvenil, estes achados poderão indicar a necessidade de se incorporar políticas de prevenção e combate à violência na infância como estratégia importante para a redução da violência comunitária, aproximando a saúde das políticas de segurança pública.

#### 4 OBJETIVOS

O principal objetivo desse estudo é investigar se a violência familiar na infância é fator de risco para envolvimento dos indivíduos em violência juvenil à luz do nível de exposição dos indivíduos à violência comunitária ao longo de suas vidas. Os objetivos específicos que foram contemplados são:

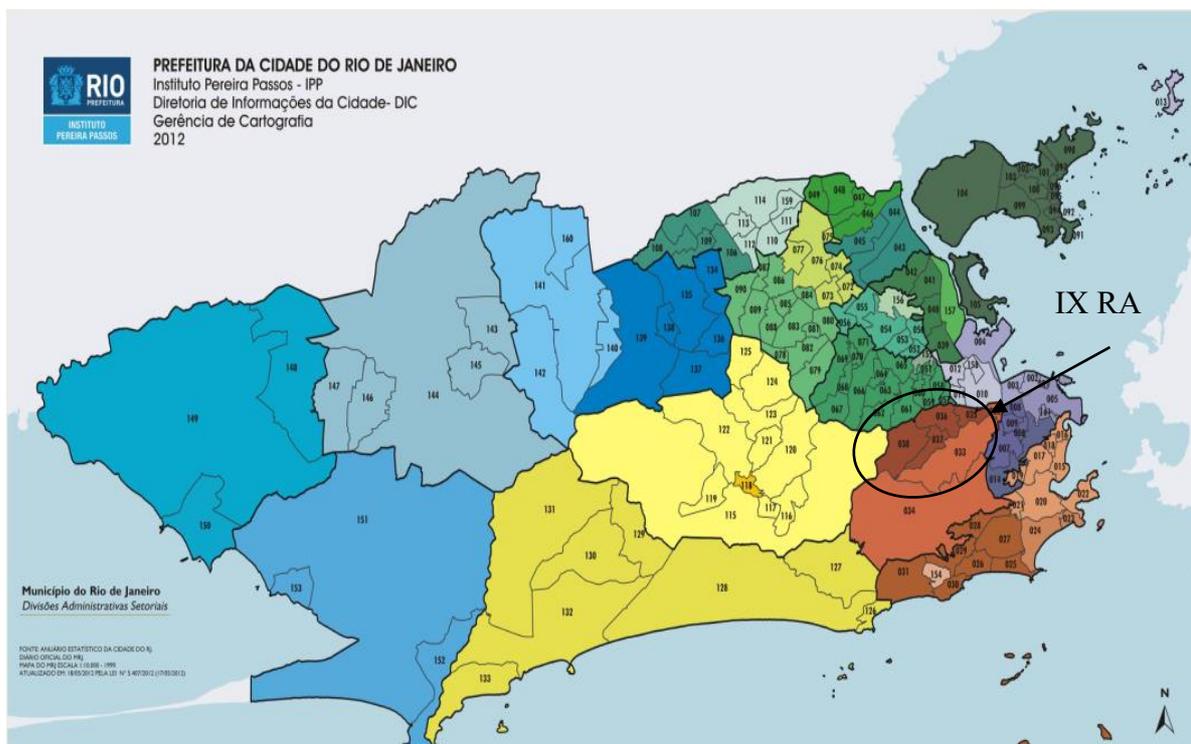
- a) Estimar a prevalência de violência familiar na infância vivenciada por adolescentes e jovens escolares da IX Região Administrativa do Rio de Janeiro.
- b) Estimar a prevalência de violência comunitária vivenciada por adolescentes e jovens escolares da IX Região Administrativa do Rio de Janeiro.
- c) Estimar a prevalência de envolvimento em grupos de perpetração de violência juvenil em escolares da IX Região Administrativa do Rio de Janeiro.
- d) Avaliar se os diferentes tipos de violência na infância – abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligências – podem ser considerados fatores de risco para o envolvimento em violência juvenil.
- e) Investigar o papel da violência comunitária na relação entre a violência familiar na infância e a violência juvenil.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 Desenho de estudo, cenário da pesquisa e período da coleta de dados.

O estudo tem delineamento seccional de base escolar. 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 2). Esta região apresenta, de acordo com o censo de 2010, 189.310 habitantes, renda familiar média per capita de 3,6 salários mínimos (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2017)

Figura 2 - Mapa do Município do Rio de Janeiro. Em destaque: IX Região Administrativa



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2012.

Esta região foi escolhida por dois motivos. Primeiro por ser a região assistida pelo NESAs – Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente, da UERJ, o que possibilitou parceria

para assistência a qualquer aluno que, de alguma forma, tivesse interesse em conversar mais a respeito do tema 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. Além disso, a proximidade com a instituição favoreceria o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção das violências nas escolas em um momento posterior, a partir dos resultados do estudo de fundo.

Além disto, esta região apresenta variação socioeconômica semelhante a outras áreas do Rio de Janeiro e do Brasil. Tal variação favorece a generalização dos resultados, principalmente aqueles de prevalências, e possibilita o contraste necessário para os estudos causais propostos a partir desta amostra, uma vez que contém casos e não casos e expostos e não expostos.

A população fonte foi composta pelo total de estudantes regularmente matriculados no 2º ano do Ensino Médio em 2016 na IX RA do Rio de Janeiro, em um total de 1470 alunos em 52 turmas. Os alunos de segundo ano foram escolhidos porque nesta idade muitos já tiveram experiências amorosas<sup>3</sup> e por não estarem no último ano, como o 3º ano, seria mais fácil de acessá-los nas escolas, principalmente particulares.

A região dispõe de cinco escolas públicas, com turnos diurnos e noturnos, nas quais estão matriculados 714 estudantes e quinze 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.

## 5.2 Plano amostral

Entendendo que o fenômeno estudado pode variar de acordo com gestão da escola e turno das aulas, optou-se por uma amostra estratificada segundo estes critérios para garantir a representatividade dos grupos. Com isso, foram considerados três estratos: o das escolas públicas diurnas com 18 turmas (34,6%), o das escolas públicas noturnas, com oito turmas (15,4%) e das escolas privadas diurnas com 26 turmas (50%).

---

<sup>3</sup> Como já mencionado, trata-se do objetivo principal da pesquisa quantitativa de fundo.

Para calcular o tamanho da amostra considerou-se a prevalência de violência nos relacionamentos amorosos (principal evento de interesse no estudo de fundo), 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.

Para o cálculo do tamanho amostral necessário para o estudo das prevalências, usou-se a seguinte equação (Arya, et al., 2012):

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

$\alpha$  = nível de significância

$Z$  = quantil da distribuição normal

$P$  = prevalência esperada

$d$  = margem de erro.

Foram considerados os seguintes valores:  $\alpha = 0,05$ ,  $P = 0,25$  e  $d = 0,05$ . Para o ajuste por domínios (grupos para estratificação), foram considerados apenas os domínios referentes ao sexo e, assim, a amostra foi ajustado por dois. Com isso, o tamanho amostral para a estimativa da prevalência foi de 678.

Para calcular o tamanho da amostra necessário para estimar a razão de chances a partir de análises por regressões logísticas, considerou-se a seguinte equação (Hsieh, et al., 1998):

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{P(-1P)/B} + Z_{1-\beta} \sqrt{P1(1-P1) + P2(1-P2)(1-B)/B}]^2}{(P1 - P2)^2 (1-B)}$$

$\alpha$  = nível de significância

$1 - \beta$  = poder do estudo

$Z$  = quantil da distribuição normal

$P$  = prevalência geral na população dada por  
 $P = (1 - B)P1 + BP2$

$B$  = proporção de expostos na amostra,

$P1$  e  $P2$  = as prevalências de violência física no namoro entre não-expostos e expostos.

Foram considerados seguintes valores:  $\alpha = 0,05$ ,  $1 - \beta = 0,9$ ,  $B = 0,4$ ,  $P1 = 0,2$ ,  $P2 = 0,35$ . Aqui também foi realizado ajuste para dois domínios para permitir análise estratificada por sexo. O resultado do tamanho amostral calculado para a estimativa da razão de chances foi de 726 alunos, que equivalia a uma fração amostral de 49,4%. Considerando a média de alunos em cada turma (28,3), estimou-se que seriam necessárias 26 turmas.

Considerando o número médio de alunos por turma, selecionou-se a amostra de 26 turmas com probabilidade de seleção proporcional ao tamanho da turma. Todos os alunos das turmas sorteadas que estavam cursando regularmente a escola foram convidados a participar da pesquisa (sujeito à recusa e não resposta).

Ao final, apesar da população estimada ter sido de 678 alunos, distribuídos em 26 turmas, em função do interesse dos alunos em participar da pesquisa, 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. O Quadro 1 apresenta a relação entre escolas e turmas da região e as turmas sorteadas para a participação na pesquisa.

Quadro 1 - Escolas da IX Região Administrativa do município do Rio de Janeiro e estratos selecionados. (continua)

Nome da escola	Gestão	Turno	Nº Alunos	Seleção do estrato
Colégio Estadual Chico Anysio	Pública	Diurno	28	Não
Colégio Estadual Chico Anysio	Pública	Diurno	28	Sim
Colégio Estadual Chico Anysio	Pública	Diurno	29	Sim
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	37	Sim
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	33	Sim
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	38	Sim
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	33	Não
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	29	Sim
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	34	Não
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	35	Sim
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	31	Não
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	20	Não
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	22	Sim
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	17	Não
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	24	Sim
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	16	Não
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	17	Não
Colégio Estadual João Alfredo	Pública	Diurno	24	Não
Colégio Estadual Francisco Campos	Pública	Noturno	32	Não
Colégio Estadual Francisco Campos	Pública	Noturno	35	Não
Colégio Estadual Francisco Campos	Pública	Noturno	34	Sim
Colégio Estadual João Alfredo - N	Pública	Noturno	28	Sim
Colégio Estadual João Alfredo - N	Pública	Noturno	25	Sim
Colégio Estadual República Argentina	Pública	Noturno	20	Sim
Colégio Estadual Afonso Pena	Pública	Noturno	23	Não
Colégio Estadual Afonso Pena	Pública	Noturno	22	Não
ECO – Escola de Educação Comunitária	Privada	Diurno	28	Não

Quadro 2: Escolas da IX Região Administrativa do município do Rio de Janeiro e estratos selecionados. (conclusão)

CIED – DINÂMICA, Centro Integrado de Educação	Privada	Diurno	2	Não
Colégio Companhia de Maria	Privada	Diurno	22	Sim
Escola Porto Seguro	Privada	Diurno	24	Não
SESI – Escola Presidente Dutra	Privada	Diurno	25	Não
SESI – Escola Presidente Dutra	Privada	Diurno	28	Sim
SESI – Escola Presidente Dutra	Privada	Diurno	27	Não
Colégio e Curso Ponto de Ensino – PENSI	Privada	Diurno	42	Sim
Colégio e Curso Ponto de Ensino – PENSI	Privada	Diurno	47	Sim
Colégio e Curso Ponto de Ensino – PENSI	Privada	Diurno	31	Sim
WAKIGAWA - IBA	Privada	Diurno	20	Não
Escola Técnica Electra	Privada	Diurno	27	Não
Escola Técnica Electra	Privada	Diurno	27	Não
Colégio Primeiro de Maio	Privada	Diurno	31	Sim
Colégio Primeiro de Maio	Privada	Diurno	31	Não
Colégio Primeiro de Maio	Privada	Diurno	33	Não
Barão de Lucena - WAKIGAWA	Privada	Diurno	19	Não
Colégio e Curso INTELECTUS	Privada	Diurno	45	Sim
Colégio e Curso INTELECTUS	Privada	Diurno	21	Sim
Colégio e Curso MARTINS	Privada	Diurno	47	Sim
Colégio Nossa Sra. de Lourdes	Privada	Diurno	26	Sim
Colégio Nossa Sra. de Lourdes	Privada	Diurno	30	Não
Colégio MV1 Anderson	Privada	Diurno	33	Sim
Colégio MV1 Anderson	Privada	Diurno	34	Não
Colégio MV1 Anderson	Privada	Diurno	21	Sim
Colégio MV1 Junior	Privada	Diurno	35	Sim

Fonte: Autora, 2018.

### 5.3 Trabalho de campo e coleta de dados

O trabalho de campo para a coleta de dados foi realizado por equipe treinada 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.

Assim, na primeira etapa do trabalho de campo as escolas públicas e privadas da IX RA foram contatadas para apresentação do projeto aos diretores. Neste momento, os coordenadores da pesquisa visitaram as escolas mostrando o projeto a ser realizado, bem como a autorização da Secretaria Estadual de Educação e a aprovação no Comitê de Ética. Além disso, foi necessário perguntar o número de turmas de segundo ano do ensino médio de cada escola e o número de alunos que frequentam cada turma para, a partir destas informações, realizar o sorteio das turmas.

Em seguida, foram realizados dois treinamentos com todos que participaram da coleta de dados nas escolas para organizar a logística e padronizar os procedimentos e atitudes a serem adotados em todas as etapas do trabalho de campo. Nesse sentido, os coordenadores da pesquisa elaboraram o Manual para Pesquisa de Campo<sup>4</sup> com todas as orientações sobre a coleta de dados.

Após a realização do sorteio para compor a amostra, as escolas que tiveram turmas selecionadas receberam nova visita da equipe de pesquisa. Neste momento, agendaram-se dois encontros com cada turma selecionada: sensibilização e a aplicação dos questionários.

Durante a sensibilização, pelo menos dois membros da equipe entravam em sala de aula por 10 minutos para explicar para a turma sorteada a pesquisa, falar sobre a importância da participação de todos e entregar os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)<sup>5</sup> que deveriam ser assinados pelos pais ou responsáveis e devolvidos no dia da pesquisa. Também foi informado que os alunos também teriam que assinar outro TCLE<sup>6</sup> no dia da pesquisa.

A aplicação dos questionários<sup>7</sup> durou aproximadamente 50 minutos e foi feita em sala de aula. Pelo menos dois entrevistadores coordenaram a aplicação dos questionários. No início das aplicações, ressaltou-se o sigilo absoluto das informações, a importância da participação e da sinceridade nas respostas e foram dadas instruções gerais para o preenchimento do questionário. Tais informações também ficavam expostas em um pôster fixado na frente da sala de aula durante todo o período de aplicação. Foram recolhidos os TCLE dos responsáveis, e distribuídos e recolhidos os TCLE dos alunos. Eventuais dúvidas eram esclarecidas de acordo com os procedimentos padrões previstas no Manual. Para aqueles que se recusaram a responder o questionário, foi elaborada uma ficha controle de perdas com

---

<sup>4</sup> Manual para Pesquisa de Campo completo no Anexo A

<sup>5</sup> Termo completo no Anexo B

<sup>6</sup> Termo completo no Anexo C

<sup>7</sup> Questionário completo no Anexo D

informações demográficas do aluno para posterior avaliação da possibilidade de viés de seleção, preenchida pela equipe de entrevistadores.

#### **5.4 Modelo teórico proposto: representação das dimensões que relacionam a violência familiar na infância à violência juvenil**

A partir do levantamento bibliográfico e da construção da hipótese principal deste estudo que conjectura que a exposição à violência familiar na infância aumenta o risco de envolvimento em violência juvenil, foi elaborado um modelo teórico para representar as dimensões envolvidas neste processo (Figura 2) e que orientou a análise de dados. Tal modelo é entendido como facilitador para detectar possíveis variáveis de confusão e mediação e, com isso, possibilitar abordagens adequadas no desenho e nas análises da investigação, não tendo o propósito de esgotar todas as possíveis relações entre estas variáveis.

Postula-se que as relações entre violência na infância e violência juvenil possam se dar de maneira direta, como mostrado em alguns artigos citados anteriormente, mas também de forma indireta através de transtornos mentais, uso de álcool e drogas, descritos na literatura como importantes consequências das violências familiares na infância e também como fatores de risco para o envolvimento do jovem em atos de violência. No entanto, esta pesquisa se focou apenas no caminho direto entre exposição e desfecho propondo que outras pesquisas explorem as possíveis mediações.

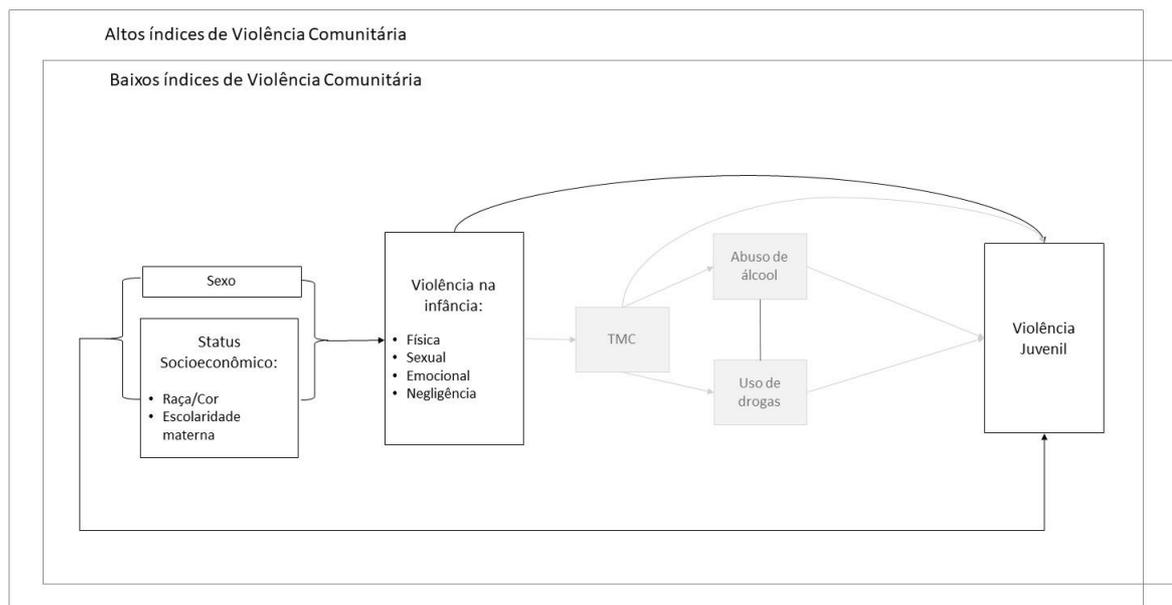
Assim, em um nível mais distal do modelo estão os fatores demográficos (sexo e cor da pele) e socioeconômicos, aqui representados pela variável escolaridade materna. Tais aspectos vêm sendo descritos como variáveis de confusão por estarem presentes de forma desbalanceada entre adolescentes com e sem história de violência familiar na infância (exposição central) (Zanoti-Jeronymo, et al., 2009; Stoltenborgh, et al., 2015) e serem fatores de risco para a Violência Juvenil (Chor, et al., 2005; McDaniel, 2012; Waiselfisz, 2015).

No nível mais proximal, entre a violência familiar na infância e o envolvimento em violência juvenil, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC) que podem ocorrer por consequência à violência familiar, como já exposto anteriormente (Cecil, et al., 2014), e podem ser fatores de risco para o envolvimento em violência juvenil. Este caminho pode,

ainda, ser mediado pelo abuso de álcool e/ou uso de drogas. Estas duas últimas variáveis estariam associadas entre si sem apresentarem obrigatoriamente uma relação causal entre elas.

Como descrito anteriormente, a literatura tem apontado a importância de mais estudos para entender o papel da violência comunitária na relação entre violência familiar na infância e envolvimento em violência juvenil (Maas, et al., 2008). Visando colaborar com as discussões sobre o tema, neste modelo, postula-se que os adolescentes que foram expostos à violência familiar na infância e vivem em cenários de maiores taxas de violência comunitária têm um risco maior de envolvimento em VJ do que aqueles não expostos a nenhuma das formas de violência ou mesmo do que aqueles expostos apenas à violência familiar ou à violência comunitária.

Figura 3 - Modelo Teórico Propositivo – Relações entre a violência familiar na infância e a violência juvenil.



Autora, 2018

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

### 5.5.1 Exposição Central: violência familiar na infância

A violência familiar na infância foi identificada utilizando-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). O indivíduo foi considerado vítima dos vários tipos de violência familiar na infância, quando respondia ter sofrido pelo menos um dos eventos descritos nas respectivas dimensões, independente da frequência de ocorrência do mesmo.

### 5.5.2 Desfecho: envolvimento em violência juvenil

A a literatura tem discutido que perguntar diretamente aos adolescentes a respeito de sua participação em atos de Violência Juvenil, muitos dos quais, são considerados crimes diante do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), não seria a melhor opção para medir esta violência. Isso porque o entrevistado poderia omitir informações ou dar respostas socialmente desejáveis. Por isso, o envolvimento em violência juvenil também foi mensurado através de perguntas indiretas que abordaram a proximidade do indivíduo com grupos de amigos que tenham praticado estes atos. Tal decisão se baseou em estudos anteriores que indicaram que a proximidade com amigos e colegas que praticam atos violentos se mostra como o principal preditor do comportamento agressivo e violento dos adolescentes (Blitstein, et al., 2005; Martino, et al., 2008; Bernat, et al., 2012; McDaniel, 2012; Musumeci, et al., 2012).

Com este propósito, perguntou-se ao adolescente se este teria amigo ou colega que tivesse perpetrado algum dos seguintes atos nos últimos 12 meses: a) andar armado; b) ameaçar alguém com arma de fogo; c) matar alguém; d) ameaçar alguém de morte; e) assaltar alguém; f) ter sido ferido com arma de fogo; g) ferir alguém com arma de fogo; h) agredir ou espancar alguém. Cada item apresenta quatro opções de respostas (0- Nunca, 1- Uma vez, 2-

Algumas vezes, 3- Muitas vezes) (Centro de Estudo de Segurança e Cidadania, 2012). Este desfecho também foi abordado de forma dicótoma, considerando-se positivo os indivíduos que responderam positivamente a, pelo menos, um dos itens, independente da frequência da situação.

### 5.5.3 Violência Comunitária

A mensuração da violência comunitária, postulada em nosso modelo teórico como um outro fator de risco que associada às violências familiares na infância poderiam aumentar a probabilidade de envolvimento do jovem em violência juvenil, tem sido colocada como limitação em muitas pesquisas anteriores por ser de difícil aferição empírica. (Fowler, et al., 2009; Melo, et al., 2011; Cecil, et al., 2014; Chen, et al., 2016).

Para tentar se aproximar deste constructo teórico foi utilizada a parte do Módulo III: Experiências com a violência, do Questionário JUVIPOL – JUVENTUDE, VIOLÊNCIA E POLÍCIA (Centro de Estudo de Segurança e Cidadania, 2012). O Questionário JUVIPOL foi organizado por pesquisadores de três centros – Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC) / Universidade Candido Mendes, Laboratório de Análises da Violência (LAV) / Uerj e Grupo de Estudos dos Sistemas Educacionais/ UFRJ – como parte do projeto Juventude e violência. A preparação do questionário envolveu um workshop com especialistas em juventude e segurança pública, entrevistas abertas e grupos focais com jovens, familiares e técnicos, além de levantamento não-amstral com jovens de diferentes áreas do Rio de Janeiro que orientou a elaboração e adequação do instrumento (Musumeci, et al., 2012). Neste estudo, optou-se por considerar o item que pergunta se o adolescente já viu de perto o corpo de alguém assassinado, como sugerem como proxy do nível de violência comunitária letal a que o jovem foi exposto.

### 5.5.4 Fatores de confusão

A variável cor foi criada a partir das categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para fins de análise, esta categoria foi agrupada, unindo-se brancos e asiáticos x pretos x pardos e indígenas. Esta tentativa de simplificação visou o aumento da eficiência estatística, tendo por base o número de indivíduos nas categorias asiáticos (n=7) e indígenas (n=14), mas também a prevalência do desfecho em cada um dos grupos. Escolaridade materna (em anos de estudo), usada como *proxy* de status sócio econômico, foi agrupada em três níveis sendo o primeiro até oito anos, o segundo de 8 a 15 e o último mais de 15 anos de estudo.

### **5.6 Conferência dos questionários, digitação, limpeza e processamento dos dados**

Antes da digitação, todos os questionários foram revisados e com aqueles questionários com questões em branco ou inconsistentes foram realizadas análises de consistência interna para possíveis correções de respostas. Para isso foi elaborado um manual de conferência dos questionários.

O banco de dados foi criado no software CPro 6.3. A digitação foi realizada após treinamento específico, baseado nos procedimentos que compuseram o manual de digitação. Algumas inconsistências ou falhas que não foram identificadas na fase anterior de revisão dos questionários puderam ser captadas pelos digitadores e foram prontamente corrigidas. A equipe de digitação foi composta por quatro integrantes, dois alunos de iniciação científica e dois contratados. Os questionários foram divididos em dois computadores de acordo com a numeração de identificação e cada dupla ficou responsável pela digitação em um dos computadores. Quando a digitação terminou, as duplas trocaram de computadores para realizar a dupla digitação de todos os questionários.

Após a etapa de digitação do banco de dados, iniciou-se a limpeza do mesmo para identificar valores impossíveis ou inconsistências e checagem da informação nos questionários originais. Esta etapa foi realizada usando o programa Stata13. Esta limpeza se deu em três etapas. Inicialmente, se realizou a tabulação de todas as variáveis, buscando destacar todos os valores extremos ou impossíveis. Os questionários que foram detectados contendo valores impossíveis ou muito improváveis foram revistos para checar a informação e proceder a correção no banco de dados quando pertinente.

A criação de variáveis do banco de dados ocorreu a partir de revisão da literatura a respeito da melhor forma de elaborar cada variável. A consolidação dos instrumentos de aferição previamente adaptados para uso no Brasil foi orientada pelas recomendações dos autores dos instrumentos originais.

Participaram da elaboração das variáveis duas alunas de pós-graduação, uma aluna de iniciação científica e uma pesquisadora docente. Na primeira etapa, os módulos do questionário foram divididos entre as alunas que fizeram um levantamento da literatura e elaboraram, para cada módulo, propostas de variáveis que foram discutidas com a pesquisadora docente. Após a decisão de como as variáveis seriam construídas, elaborou-se um script no programa R versão 3.3.3.

## **5.7 Análise de dados**

Todas as etapas da análise de dados consideraram a estrutura de amostragem complexa e, por conseguinte, os pesos amostrais de cada indivíduo. Inicialmente foram realizadas análises descritivas das características demográficas da população de estudo. Nesta etapa, estimou-se ainda as prevalências dos diferentes tipos de violência familiar na infância, do envolvimento em grupos de violência comunitária e de exposição à violência comunitária. Na sequência, estimou-se ainda as prevalências de VJ em cada um dos subgrupos, utilizando-se o teste qui-quadrado para avaliar a heterogeneidade das proporções.

Para analisar se os efeitos das violências na infância eram sensíveis à presença ou ausência de violência comunitária, construiu-se, para cada dimensão da violência familiar, uma variável em quatro níveis de acordo com a presença ou ausência daquela violência e a presença ou ausência de violência comunitária na região de circulação do jovem (representada pela variável: exposição ou não à violência letal). A primeira categoria da variável contemplou os jovens que não haviam sofrido violência familiar na infância e não haviam sido expostos à violência letal. As duas categorias seguintes reuniram os expostos apenas à violência familiar ou apenas à violência comunitária letal, respectivamente. Na quarta categoria, agrupou-se aqueles que haviam vivenciado a violência familiar na infância e a violência comunitária na adolescência.

Modelos de regressão logística foram utilizados para a análise multivariada em função de se tratar de um desfecho binário (Violência Juvenil - sim/não). Elaborou-se um modelo multivariado para cada dimensão da violência na infância (abuso emocional; violência física; violência sexual; negligência emocional e negligência física) utilizando as variáveis de exposição às violências em quatro níveis. Este modelo contou com as variáveis de confusão postuladas no modelo (sexo, cor, escolaridade materna). Desta forma, foi possível estimar os efeitos de cada uma das violências na infância, da violência comunitária nas ausências das violências na infância e os efeitos conjuntos de cada uma das violências na infância e violência comunitária na adolescência, comparando-se a chance de envolvimento em VJ em cada um destes grupos versus a chance de VJ no grupo que não foi exposto nem à violência familiar, nem à violência comunitária. Para análise de dados foi utilizado o programa R versão 3.3.3 (Team, 2017), incorporando-se o desenho amostral através da utilização do pacote *Survey*, desenvolvido por Lumley (2004; 2017).

## 5.8 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.

## 6 RESULTADOS: VIOLÊNCIA FAMILIAR NA INFÂNCIA E VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: DUPLA DESVANTAGEM PARA O ENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE EM VIOLÊNCIA JUVENIL (MANUSCRITO)

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O objetivo principal deste artigo é investigar o efeito conjunto da violência familiar na infância e da violência comunitária ao longo da vida para o envolvimento do adolescente em atos de violência juvenil (VJ). **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo seccional de base escolar (n=720) realizado na cidade do Rio de Janeiro. A seleção de participantes foi realizada através de amostragem complexa. Coleta de dados: de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. As informações foram coletadas através de questionário multidimensional de autopreenchimento nas salas de aula. A violência familiar na infância foi identificada utilizando-se o *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. O envolvimento em grupos de violência juvenil foi mensurado através de questões sobre amigos que tenham praticado atos de violência. A exposição à violência comunitária foi avaliada no nível individual e para isso perguntou-se ao adolescente se viu o corpo de alguém assassinado. A variável de exposição central foi criada a partir da combinação das variáveis violências na infância e violência comunitária. Elaborou-se um modelo logístico multivariado para cada tipo de violência na infância (emocional, física, sexual, negligências emocional e física). Utilizou-se o programa R versão 3.3.3 e o pacote *Survey* para a análise de dados. **RESULTADOS:** O abuso emocional na infância foi a violência familiar que mais aumentou a chance de envolvimento do indivíduo em VJ, tanto na ausência de violência comunitária (OR=3,31; IC95%: 1,79-6,12), quanto na presença da mesma (OR=5,66; IC95%: 3,4-9,2). A violência sexual também aumentou a chance de envolvimento em violência tanto quando associada à violência comunitária (OR= 4,76; IC95%: 1,46-15,46), quanto sozinha (OR=2,27; IC95%: 1,17-4,49). A violência física contra a criança só se mostrou fator de risco para o envolvimento em VJ quando associada à experiência de violência comunitária ao longo da vida (OR=3,92; IC95%:2,31-6,65). Tanto a negligência emocional (OR=1,54 IC95%: 1,01-2,34), quanto física na infância (OR=2,42; IC95%: 1,32-4,46) se mostraram fatores de risco para o envolvimento em VJ. **DISCUSSÃO:** Tais achados chamam a atenção para a relevância das diferentes manifestações da violência e para a necessidade de se incorporar políticas de prevenção e combate à violência na infância como estratégia importante para a redução da VJ em áreas com altos índices de violência comunitária.

**Palavras-chave:** violência contra a criança; maus-tratos infantis; violência comunitária; violência juvenil; adolescentes.

## ABSTRACT

Childhood maltreatment and community violence: double disadvantage to the involvement of adolescents in youth violence.

**INTRODUCTION:** The main objective of this article is to investigate the joint effect of family violence in childhood and community violence throughout life for the involvement of adolescents in acts of juvenile violence (JV). **METHODS:** This is a school-based cross-sectional study (n = 720) conducted in the city of Rio de Janeiro. The selection of participants was performed through complex sampling. Data collection: from September 2016 to February 2017. Information was collected through a multidimensional self-filling questionnaire in classrooms. Family violence in childhood was identified using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Involvement in youth violence groups was measured through questions about friends who have committed acts of violence. The exposure to community violence was assessed at the individual level and for this the teen was asked if he saw the body of someone killed. The central exposure variable was created from the combination of the variables violence in childhood and community violence. A multivariate logistic model was developed for each type of violence in childhood (emotional, physical, sexual, emotional and physical neglect). We used the R version 3.3.3 program and the Survey package for data analysis. **RESULTS:** Emotional abuse in childhood was the family violence that increased the chance of individual involvement in VJ, both in the absence of community violence (OR = 3.31, 95% CI: 1.79-6.12) and in the presence (OR = 5.66, 95% CI: 3.4-9.2). Sexual violence also increased the chance of being involved in violence both when associated with community violence (OR = 4.76, 95% CI: 1.46-15.46), and alone (OR = 2.27, 95% CI: 1, 17-4, 49). Physical violence against children was only a risk factor for JV involvement when associated with the experience of community-based violence throughout life (OR = 3.92, 95% CI: 2.31-6.65). Both the emotional neglect (OR = 1.54 CI95 %: 1.01-2.34) and physical neglect (OR = 2.42, 95% CI: 1.32-4.46) were risk factors for involvement in JV. **DISCUSSION:** These findings highlight the relevance of different manifestations of violence and the need to incorporate policies to prevent and combat childhood violence as an important strategy to reduce JV in areas with high levels of community violence.

**Keywords:** child abuse; child maltreatment; community violence; juvenile violence; adolescents.

## **Introdução**

A violência comunitária é um problema de Saúde Pública que causa danos a toda sociedade, sendo de difícil enfrentamento (Krug., et al., 2002; Reichenheim, et al., 2011; World Health Organization, 2014; 2015; David-Ferdon, 2016). Estima-se que 475 mil pessoas no mundo tenham sido vítimas de homicídio, o que corresponde a uma taxa de 6,7 óbitos/100 mil habitantes, em 2012. Este cenário torna-se ainda mais alarmante nas regiões das Américas Central e do Sul. No Brasil, estimou-se uma taxa de homicídios de 24,3/100 mil habitantes nesse mesmo período (Krug., et al., 2002; United Nations Office on Drugs and Crime, 2013; World Health Organization, 2014; 2015). As desigualdades nas taxas de violência ao redor do mundo são acompanhadas de desigualdades semelhantes em termos da produção acadêmica sobre o tema. Segundo a OMS, a maior parte dos estudos sobre as violências é conduzida em países de alta renda, tais como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália, ao passo que as maiores prevalências deste fenômeno se concentram em países de renda média, principalmente na América do Sul (Krug., et al., 2002; United Nations Office on Drugs and Crime, 2013; World Health Organization, 2014; 2015).

No cenário da violência comunitária, os jovens desempenham papel crucial, uma vez que são eles os principais envolvidos, seja como vítimas ou como autores (violência juvenil (VJ)) (Krug., et al., 2002; World Health Organization, 2014; Waiselfisz, 2015; World Health Organization, 2015). Os impactos da violência comunitária sobre os adolescentes e jovens transcendem aqueles decorrentes do envolvimento direto em situações de violência. As consequências do testemunho de atos violentos na comunidade de residência e/ou ambiente escolar e as sensações de medo e insegurança provenientes do conhecimento de que outros tenham passado por estas situações (violência indireta) também acarretam grandes consequências (Lopes, et al., 2015a; DeCou & Lynch, 2017). A vivência de qualquer destes papéis expressa uma situação de vulnerabilidade que, por si só, já pode ser considerada violência (Krug., et al., 2002; World Health Organization, 2014; Waiselfisz, 2015; World Health Organization, 2015). No entanto, é possível atravessar a adolescência sem um envolvimento tão marcante em tais situações, devendo esta ser combatida e desnaturalizada (Krug., et al., 2002; Loeber & Burke, 2011b; Butchart, et al., 2014; World Health Organization, 2014; 2015).

Os modelos explicativos do envolvimento do jovem em grupos de VJ são complexos e envolvem diferentes dimensões. Segundo Bronfenbrenner (1979) em seu modelo ecológico, por exemplo, o envolvimento do indivíduo em VJ se dá a partir de interações entre diferentes

características sociais, comunitárias, relacionais e individuais que se relacionam e interagem (Krug., et al., 2002). As características da esfera social que podem favorecer o envolvimento do jovem em situações de violência são, principalmente, a desigualdade social, o racismo estrutural e os elementos que fazem da violência algo aceitável para a sociedade com a naturalização de suas práticas, incluindo leis, aspectos culturais, entre outros (Krug., et al., 2002). No nível comunitário, discute-se se características físicas negativas do ambiente (Mmari, et al., 2014) e altas taxas de violência na vizinhança (Krug., et al., 2002; Fang & Corso, 2007; World Health Organization, 2014; 2015), por exemplo, podem estar relacionadas ao maior risco de envolvimento com a violência ou a comportamentos inadequados. O padrão de relação com os amigos que praticam atos de violência também tem se mostrado crucial para o envolvimento do próprio adolescente na perpetração da VJ (Blitstein, et al., 2005; Martino, et al., 2008; Bernat, et al., 2012; McDaniel, 2012; Musumeci, et al., 2012). No nível individual e relacional, a teoria do ciclo da violência trouxe alguns *insights* a respeito da relação entre a violência familiar na infância e o envolvimento em VJ (Widom, 1989; Dodge, et al., 1990). Por outro lado, a teoria da psicopatologia do desenvolvimento tem pautado que vivências adversas na infância, em especial violências familiares, podem traçar caminhos no desenvolvimento da personalidade, capazes de aumentar o risco de envolvimento em violências na vida adulta (Moffitt, 1993).

A violência familiar contra criança tem se mostrado grande problema de Saúde Pública atingindo proporções alarmantes ao redor do mundo (Stoltenborgh, et al., 2011b; Stoltenborgh, et al., 2013b; Stoltenborgh, et al., 2015). Neste contexto, as altas prevalências das várias formas de violência familiar na infância, mais especialmente a violência física e violência psicológica na região da América do Sul chamam a atenção (Stoltenborgh, et al., 2015). No Brasil, estima-se que 44,1% dos adultos tenham sofrido violência física na infância (Zanoti-Jeronymo, et al., 2009b). Apesar das fortes evidências que relacionam a violência familiar na infância com o envolvimento do jovem em VJ (Widom, 1989; Dodge, et al., 1990; Lacourse, et al., 2002; Fang & Corso, 2007a; Maas, et al., 2008; Van Wert, et al., 2017; Vidal, et al., 2017), a maior parte das crianças expostas à violência na infância não vai se envolver em atos de violência ou agressividade (Krug., et al., 2002; World Health Organization, 2014; 2015; Vidal, et al., 2017).

Visando estabelecer estratégias de prevenção da VJ, muitas pesquisas estão buscando entender quais seriam os fatores relacionados à diferença entre estes caminhos na vida de crianças que sofreram violência na infância, uma vez que algumas as reproduzem e perpetuam

e outras não. De modo geral, tais estudos têm focalizado características da criança, tais como idade, sexo e grau de resiliência (Reichenheim, et al., 1999a), a intensidade, cronicidade e o parentesco da criança com o perpetrador da violência (Van Wert, et al., 2017), o perfil das práticas educativas parentais na infância (Sampaio, 2015) e o contexto social das famílias (Vidal, et al., 2017). Entretanto, há poucas evidências sobre o papel dos níveis de violência do contexto comunitário da criança e do adolescente como possíveis explicações para estas diferentes trajetórias ao longo da adolescência (Fang & Corso, 2007a; Maas, et al., 2008). Além disso, as investigações sobre este tema foram conduzidas, em sua maioria, em países desenvolvidos, tais como Canadá e, principalmente, Estados Unidos. Apesar da violência familiar na infância, da violência comunitária e da VJ serem problemas de grande relevância nos países de renda média, em função de suas elevadas magnitudes e impacto, pouco se sabe a respeito do efeito conjunto das primeiras no risco de envolvimento em VJ nestes contextos.

A partir de um inquérito realizado em uma das cidades mais populosas da América do Sul, este estudo pretende contribuir para a superação desta importante lacuna. Para tal, seus objetivos são: (1) analisar se as diferentes formas de violência na infância, quais sejam, abuso emocional, violência física, negligência emocional, negligência física e violência sexual são fatores de risco para a violência juvenil; (2) avaliar se a presença de violência comunitária na adolescência também aumenta a chance de envolvimento do jovem em situações de violência; e (3) investigar o efeito conjunto da violência na infância e violência comunitária na área de residência deste jovem para a ocorrência de violência juvenil.

## **Métodos**

### Modelo teórico conceitual

A partir do levantamento bibliográfico e da construção da hipótese principal deste estudo que conjectura que tanto a exposição à violência familiar na infância, como a violência comunitária na adolescência aumentam o risco de VJ e que a vivência destas duas situações ao longo da vida aumenta ainda mais a chance de envolvimento do jovem em situações de VJ, foi elaborado um modelo teórico propositivo para representar as dimensões envolvidas neste processo (Figura 4). Tal modelo é entendido como facilitador na detecção de possíveis variáveis de confusão, além de possibilitar abordagens adequadas no desenho e nas análises da investigação, não tendo o propósito de esgotar todas as possíveis relações entre as diferentes dimensões envolvidas no processo.

Assim, em um nível mais distal do modelo estão os fatores demográficos (sexo e raça/cor) e socioeconômicos, aqui representados pela variável escolaridade materna. Tais aspectos vêm sendo descritos como variáveis de confusão por estarem presentes de forma desbalanceada entre adolescentes com e sem história de violência familiar na infância (exposição central) (Zanoti-Jeronymo, et al., 2009; Stoltenborgh, et al., 2015) e serem fatores de risco para a Violência Juvenil (Chor, et al., 2005; McDaniel, 2012; Waiselfisz, 2015).

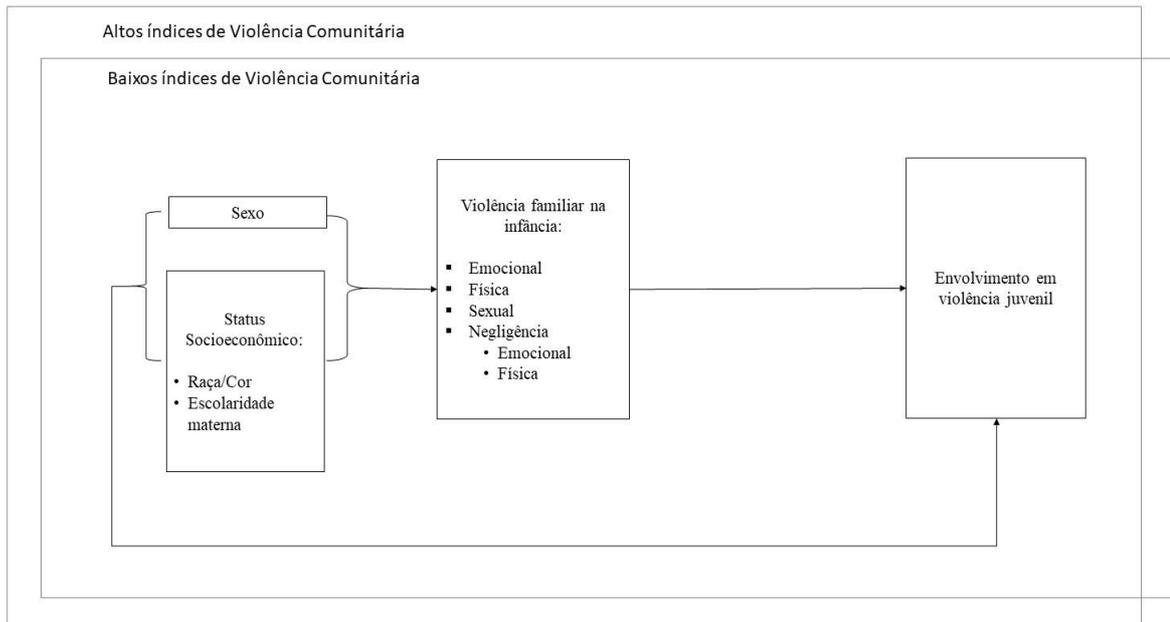


Figura 4: Modelo teórico operacional das relações entre violência familiar na infância, violência comunitária na adolescência e envolvimento em violência juvenil.

Neste modelo, postula-se que os adolescentes que foram expostos à violência familiar na infância e vivem em cenários de maiores taxas de violência comunitária têm um risco maior de envolvimento em VJ do que aqueles não expostos a nenhuma das formas de violência ou mesmo do que aqueles expostos apenas à violência familiar ou à violência comunitária.

#### Desenho de estudo, estratégia de seleção amostral e coleta de dados

Trata-se de um inquérito de base escolar realizado com alunos do segundo ano do ensino médio de escolas públicas e privadas da IX Região Administrativa (RA) do município do Rio de Janeiro. A seleção de participantes foi realizada através de uma amostragem complexa, estratificada por tipo de gestão da escola (pública ou privada) e o turno (diurno ou noturno), garantindo a representatividade destes estratos. As turmas que participariam da

pesquisa foram sorteadas com probabilidade de seleção proporcional ao tamanho da turma. Todos os alunos das turmas sorteadas que estavam cursando regularmente a escola foram convidados a participar da pesquisa.

Para o cálculo do tamanho amostral ( $n$ ) foi utilizada a seguinte equação:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

em que  $\alpha$  é o nível de significância,  $Z$  é o quantil da distribuição normal,  $P$  é a prevalência esperada do principal desfecho de interesse na pesquisa de fundo (violência nas relações de namoro e afins) e  $d$  é a margem de erro (Arya, et al., 2012).

Foram considerados para o cálculo do tamanho amostral os seguintes valores:

$$\alpha = 0,05, P = 0,25 \text{ e } d = 0,05.$$

Ainda, foi assumido um percentual de não-resposta de 15% e uma cobertura da população fonte de 100%. Em relação ao ajuste por número de domínios (grupos de estratificação), foram considerados apenas dois domínios (masculino e feminino), já que não se esperava grande heterogeneidade de idade, pois todos os entrevistados estariam cursando a mesma série do Ensino Médio. Desta forma, o tamanho amostral inicial foi multiplicado por dois para permitir estimativas nestes dois domínios, resultando em uma amostra prevista de 678 alunos.

A coleta de dados teve início em setembro de 2016 e finalizou em fevereiro de 2017. Esta ocorreu dentro da sala de aula e foi coordenada por equipe de campo previamente treinada. As informações foram coletadas através da aplicação de questionário multidimensional de autopreenchimento. O tempo médio de preenchimento foi de aproximadamente 50 minutos. Em função do interesse dos alunos em participar da pesquisa, 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. Após a retirada de um indivíduo com idade fora do

espectro de adolescência e juventude (Krug., et al., 2002), o tamanho amostral deste estudo foi de 720 alunos.

#### Aferição das variáveis de interesse

A variável cor foi criada a partir das categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para fins de análise, esta categoria foi agrupada, unindo-se brancos e asiáticos x pretos x pardos e indígenas. Esta tentativa de simplificação visou o aumento da eficiência estatística, tendo por base o número de indivíduos nas categorias asiáticos (n=7) e indígenas (n=14), mas também a prevalência do desfecho em cada um dos grupos. Escolaridade materna (em anos de estudo), usada como *proxy* de status sócio econômico, foi agrupada em três níveis sendo o primeiro até oito anos, o segundo de 8 a 15 e o último mais de 15 anos de estudo.

A violência familiar na infância, exposição central, foi identificada utilizando-se a versão brasileira do *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* (Bernstein & Fink, 1998b; 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). O indivíduo foi considerado vítima dos vários tipos de violência familiar na infância, quando respondia ter sofrido pelo menos um dos eventos descritos nas respectivas dimensões, independente da frequência de ocorrência do mesmo.

Para o desfecho, o envolvimento em grupos de VJ foi mensurado através de questões sobre a proximidade do indivíduo com grupos de amigos que tenham praticado atos de violência. Com este propósito, perguntou-se ao adolescente se este teria amigo ou colega que tivesse perpetrado algum dos seguintes atos nos últimos 12 meses: a) andar armado; b) ameaçar alguém com arma de fogo; c) matar alguém; d) ameaçar alguém de morte; e) assaltar alguém; f) ter sido ferido com arma de fogo; g) ferir alguém com arma de fogo; h) agredir ou espancar alguém. Cada item apresenta 4 opções de respostas (0- Nunca, 1- Uma vez, 2-

Algumas vezes, 3- Muitas vezes) (Centro de Estudo de Segurança e Cidadania, 2012). Este desfecho também foi abordado de forma dicótoma, considerando-se positivo os indivíduos que responderam positivamente a pelo menos um dos itens, independente da frequência da situação.

A exposição à violência comunitária letal foi utilizada como *proxy* de nível de violência na comunidade. Esta foi avaliada perguntando ao adolescente se ele já havia visto o corpo de alguém assassinado. Esta pergunta se propõe a detectar aqueles que vivem ou frequentam áreas com altas taxas de incidência de homicídios.

### Análise de dados

Todas as etapas da análise de dados consideraram a estrutura de amostragem complexa e, por conseguinte, os pesos amostrais de cada indivíduo. Inicialmente foram realizadas análises descritivas para traçar o perfil da população de estudo e as prevalências de exposição as violências familiares, comunitária e juvenil. Nesta etapa, estimou-se ainda as prevalências de VJ em cada um dos subgrupos, utilizando-se o teste qui-quadrado para avaliar a heterogeneidade das proporções.

Para analisar se os efeitos das violências na infância eram sensíveis à presença ou ausência de violência comunitária, construiu-se, para cada dimensão da violência familiar, uma variável em quatro níveis de acordo com a presença ou ausência daquela violência e a presença ou ausência de violência comunitária na região de circulação do jovem (representada pela variável: exposição ou não à violência letal). A primeira categoria da variável contemplou os jovens que não haviam sofrido violência familiar na infância e não haviam sido expostos à violência letal. As duas categorias seguintes reuniram os expostos apenas à violência familiar ou apenas à violência comunitária letal, respectivamente. Na quarta categoria, agrupou-se aqueles que haviam vivenciado a violência familiar na infância e a violência comunitária na adolescência.

Modelos de regressão logística foram utilizados para a análise multivariada em função de se tratar de um desfecho binário (violência juvenil - sim/não). Elaborou-se um modelo multivariado para cada dimensão da violência na infância (abuso emocional; violência física; violência sexual; negligência emocional e negligência física) utilizando as variáveis de exposição às violências em quatro níveis. Este modelo contou com as variáveis de confusão postuladas no modelo (sexo, cor, escolaridade materna). Desta forma, foi possível estimar os efeitos de cada uma das violências na infância, da violência comunitária nas ausências das

violências na infância e os efeitos conjuntos de cada uma das violências na infância e violência comunitária na adolescência, comparando-se a chance de envolvimento em VJ em cada um destes grupos versus a chance de VJ no grupo que não foi exposto nem a violência familiar, nem a violência comunitária. Para análise de dados foi utilizado o programa R versão 3.3.3 (Team, 2017), incorporando-se o desenho amostral através da utilização do pacote *Survey*, desenvolvido por Lumley (2004; 2017).

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.

## **Resultados**

A amostra do estudo compreendeu 720 adolescentes com idades entre 15 e 29 anos. Quando expandida, esta amostra representou o universo de 1.320 adolescentes matriculados e que frequentavam as escolas no período de estudo. Um pouco mais da metade da amostra foi composta por adolescentes do sexo feminino e a média de idade foi de 17,28 (0,078) anos. Com relação à cor da pele, a amostra conta com maior número de adolescentes brancos e asiáticos, seguido de pardos e indígenas e, em seguida, os pretos. Mais da metade dos adolescentes se declarou cristã (católica, evangélica ou espírita) e um terço referiu não ter religião. Menos de cinco por cento relatou pertencer a religiões de base africana (Umbanda ou candomblé).

A grande maioria declarou ter pai e mãe vivos. Com relação à escolaridade materna, apenas um décimo dos alunos relatou escolaridade materna entre oito e 15 anos. A proporção de escolaridade maior que 16 anos de estudo foi próxima àquela de menos de oito anos de estudo. A maior parte da população de estudo pertence a classe média e classe alta (A e B). Apenas um por cento está na classe mais baixa (D-E). Apesar da maior parte da amostra ser composta de alunos da rede pública, com a incorporação dos pesos, as escolas particulares passam a ter maior representatividade na amostra como um todo.

A prevalência de VJ foi maior entre adolescentes do sexo masculino, brancos ou asiáticos, de religião evangélica, sem pai presente (morto ou sem contato) e com mães de menor escolaridade. Não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência do evento entre adolescentes de diferentes idades e entre aqueles que estudavam em escolas públicas ou privadas.

Tabela 1: Perfil sócio demográfico da amostra de estudo e prevalência de violência juvenil em subgrupos. Inquérito de base escolar IX RA do município do Rio de Janeiro, RJ.

<b>Características da amostra estudada</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>Prevalência de Violência Juvenil*</b>	<b>p-valor</b>
<i>Características demográficas do indivíduo</i>				
Sexo				
Masculino	334	47,07	42,97	<0,001
Feminino	386	52,93	29,60	
Idade				
15 a 16	281	48,19	36,22	0,870
17	248	31,55	36,39	
18 ou +	182	20,26	33,66	
Cor				
Pretos	123	14,95	32,53	0,198
Pardos e Indígenas	259	32,47	38,97	
Branco e Asiáticos	334	52,58	40,53	
Religião atual				
Católica	198	28,34	33,12	0,735
Evangélica	202	23,13	40,25	
Espírita	31	4,59	29,77	
Umbanda ou candomblé	27	4,07	27,05	
Outras	35	5,25	36,76	
Sem religião	224	34,62	34,49	

**Cont.**

Cont.

Características da amostra estudada	n	%*	Prevalência de Violência Juvenil*	p-valor
<i>Características socioeconômicas da família</i>				
Pai está vivo				
Sim	643	90,92	34,98	0,179
Não	55	6,64	47,04	
Não sei/perdi contato/não conheci	21	2,44	40,17	
Mãe está viva				
Sim	695	97,00	35,89	0,252
Não	20	2,34	45,03	
Não sei/perdi contato/não conheci	5	0,65	0,00	
Escolaridade Materna (anos de estudo)				
<8	338	43,37	39,23	0,233
8 a 15	99	12,06	34,74	
>16	244	44,58	28,57	
Classe econômica (CCEB)				
A	92	17,05	42,50	0,197
B	337	54,75	36,28	
C	218	26,79	33,53	
D-E	14	1,40	17,98	
Tipo de Escola				
Pública	408	37,79	35,33	0,826
Privada	312	62,21	36,19	

**Legenda:**

\* Prevalência estimada considerando os pesos amostrais.

As prevalências das diferentes formas de violência na amostra como um todo, bem como as prevalências de VJ nos diferentes subgrupos de acordo com a presença ou ausência das demais formas de violência estão apresentadas na Tabela 2. Com relação à violência familiar na infância, chama a atenção a grande prevalência de todas as suas manifestações. Mais de 70% da amostra sofreu algum tipo de abuso emocional ou forma de negligência emocional. Pouco mais da metade referiu violência física. Quase dois quintos sofreu negligência física. Pouco mais de um décimo da amostra relatou ter sido vítima de algum ato de violência sexual. Quase a metade da amostra já viu de perto o corpo de alguém assassinado e aproximadamente um terço dos jovens entrevistados relatou ter envolvimento com amigos

que praticaram atos de violência juvenil nos últimos 12 meses. Observa-se que jovens que vivem ou frequentam áreas com maior nível de violência (já viram corpo de alguém assassinado) têm mais chance de se envolverem em VJ do que os demais. A violência juvenil também foi mais prevalente entre aqueles que relataram ter sido vítima na infância de violência emocional e/ou física e que sofreram negligência física. Apesar de mais prevalente entre os que referiram ter sido vítima de algum tipo de violência sexual, esta diferença apresentou significância estatística marginal ( $p=0,06$ ). A prevalência de VJ também foi maior entre aqueles expostos à violência comunitária.

Tabela 2: Prevalência dos diversos tipos de violência na infância, violência comunitária na adolescência e violência juvenil na amostra de estudo e prevalência de violência juvenil em subgrupos de acordo com a presença das demais formas de violência. Inquérito de base escolar IX RA do município do Rio de Janeiro, RJ.

Prevalência das violências	n	%*	Prevalência de Violência Juvenil*	p-valor
<b><i>Violência Familiar na infância</i></b>				
Violência Emocional				
Sim	544	77,84	39,02	0,012
Não	170	22,16	25,29	
Violência Física				
Sim	389	52,84	45,13	<0,001
Não	323	47,16	26,03	
Violência Sexual				
Sim	72	11,07	48,40	0,058
Não	642	88,93	34,35	
Negligência Física				
Sim	276	37,20	45,13	<0,001
Não	434	62,80	30,87	
Negligência Emocional				
Sim	567	79,33	37,25	0,181
Não	148	20,67	31,05	
<b><i>Violência Comunitária</i></b>				
Você já viu de perto corpo de alguém assassinado				
Sim	300	42,10	47,14	<0,001
Não	411	57,90	28,18	
<b><i>Violência juvenil</i></b>				
Envolvimento em grupos de violência juvenil				
Sim	251	35,87	-	-
Não	459	64,13	-	

**Legenda:**

\* Prevalência estimada considerando os pesos amostrais.

As prevalências dos diversos tipos de violência na infância na amostra como um todo em cenários com e sem violência comunitária são mostradas na Tabela 3. Ressaltam-se as altas magnitudes de coocorrência de violências familiares e violência comunitária entre os adolescentes da pesquisa. Trinta e quatro por cento da amostra sofreu abuso emocional e

também convive com a violência comunitária. Já 4,51% dos adolescentes relatou violência sexual familiar na infância e violência comunitária. A negligência física na infância foi a única forma de violência na infância que ocorreu preferencialmente entre adolescentes que vivem atualmente em locais com alta incidência de violência comunitária. Mais da metade dos adolescentes relataram ter sofrido alguma violência familiar na infância, mesmo não tendo sido expostos à violência comunitária.

Tabela 3: Prevalência de violência familiar na infância na presença e ausência de violência comunitária. Inquérito de base escolar IX RA do município do Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Tipo de Violência Familiar na infância	Ausência de violência comunitária		Presença de violência comunitária	
	N*	% (IC 95%)**	N*	% (IC 95%)**
Violência Emocional	299	43,83 (43,77 - 43,89)	242	34,1 (34,06 - 34,14)
Violência Física	192	26,09 (26,05 - 26,13)	194	26,62 (26,58 - 26,66)
Violência Sexual	44	6,64 (6,62 - 6,66)	28	4,51 (4,49 - 4,53)
Negligência Física	132	16,87 (16,85 - 16,89)	140	20,12 (20,08 - 20,16)
Negligência Emocional	323	45,31 (45,25 - 45,37)	240	34,04 (33,99 - 34,09)
Alguma Violência	393	54,16 (54,11 - 54,21)	288	40,59 (40,54 - 40,63)

**Legenda:**

\* Sem pesos amostrais;

\*\* com pesos amostrais; IC = intervalo de confiança.

Como pode ser observado na Tabela 4, adolescentes expostos ao abuso emocional na infância, mas não expostos à violência comunitária na adolescência têm três vezes mais chance de envolvimento em VJ do que aqueles não expostos à violência emocional e não expostos à violência na comunidade. Quando este abuso emocional é acompanhado de exposição à violência comunitária a chance de violência juvenil passa a ser cinco vezes maior do que a observada para os não expostos a nenhuma das duas violências. Já adolescentes com histórico de violência sexual na infância sem violência comunitária apresentaram o dobro de chance de envolvimento em VJ quando comparados a adolescentes sem exposição à violência sexual e à violência comunitária. Quando os adolescentes que são vítimas de violência sexual na infância também são expostos à violência comunitária, esta chance passa a ser cerca de cinco vezes maior do que aqueles não expostos às duas situações.

O que ocorre com a exposição à violência física é um pouco diferente. Quando há história deste tipo de violência na infância, mas não há exposição à violência comunitária, a violência física não aumenta a chance de envolvimento do jovem em grupos de violência. No

entanto, quando ambas as formas de violência estão presentes, a vulnerabilidade à VJ é aproximadamente quatro vezes maior do que na situação de ausência das duas formas de violência. Tanto a história de negligência emocional, quanto de negligência física na infância também se mostraram fatores de risco para o envolvimento do jovem em situações de Violência Juvenil, mesmo quando não há o testemunho de violência comunitária. Porém, diferentemente das situações anteriores, não há um aumento expressivo no risco de Violência Juvenil quando as negligências se associam à exposição à violência comunitária.

Como ainda pode ser observado na Tabela 4, com exceção da situação onde há violência comunitária na adolescência, mas não há história de exposição à violência física na infância, a exposição à violência comunitária também parece ser um importante fator de risco para a Violência Juvenil mesmo na ausência dos diferentes tipos de violência na infância.

Tabela 4: Análise multivariada para avaliar o papel da exposição à violência familiar na infância, à violência comunitária na adolescência e à combinação das duas violências no envolvimento dos adolescentes em grupos de violência juvenil. Inquérito de base escolar IX RA do município do Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Tipo de violência familiar na infância*	Sem violência na infância e sem violência comunitária na adolescência	Com violência na Infância, mas sem violência comunitária na adolescência	Com violência comunitária na adolescência, mas sem violência na infância	Com violência na infância e violência comunitária na adolescência
	OR*	OR* (IC 95%)	OR* (IC 95%)	OR* (IC 95%)
<b>Abuso Emocional</b>	1,00	3,31 (1,79 - 6,12)	4,07 (1,83 - 9,03)	5,66 (3,40 - 9,42)
<b>Violência Física</b>	1,00	1,79 (0,98 - 3,28)	1,54 (0,95 - 2,51)	3,92 (2,31 - 6,65)
<b>Violência Sexual</b>	1,00	2,27 (1,17 - 4,39)	2,06 (1,56 - 2,73)	4,76 (1,46 - 15,46)
<b>Negligência Emocional</b>	1,00	1,54 (1,01 - 2,34)	2,94 (1,41 - 6,12)	2,93 (1,83 - 4,68)
<b>Negligência Física</b>	1,00	2,42 (1,32 - 4,46)	2,53 (1,72 - 3,73)	2,98 (1,85 - 4,80)

**Legenda:**

\* Regressão logística multivariada ajustada por sexo, cor, escolaridade materna

OR= Odds Ratio; IC = intervalo de confiança

## **Discussão**

A Organização Mundial da Saúde (1944) em sua constituição conceituou a saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social, propondo que esta seja essencial para se alcançar a paz e a segurança, devendo ser garantida através da cooperação entre os Estados e os indivíduos. Nesta mesma direção, no Brasil, afirma-se que crianças e adolescentes têm o direito de crescer e viver sem violência sendo dever das famílias, Estado e sociedade proporcionarem e garantirem este direito (Brasil, 1990). No entanto, os resultados desta pesquisa mostraram que a realidade de muitas crianças e adolescentes no Brasil tem sido outra. No Rio de Janeiro, muitos crescem sendo expostos tanto à violência familiar, quanto à violência comunitária e esta dupla exposição aumenta o risco de os indivíduos serem vítimas e autores de mais de uma forma de violência durante a adolescência e juventude: a violência juvenil.

As altas prevalências das diferentes formas de violência familiar contra a criança na população de estudo chamam a atenção. Como visto anteriormente, estas estimativas chegam a índices alarmantes e assustadores, considerando o grande esforço que vem sendo realizado pela sociedade brasileira visando a redução de práticas educativas parentais violentas e o fortalecimento de uma cultura de não violência nas relações entre pais e filhos (Brasil, 1990; Ministério da Saúde, 2010; Brasil, 2014; Sampaio, 2015). Assim como em estudos anteriores (Krug., et al., 2002; Moura, et al., 2008; Stoltenborgh, et al., 2015), os resultados da pesquisa apontaram para uma alta prevalência de abuso emocional na infância, que chega a mais de 75% da amostra. A violência física também apresentou elevadas proporções atingindo mais de 50% dos adolescentes, sendo este valor próximo ao estimado para a América do Sul, a partir de estudos na Costa Rica e México (Stoltenborgh, et al., 2013a). A violência sexual foi a menos prevalente (11%) no presente estudo, sendo este valor próximo ao estimado para América do Sul em outros estudos, no entanto, nesta forma de abuso, observa-se diferença substancial entre meninos (8%) e meninas (13,4 %) (Stoltenborgh, et al., 2011). As altas prevalências de negligência familiar na infância contrastam com os poucos estudos publicados que buscam descrever a magnitude deste fenômeno (Stoltenborgh, et al., 2013b). A negligência física chegou a quase 40% e a emocional foi a mais prevalente dentre todas as violências estudadas, com quase 80% dos adolescentes expostos. Ademais, destaca-se que cerca de 1/3 da amostra sofreu violência emocional junto com violência comunitária. Estas altas magnitudes da violência também foram observadas para violência comunitária e para o envolvimento em grupos de violência juvenil.

A relevância da violência familiar na infância fica ainda mais evidente ao se constatar que além de consequências físicas (Reichenheim, et al., 1999; Fuller-thomson & Brennenstuhl, 2009; Fuller-Thomson, et al., 2009; Parrish, et al., 2013; Valente, et al., 2015; Afifi, et al., 2016), a violência nessa fase da vida também pode levar a graves repercussões à saúde mental de curto, médio e longo prazos (Avanci, et al., 2007; Norman, et al., 2012; Cecil, et al., 2014; Wan, et al., 2015; Malik & Kaiser, 2016), a problemas no desenvolvimento cognitivo (Hecker, et al., 2016), e ao uso abusivo de álcool e outras drogas (Norman, et al., 2012). Desta forma, é fundamental que as iniciativas de prevenção das violências na família já existentes sejam fortalecidas e ampliadas. Neste esforço conjunto de toda a sociedade, os serviços de saúde têm um importante papel, já que estão em contato com a família desde a concepção ao nascimento da criança e, posteriormente, ao longo de seus primeiros anos de vida. Ações que visem reforçar aspectos positivos da parentalidade, ampliar o conhecimento dos pais sobre as características do crescimento e desenvolvimento infantil em todas as suas fases e apoiar a família como um todo, num exercício contínuo de educar sem violência, são fundamentais.

Como apontado na seção de Resultados, as repercussões dos diferentes tipos de violência contra a criança na ocorrência de VJ variaram de acordo com a natureza do abuso. Enquanto o abuso emocional, a violência sexual e as negligências aumentaram a chance de envolvimento do adolescente em VJ, mesmo na ausência de violência comunitária, a violência física se mostrou fator de risco apenas quando associada à violência comunitária. As magnitudes dos efeitos encontrados também variaram com a natureza da violência. Enquanto a negligência emocional aumentou em 50% a chance de envolvimento em VJ, o abuso emocional aumentou em mais de três vezes este risco e, quando associado à violência comunitária, o risco acumulado deste grupo para o envolvimento em VJ foi cinco vezes maior do que entre crianças não expostas a nenhuma destas violências. Infelizmente, grande parte das pesquisas anteriores sobre o tema estudaram apenas os efeitos da violência física (Dodge, et al., 1990; Markowitz, 2001; Fang & Corso, 2007; Van der Put & Ruiter, 2016; Vidal, et al., 2017); sexual; e negligência (Fang & Corso, 2007; Van der Put & Ruiter, 2016; Vidal, et al., 2017). Desta forma, pouco se sabe a respeito das repercussões do abuso emocional na infância para o envolvimento em violência juvenil em outros cenários de estudo. Os resultados deste estudo são um importante passo para cobrir esta lacuna.

Muitos autores têm descrito que a violência física familiar contra a criança é um dos grandes preditores de comportamento violento na infância e adolescência (Dodge, et al.,

1990; Markowitz, 2001; Fang & Corso, 2007; Maas, et al., 2008; Van der Put & Ruiter, 2016; Vidal, et al., 2017). No entanto, os resultados deste estudo não apoiam totalmente esta hipótese. Como visto anteriormente, a violência física só se mostrou um fator de risco importante para a VJ quando associada à exposição à violência comunitária. Apesar de ocorrer em menor frequência, a violência sexual apresenta repercussões importantes ao desenvolvimento daqueles que a sofrem (Reichenheim, et al., 1999; Krug., et al., 2002; Ellis, et al., 2005). Tais consequências agregam desde aquelas imediatas, tais como infecções sexualmente transmissíveis (Ellis, et al., 2005) e traumas físicos, até transtornos mentais de médio e longo prazo que podem levar à depressão grave e ao suicídio (Reichenheim, et al., 1999; Krug., et al., 2002; Norman, et al., 2012). Os resultados do estudo complementam estas evidências ao incorporar mais um desdobramento destas situações. Ao indicar que a exposição exclusiva à violência sexual já é suficiente para aumentar a predisposição do jovem ao seu envolvimento em VJ, o estudo reforça a ideia de que as consequências da violência são sentidas por toda a sociedade.

Diferentemente de vários estudos anteriores (Fang & Corso, 2007a; Van der Put & Ruiter, 2016b; Van Wert, et al., 2017; Vidal, et al., 2017), esta pesquisa abordou as duas formas de negligência contra criança (emocional e física) em separado. Tal opção metodológica se baseou na hipótese de que os efeitos destas duas manifestações de negligência poderiam ser diferentes em termos do risco para a VJ. De fato, esta hipótese se confirmou. Como visto na seção de Resultados, em cenários sem violência comunitária, crianças vítimas de negligência emocional apresentaram menor risco de envolvimento em VJ quando comparadas àquelas vítimas de negligência física. Este risco aumenta quando o jovem é exposto tanto à negligência emocional quanto à violência comunitária. Já com relação à negligência física, o risco de envolvimento em VJ se manteve estável nos dois cenários. É possível que o menor risco causado pela negligência emocional no envolvimento em VJ, quando comparado à exposição à negligência física, seja decorrente das diferentes repercussões em termos psicológicos que estas duas formas de negligência proporcionam. Estudos anteriores (Hildyard & Wolfe, 2002; Rogsch, et al., 2010; Assaf, et al., 2012; Duprey, et al., 2017) apontam que a negligência emocional aumenta consideravelmente o risco de desenvolvimento de comportamentos internalizantes na infância e adolescência, tais como sintomas depressivos e retraimento social, que limitam o contato social destes adolescentes, dificultando seu envolvimento com grupos em geral e com aqueles que praticam atos de

violência (Hildyard & Wolfe, 2002; Rogsch, et al., 2010; Assaf, et al., 2012; Duprey, et al., 2017).

Por outro lado, indivíduos expostos à negligência física apresentaram riscos de VJ semelhantes, independentemente da exposição à violência comunitária. Este achado reforça a importância de se diferenciar os conceitos de negligência física familiar da negligência infantil decorrente de violência econômica que atinge a família. Segundo a OMS, negligência física familiar exclui os casos nos quais a família não dispõe de recursos para prover o cuidado à criança (Krug., et al., 2002). Já a violência econômica é uma forma de violência coletiva que pode ser cometida pelo Estado. Inclui a negação do acesso a serviços essenciais, por exemplo. Se, por um lado, as duas formas de violência – negligência física e violência econômica, podem apresentar repercussões negativas semelhantes à saúde da criança, no que tange a providência de cuidados essenciais à sua saúde, os efeitos subjetivos podem ser diferentes (Krug., et al., 2002). Em famílias nas quais as crianças são realmente negligenciadas pelos pais, esta forma de violência costuma vir acompanhada de outros atos de violência (Moura, et al., 2008b; Wan, et al., 2015; Thielen, et al., 2016). Por outro lado, famílias com indisponibilidade de recursos para prover os cuidados físicos em consequência de uma violência econômica, podem não vivenciar outras formas de violência familiar (Krug., et al., 2002). Uma meta-regressão realizada a partir do escore de violência familiar na infância, considerando estudos realizados em diferentes partes do mundo, aponta que quanto maior a renda *per capita* do país onde o estudo foi realizado, menor o escore de negligência física encontrada. Esse achado pode indicar a proximidade destes dois fenômenos (Viola, et al., 2016). Infelizmente, nesse estudo, as medidas que foram utilizadas para caracterizar a negligência física na infância não permitem discriminar se se está diante de uma violência familiar ou de uma violência econômica. Esta limitação é comum à maior parte das pesquisas na área (Mata, et al., 2017). É fundamental que estudos futuros tentem dar conta desta lacuna.

A alta prevalência de jovens expostos à violência comunitária estimada neste estudo e a associação deste fenômeno com o envolvimento em VJ encontrada, reforçam achados consistentes na literatura acerca da importância das relações comunitárias na produção de novas violências (Krug., et al., 2002; Fang & Corso, 2007; World Health Organization, 2015). Os adolescentes e jovens são as principais vítimas da violência comunitária. No Brasil, os homicídios são a principal causa de óbitos entre a população de 15 a 29 anos, atingindo, principalmente, negros, do sexo masculino e moradores das periferias das áreas metropolitanas (Waiselfisz, 2014). Mesmo na ausência da violência familiar, observou-se que

a violência comunitária aumentou de duas a quatro vezes a chance do envolvimento do jovem em atos de VJ. Esta associação pode ser entendida pela ausência do poder público no local, o que aumenta a violência comunitária e reduz, ao mesmo tempo, outras perspectivas de vida para estes jovens. De forma complementar, a exposição à violência comunitária na adolescência está associada ao desenvolvimento de diversos transtornos mentais (Lopes, et al., 2015), Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) (Ribeiro, et al., 2013), ansiedade generalizada, depressão (Chen, et al., 2016) e uso abusivo de álcool (Fowler, et al., 2009).

Como apontam estudos que buscam compreender os fatores de riscos para envolvimento do jovem em violência comunitária, é possível que, dentre os aspectos individuais e comportamentais relacionadas a esta trajetória, as questões de saúde mental, desenvolvimento cognitivo e uso abusivo de álcool e drogas tenham papel decisivo para o envolvimento do jovem em violência. (Krug., et al., 2002; McDaniel, 2012; Murray, et al., 2013; World Health Organization, 2014; 2015). Assim, a plausibilidade destes caminhos de reprodução da violência, tanto familiar como comunitária, podem ser conjecturadas a partir da mediação da saúde mental e do uso de álcool. Desta maneira, se fortalece o ciclo da violência, no qual jovens que vivenciam situações de violência comunitária passam a ter estilos de vida de risco com uso de álcool e drogas e desenvolvem traumas e transtornos mentais, que favorecem o seu próprio envolvimento no tráfico e no crime organizado, o que gera mais violência comunitária e assim por diante.

Os resultados deste estudo devem ser vistos à luz de suas limitações e pontos fortes. Uma importante limitação foi o fato de o estudo ser seccional, dificultando a inferência causal nas relações observadas entre a violência comunitária e a VJ. Este estudo postulou que em locais com altos níveis de violência comunitária, os efeitos da violência familiar seriam maiores do que os efeitos em locais com baixos níveis de violência comunitária. No entanto, é possível propor uma outra direcionalidade entre estes dois fenômenos. Também seria plausível que o envolvimento de jovens com grupos de VJ estivesse mediando as relações entre a violência familiar na infância e a violência comunitária. Este modelo alternativo está de acordo com propostas teóricas que discutem os mecanismos do ciclo da violência (Widom, 1989; Dodge, et al., 1990). Estudos longitudinais que acompanhem crianças desde o nascimento até a juventude realizados em diferentes contextos e meios sociais seriam o próximo passo para esclarecer a ordem cronológica destes eventos e propor estratégias de intervenção oportunas e efetivas. Outra perspectiva, ainda, seria a compreensão da violência

juvenil como parte da violência comunitária praticada por jovens (Krug., et al., 2002; World Health Organization, 2014; 2015), o que contraindicaria a separação destes dois constructos.

De certo modo, outra limitação que pode ser destacada é a base escolar da amostra. É possível que adolescentes com maior envolvimento com a violência juvenil e que sejam casos mais graves de violência na infância já não frequentem mais a escola e, por conseguinte, não tenham tido chance de serem selecionados. Certamente, esta seletividade do inquérito de base escolar leva à redução das estimativas de prevalência das diferentes formas de violência, restringindo a capacidade de generalização dos achados ao escopo de adolescentes que frequentam regularmente o Ensino Médio. Outra questão a ser debatida em inquéritos escolares, é a possibilidade de subestimação de questões “politicamente incorretas” e/ou criminalizadas socialmente, como é o caso das diversas formas de violência aqui estudadas, já que os adolescentes poderiam se sentir constrangidos e inseguros para revelar as situações diante da possibilidade das repercussões institucionais negativas destas revelações (Musumeci, et al., 2012a). Para lidar com esta situação, optou-se por utilizar questionários estruturados, previamente adaptados e validados para uso no Brasil, usar estratégias de autopreenchimento ao invés de entrevistas face-a-face, além de utilizar perguntas indiretas que questionavam a participação de amigos na VJ. Tais ações, certamente amenizaram o constrangimento e facilitaram a coleta destas informações.

Outra questão importante a ser debatida é que, assim como na maior parte dos estudos anteriores, este considerou cada uma das violências de forma isolada, como se só existisse a exposição (ou não exposição) àquele tipo de violência. Porém, as diferentes formas de violência familiar na infância dificilmente ocorrem de forma isolada. Em geral, crianças que sofrem violência física também são vítimas de abuso emocional e outras formas de violência (Moura, et al., 2008; Wan, et al., 2015; Thielen, et al., 2016). Para que os próximos estudos avancem neste ponto, seria interessante a utilização de modelos de análise que avaliassem todas as violências em uma mesma modelagem, considerando a possibilidade de mediação de umas pelas outras (violência física mediando as relações entre abuso emocional e violência juvenil, por exemplo). Neste sentido, modelos de equações estruturais e outros seriam bem-vindos (VanderWeele, 2015).

Outra questão a ser explorada em estudos futuros, seria a possibilidade de que as diferentes formas de violência tenham repercussões distintas em termos da propensão à Violência Juvenil entre meninos e meninas. A constatação de que a prevalência das diferentes formas de abuso infantil (Stoltenborgh, et al., 2011; Stoltenborgh, et al., 2013), e de

envolvimento em VJ, difere entre os sexos, instiga este debate (Widom, 1989; Dodge, et al., 1990; Lacourse, et al., 2002; Fang & Corso, 2007; Maas, et al., 2008; Norman, et al., 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2013; World Health Organization, 2014; Waiselfisz, 2015; World Health Organization, 2015; Van Wert, et al., 2017; Vidal, et al., 2017). No nosso modelo, a variável sexo foi analisada como variável de confusão, mas as próximas pesquisas poderiam explorar modelos com esta variável como modificadora de efeito da relação entre violência familiar na infância e envolvimento em Violência Juvenil.

Este estudo também teve seus pontos fortes. Trata-se de uma pesquisa com amostra representativa de uma região da cidade do Rio de Janeiro que contou com a participação de alunos de escolas da rede pública e privada e apresentou heterogeneidade socioeconômica semelhante a outras cidades da América do Sul. Tal variação favorece a generalização dos resultados para a população escolar do Rio de Janeiro e possibilitou o contraste necessário para o estudo proposto. Outro aspecto importante foi a utilização de instrumento de aferição da violência familiar na infância validado para a população brasileira (*CTQ-Quesi*) (Bernstein & Fink, 1998b; Garbin, et al., 2012; Grassi-Oliveira, et al., 2014) e utilizado em muitas pesquisas ao redor do mundo (Viola, et al., 2016). A aferição da exposição à violência comunitária tem sido colocada como limitação em muitas pesquisas anteriores, por ser de difícil aferição empírica, principalmente por se utilizar variáveis ecológicas e não individuais (Fang & Corso, 2007; Fowler, et al., 2009; Melo, et al., 2011; Cecil, et al., 2014; Chen, et al., 2016; DeCou & Lynch, 2017). Esta pesquisa também avançou neste ponto ao propor uma medida individual da violência comunitária. A limitação temporal mencionada anteriormente, já não está presente na apreciação das relações entre a exposição às violências na infância e o desfecho VJ, pois as janelas temporais dos questionários utilizados para capturar estes dois constructos demarcam objetivamente o período de recordatório a ser utilizado pelo respondente. Enquanto que o utilizado para captar as experiências de violência na infância se reportam a atos que tenham ocorrido até os dez anos de idade, as questões sobre VJ são atuais. Desta forma, garante-se que a violência familiar tenha ocorrido antes do envolvimento do adolescente com grupos de violência juvenil.

### **Conclusões**

O presente estudo aponta que, apesar dos vários tipos de violência familiar na infância e da vivência em ambientes com altas taxas de violência comunitária serem fatores de risco independentes para o envolvimento dos adolescentes em grupos de violência juvenil, aqueles expostos às duas formas de violência, familiar e comunitária, apresentam uma vulnerabilidade

muito maior para se envolverem em VJ. Estes achados enfatizam a necessidade de se incorporar políticas de prevenção e combate à violência na infância como estratégia importante para a redução da VJ em áreas com altos índices de violência comunitária. Por outro lado, os resultados encontrados também chamam a atenção para a importância de se considerar a inserção das crianças e de suas famílias em suas comunidades para qualquer programa ou ação que vise à redução da violência na infância. Se por um lado o Brasil pode ser considerado exemplo de legislação para a proteção da criança (Brasil, 1990) e tenha dado 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), ainda há problemas na implementação destas práticas e dificuldade de integração entre os setores da saúde, segurança e educação para o enfrentamento das violências. A vivência de experiências adversas na infância e adolescência, dentre as quais as violências, sejam de cunho íntimo como as violências familiares, sejam de cunho comunitário, estão intensamente relacionadas entre si impondo uma dupla desvantagem às suas vítimas.

**Referências (do artigo)**

- Afifi TO, Macmillan HL, Boyle M, Cheung K, Taillieu T, Turner S. Child abuse and physical health in adulthood. 2016.
- Arya R, Antonisamy B, Kumar S. Sample size estimation in prevalence studies. *Indian J Pediatr* 2012; 79:1482-8.
- Assaf O, Fred A. R, Mandi B, Dante C. Developmental Pathways to Adolescent Cannabis Abuse and Dependence: Child Maltreatment, Emerging Personality, and Internalizing versus Externalizing Psychopathology. *Psychol Addict Behav* 2012; 4:634-644.
- Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007; 23:287-294.
- Bernat DH, Oakes JM, Pettingell SL, Resnick M. Risk and direct protective factors for youth violence: Results from the national longitudinal study of adolescent health. *American Journal of Preventive Medicine* 2012; 43:S57-S66.
- Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report manual San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1998.
- Blitstein JL, Murray DM, Lytle La, Birnbaum AS, Perry CL. Predictors of Violent Behavior in an Early Adolescent Cohort: Similarities and Differences Across Genders. *Health Education & Behavior* 2005; 32:175-194.
- 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. Portaria N° 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.: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2011:2-5.
- Brasil. Lei N°13.010. De 26 de Junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996., 2014.
- Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1979.
- Butchart A, Mikton C, Krug E. Governments must do more to address interpersonal violence. *The Lancet* 2014; 384:2183-2185.

- Cecil CAM, Viding E, Barker ED, Guiney J, McCrory EJ. Double disadvantage: The influence of childhood maltreatment and community violence exposure on adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2014; 55:839-848.
- Centro de Estudo de Segurança e Cidadania. Questionário JUVIPOL - Juventude, Violência e Polícia. Rio de Janeiro, 2012.
- Chen W-Y, Corvo K, Lee Y, Hahm HC. 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* 2016:1-14.
- Chor CD, Chor D, Risso De C, Lima A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1586-1594.
- David-Ferdon C, Vivolo-Kantor, A. M., Dahlberg, L. L., Marshall, K. J., Rainford, N. & Hall, J. E. A Comprehensive Technical Package for the Prevention of Youth Violence and Associated Risk Behaviors. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2016.
- DeCou CR, Lynch SM. Assessing Adult Exposure to Community Violence. *Trauma, Violence, & Abuse* 2017; 18:51-61.
- Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Mechanisms in the Cycle of Violence. *Science* 1990; 250:1678-1683.
- Duprey EB, Oshri A, Caughy MO. Childhood Neglect, Internalizing Symptoms and Adolescent Substance Use: Does the Neighborhood Context Matter? *J Youth Adolesc* 2017; 46:1582-1597.
- Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Archives of disease in childhood* 2005; 90:1297-9.
- Fang X, Corso PS. Child Maltreatment, Youth Violence, and Intimate Partner Violence. *Developmental Relationships. American Journal of Preventive Medicine* 2007; 33:281-290.
- Fowler PJ, Tompsett CJ, Braciszewski JM, Jacques-Tiura AJ, Baltes BB. Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology* 2009; 21:227-259.
- Fuller-thomson E, Brennenstuhl S. Making a Link Between Childhood Physical Abuse and Cancer. *American Cancer Society* 2009:3341-50.
- Fuller-Thomson E, Stefanyk M, Brennenstuhl S. The robust association between childhood physical abuse and osteoarthritis in adulthood: Findings from a representative community sample. *Arthritis Care and Research* 2009; 61:1554-1562.

- Garbin CAS, Queiroz APDdGe, Rovida TAS, Saliba O. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista* 2012; 18:107-118.
- Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. *PLoS ONE* 2014; 9.
- Hecker T, Hermenau K, Salmen C, Teicher M, Elbert T. Harsh discipline relates to internalizing problems and cognitive functioning: findings from a cross-sectional study with school children in Tanzania. *BMC Psychiatry* 2016; 16:1-9.
- Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect* 2002.
- Krug. E, Dahlberg L. L, Mercy A. J, Zwi B. A, Lozano R. World report on violence and health. Genebra: World Health Organization, 2002.
- Lacourse E, Côté S, Nagin DS, Vitaro F, Brendgen M, Tremblay RE. A longitudinal–experimental approach to testing theories of antisocial behavior development. *Development and Psychopathology* 2002; 14:909-924.
- Loeber R, Burke JD. Developmental Pathways in Juvenile Externalizing and Internalizing Problems. *J Res Adolescence* 2011; 21:34-46.
- Lopes CS, Moraes CL, Junger WL, Werneck GL, Ponce de Leon AC, Faerstein E. Direct and indirect exposure to violence and psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2015; 15:109.
- Lumley T. Analysis of complex survey samples. *Journal of Statistical Software* 2004; 9:1-19.
- Lumley T. Survey: analysis of complex survey samples, 2017.
- Maas C, Herrenkohl TI, Sousa C. Review of Research on Child Maltreatment and Violence in Youth. *Trauma, Violence & Abuse* 2008; 9:56-67.
- Malik S, Kaiser A. Impact of emotional maltreatment on self esteem among adolescents. *J Pak Med Assoc* 2016; 66:795-8.
- Markowitz FE. Attitudes and Family Violence: Linking Intergenerational and Cultural Theories. *Journal of Family Violence* 2001; 16:205-218.
- Martino SC, Ellickson PL, Klein DJ, McCaffrey D, Edelen MO. Multiple Trajectories of Physical Aggression among Adolescent Boys and Girls. *Aggressive Behaviour* 2008; 34:61-75.
- Mata NT, da Silveira LMB, Deslandes FS. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 9:2881-2888.
- McDaniel DD. Risk and protective factors associated with gang affiliation among high-risk youth: a public health approach. *Injury Prevention* 2012; 18:253-258.

- Melo MCBd, Barros ÉNd, Almeida AMLGd. A Representação da violência em adolescentes de escolas da rede pública de ensino do Município do Jaboatão dos Guararapes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16:4211-4221.
- Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violências. Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília/DF, 2010.
- Mmari K, Lantos H, Blum RW, Brahmhatt H, Sangowawa A, Yu C, et al. A global study on the influence of neighborhood contextual factors on adolescent health. *Journal of Adolescent Health* 2014; 55:S13-S20.
- Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review* 1993; 100:674-701.
- Moura ATMSd, Moraes CL, Reichenheim ME. Detection of child abuse: missed opportunities in emergency rooms in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos De Saude Publica* 2008; 24:2926-2936.
- Murray J, Cerqueira DRdC, Kahn T. Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggression and Violent Behavior* 2013.
- Musumeci L, Ramos S, Leão de Paris L, Ribeiro E, Alvadia Filho A. JUVENTUDE, VIOLÊNCIA E POLÍCIA Resultados da pesquisa amostral. 2012:45.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine* 2012; 9.
- Parrish C, Surkan PJ, Martins SS, Gattaz WF, Andrade LH, Viana MC. Childhood adversity and adult onset of hypertension and heart disease in São Paulo, Brazil. *Preventing chronic disease* 2013; 10:E205.
- Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4:109-121.
- Reichenheim ME, Souza ERd, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo DSMC. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet* 2011; 377:1962-1975.
- Ribeiro WS, Mari Jde J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 2013; 8:e63545.
- Rogsch FA, Oshri A, Cicchetti D. From child maltreatment to adolescent cannabis abuse and dependence: A developmental cascade mode. *Dev Psychopathol* 2010; 4:883-897.
- Sampaio PF. Violência familiar, práticas educativas parentais e suas repercursões na saúde mental do adolescente Rio de Janeiro: Tese de

- Doutorado. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2015:166.
- Stoltenborgh M, Bakermans- Kranenburg MJ, Alink LRA, Van MH, IJzendoorn. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review* 2015; 24:37-50.
- Stoltenborgh M, Bakermans-kranenburg MJ, Ijzendoorn MHV, Alink LRA. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology* 2013; 48:81-94.
- Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment* 2011; 16:79-101.
- Team RC. R: A language and environment for statistical computing Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2017.
- Thielen FW, Ron H, Pim DG. Long-term economic consequences of child maltreatment : a population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 25:1297-1305.
- United Nations Office on Drugs and Crime. Global Study on Homicide 2013: Trends, contexts, data. Vienna, 2013.
- Valente LA, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, de Souza JF, Losso EM. Domestic violence against children and adolescents: Prevalence of physical injuries in a Southern Brazilian metropolis. *Brazilian Dental Journal* 2015; 26:55-60.
- Van der Put CE, Ruiters Cd. Child maltreatment victimization by type in relation to criminal recidivism in juvenile offenders. *BMC Psychiatry* 2016; 16:24.
- Van Wert M, Mishna F, Trocmé N, Fallon B. Which maltreated children are at greatest risk of aggressive and criminal behavior? An examination of maltreatment dimensions and cumulative risk. *Child Abuse and Neglect* 2017; 69:49-61.
- VanderWeele TJ. *Explanation in Causal Inference: Methods for Mediation and Interaction*. New York, 2015.
- Vidal S, Prince D, Connell CM, Caron CM, Kaufman JS, Tebes JK. Maltreatment, family environment, and social risk factors: Determinants of the child welfare to juvenile justice transition among maltreated children and adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2017; 63:7-18.
- Viola TW, Salum GA, Kluwe-Schiavon B, Sanvicente-Vieira B, Levandowski ML, Grassi-Oliveira R. The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child Abuse and Neglect* 2016; 51:1-11.

- Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2014 - Os Jovens do Brasil. Brasília-DF: Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria nacional da Juventude. Secretaria de Políticas de promoção da Igualdade Racial, 2014.
- Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015. Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) 2015; 1:1-30.
- Wan Y, Chen J, Sun Y, Tao F. Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. 2015:1-15.
- Widom CS. The Cycle of Violence. Science 1989; 244:160-166.
- World Health Organization. Preamble to the Constitution of World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: World Health Organization, 1944.
- 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. Preventing youth violence: an overview of the evidence: World Health Organization, 2015.
- Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalence of physical abuse in childhood and exposure to parental violence in a Brazilian sample. Cadernos De Saude Publica 2009; 25:2467-2479.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado nas seções iniciais, a violência juvenil é um problema de Saúde Pública de difícil enfrentamento em função de suas elevadas magnitudes no Brasil e no mundo e vasta gama de consequências à saúde, não só de suas vítimas diretas, mas de toda a sociedade. Visando ampliar as redes de ação para o enfrentamento do problema, o setor saúde tem sido chamado a se endereçar ao tema, tanto no que se refere ao planejamento de ações para o acolhimento e tratamento de suas vítimas diretas e indiretas, como à investigação de seus fatores de risco, visando a geração de evidências que baseiem ações voltadas à prevenção ou mesmo redução dos níveis de violência juvenil. Da mesma forma, a violência familiar na infância apresenta altas prevalências e graves repercussões à saúde mental e física da criança a curto, médio e longo prazo. Entendendo a violência familiar na infância como vulnerável às políticas públicas de saúde, esta dissertação se debruçou sobre a investigação do processo que leva a violência familiar na infância à VJ a fim de aproximar as ações da saúde e da segurança pública na redução das violências. A partir do levantamento da literatura sobre o tema, observou-se que, apesar das sólidas evidências que indicavam algumas formas de violência familiar contra a criança como fatores de risco para o envolvimento do adolescente e jovem em VJ, algumas lacunas ainda mereciam maior focalização. Este foi o propósito do manuscrito “Violência familiar na infância e violência comunitária letal: dupla desvantagem para o envolvimento do adolescente em violência juvenil”, principal produto desta dissertação.

Neste sentido o artigo contribui com a literatura temática na medida em que incorpora a exploração do papel da violência comunitária nas relações entre violências familiares na infância e o envolvimento em violência juvenil. Como visto, nossos resultados mostraram que as crianças expostas a estas duas formas de violência apresentam maior vulnerabilidade para se envolverem em violência juvenil do que aquelas que cresceram sem nenhuma das duas violências. O estudo também contribuiu aumentando as evidências sobre o tema em países de renda média e com altos índices de violência comunitária. Ainda, poucos estudos analisaram os efeitos do abuso emocional, focando principalmente nas violências físicas, sexuais e negligências. Além dos avanços alcançados, este trabalho também propõe outras barreiras a serem extrapoladas em projetos futuros. Dentre estas, parece bastante interessante que se avalie a possibilidade de mediação dos transtornos mentais e do uso de álcool e drogas

na relação entre violência familiar e violência juvenil; analisar as dimensões da violência familiar na infância na mesma modelagem, entendendo que estes fenômenos não ocorrem de forma isolada e que uma forma de violência familiar pode levar a outras. Do mesmo modo, os resultados obtidos nessa dissertação também fortalecem a necessidade de que novos estudos avaliem o papel da violência comunitária em outras consequências das violências familiares na infância já estabelecidas, como, por exemplo, transtornos de saúde mental, prejuízo no desenvolvimento cognitivo ou violência entre parceiros íntimos.

Além da contribuição em termos dos programas de investigação na área, a dissertação também gerou frutos muito positivos em termos de meu desenvolvimento profissional e acadêmico. Ter podido participar como parte da equipe da pesquisa de fundo “Estupro de vulnerável e outras violências contra adolescentes e jovens do sexo feminino” foi uma experiência inesquecível. Para realização desta dissertação, participei de todo o processo de trabalho de campo que incluiu visita às escolas, treinamento da equipe de entrevistadores, sensibilização dos alunos sorteados e aplicação dos questionários em sala de aula. Também auxiliiei na elaboração do Manual de conferência dos Questionários e do Manual de Digitação e no treinamento da equipe responsável por estas etapas. Após a digitação dos questionários, também pude participar da limpeza e do processamento do banco de dados para criação das variáveis de interesse. Tal experiência se mostrou extremamente enriquecedora uma vez que possibilitou a aprendizagem e a compreensão de todo o processo de pesquisa em Saúde Coletiva, enriquecendo ainda mais minha experiência no mestrado no Instituto de Medicina Social.

Por fim, espera-se que este trabalho tenha contribuído e avançado com a discussão da relação entre violência familiar na infância e o envolvimento em violência juvenil e, com isso, tenha ampliado o diálogo entre o setor saúde e as políticas de segurança. As altas prevalências de violências na infância e de violência juvenil entre os adolescentes escolares indicam que a escola é um espaço crucial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção ou mesmo redução dos níveis destas manifestações de violência. Não se pode perder esta oportunidade. Nesse sentido, visando ao enfrentamento da violência familiar na infância e a redução de suas consequências negativas, dentre estas a violência juvenil, seria fortemente indicado que as escolas desenvolvessem e incorporassem programas efetivos voltados às crianças, adolescentes e suas famílias em suas atividades de rotina durante todo o ciclo escolar.

## REFERÊNCIAS

Afifi TO, Macmillan HL, Boyle M, Cheung K, Taillieu T, Turner S. Child abuse and physical health in adulthood. 2016.

Arya R, Antonisamy B, Kumar S. Sample size estimation in prevalence studies. *Indian J Pediatr* 2012a; 79:1482-8.

Assaf O, Fred A. R, Mandi B, Dante C. Developmental Pathways to Adolescent Cannabis Abuse and Dependence: Child Maltreatment, Emerging Personality, and Internalizing versus Externalizing Psychopathology. *Psychol Addict Behav* 2012; 4:634-644.

Assis SGd, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência e Saúde Coletiva* 2009; 14:349-361.

Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007; 23:287-294.

Bernat DH, Oakes JM, Pettingell SL, Resnick M. Risk and direct protective factors for youth violence: Results from the national longitudinal study of adolescent health. *American Journal of Preventive Medicine* 2012a; 43:S57-S66.

Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report manual* San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1998b.

Beydoun HA, Tamim H, Lincoln AM, Dooley SD, Beydoun MA. Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain. *Social Science and Medicine* 2011; 72:867-873.

Blitstein JL, Murray DM, Lytle La, Birnbaum AS, Perry CL. Predictors of Violent Behavior in an Early Adolescent Cohort: Similarities and Differences Across Genders. *Health Education & Behavior* 2005a; 32:175-194.

Bohoslavsky R. *Orientação Vocacional a estratégia clínica*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

Bowen E, Walker K. Contextualising Violence and Abuse in Adolescent Romantic Relationship. New York: Palgrave Macmillan, 2015:191-191.  
Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940 Brasília-DF, 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 1990a.

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.: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2009.

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.: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2011:2-5.

Brasil. Lei Nº13.010. De 26 de Junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996., 2014.

Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1979.

Butchart A, Mikton C, Krug E. Governments must do more to address interpersonal violence. The Lancet 2014; 384:2183-2185.

Cecil CAM, Viding E, Barker ED, Guiney J, McCrory EJ. Double disadvantage: The influence of childhood maltreatment and community violence exposure on adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2014a; 55:839-848.

Centro de Estudo de Segurança e Cidadania. Questionário JUVIPOL - Juventude, Violência e Polícia. Rio de Janeiro, 2012.

- Chen W-Y, Corvo K, Lee Y, Hahm HC. 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* 2016:1-14.
- Chor CD, Chor D, Risso De C, Lima A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1586-1594.
- David-Ferdon C, Vivolo-Kantor, A. M., Dahlberg, L. L., Marshall, K. J., Rainford, N. & Hall, J. E. A Comprehensive Technical Package for the Prevention of Youth Violence and Associated Risk Behaviors. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2016.
- DeCou CR, Lynch SM. Assessing Adult Exposure to Community Violence. *Trauma, Violence, & Abuse* 2017; 18:51-61.
- Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Mechanisms in the Cycle of Violence. *Science* 1990; 250:1678-1683.
- Duprey EB, Oshri A, Caughy MO. Childhood Neglect, Internalizing Symptoms and Adolescent Substance Use: Does the Neighborhood Context Matter? *J Youth Adolesc* 2017; 46:1582-1597.
- Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Archives of disease in childhood* 2005; 90:1297-9.
- Fang X, Corso PS. Child Maltreatment, Youth Violence, and Intimate Partner Violence. *Developmental Relationships. American Journal of Preventive Medicine* 2007; 33:281-290.
- Fowler PJ, Tompsett CJ, Braciszewski JM, Jacques-Tiura AJ, Baltes BB. Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology* 2009; 21:227-259.
- Fuller-thomson E, Brennenstuhl S. Making a Link Between Childhood Physical Abuse and Cancer. *American Cancer Society* 2009b:3341-50.
- Fuller-Thomson E, Stefanyk M, Brennenstuhl S. The robust association between childhood physical abuse and osteoarthritis in adulthood: Findings from a

representative community sample. *Arthritis Care and Research* 2009; 61:1554-1562.

Garbin CAS, Queiroz APDdGe, Rovida TAS, Saliba O. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista* 2012a; 18:107-118.

Gelles RJ. *Intimate Violence in Families*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1997.

Gough D. Defining the Problem. *Child Abuse and Neglect* 1996; 20:993-1002.

Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. *PLoS ONE* 2014a; 9.

Hecker T, Hermenau K, Salmen C, Teicher M, Elbert T. Harsh discipline relates to internalizing problems and cognitive functioning: findings from a cross-sectional study with school children in Tanzania. *BMC Psychiatry* 2016a; 16:1-9.

Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18:S57-S65.

Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect* 2002.

Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse and Neglect* 2008; 32:797-810.

Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine* 1998; 17:1623–1634.

Jaen-Varas D, Mari JdJ, Coutinho EdS, Andreoli SB, Quintana MI, Mello MFd, et al. A cross-sectional study to compare levels of psychiatric morbidity between young people and adults exposed to violence in a large urban center. *BMC Psychiatry* 2016; 16.

Krug. E, Dahlberg L. L, Mercy A. J, Zwi B. A, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

Lacourse E, Côté S, Nagin DS, Vitaro F, Brendgen M, Tremblay RE. A longitudinal–experimental approach to testing theories of antisocial behavior development. *Development and Psychopathology* 2002; 14:909-924.

Loeber R, Burke JD. Developmental Pathways in Juvenile Externalizing and Internalizing Problems. *J Res Adolescence* 2011a; 21:34-46.

Lopes CS, Moraes CL, Junger WL, Werneck GL, Ponce de Leon AC, Faerstein E. Direct and indirect exposure to violence and psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2015a; 15:109.

Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França -Junior I. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2008; 66:1008-1018.

Lumley T. Analysis of complex survey samples. *Journal of Statistical Software* 2004; 9:1-19.

Lumley T. *Survey: analysis of complex survey samples*, 2017.

Maas C, Herrenkohl TI, Sousa C. Review of Research on Child Maltreatment and Violence in Youth. *Trauma, Violence & Abuse* 2008; 9:56-67.

Malik S, Kaiser A. Impact of emotional maltreatment on self esteem among adolescents. *J Pak Med Assoc* 2016; 66:795-8.

Markowitz FE. Attitudes and Family Violence: Linking Intergenerational and Cultural Theories. *Journal of Family Violence* 2001a; 16:205-218.

Martino SC, Ellickson PL, Klein DJ, McCaffrey D, Edelen MO. Multiple Trajectories of Physical Aggression among Adolescent Boys and Girls. *Aggressive Behaviour* 2008; 34:61-75.

Mata NT, da Silveira LMB, Deslandes FS. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 9:2881-2888.

McDaniel DD. Risk and protective factors associated with gang affiliation among high-risk youth: a public health approach. *Injury Prevention* 2012a; 18:253-258.

Melo MCBd, Barros ÉNd, Almeida AMLGd. A Representação da violência em adolescentes de escolas da rede pública de ensino do Município do Jaboatão dos Guararapes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011a; 16:4211-4221.

Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

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

Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violências. Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília/DF, 2010.

Ministério da Saúde. Portal da Saúde- DATASUS. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01> [Último acesso: 15th July, 2017], 2017.

Mmari K, Lantos H, Blum RW, Brahmhbhatt H, Sangowawa A, Yu C, et al. A global study on the influence of neighborhood contextual factors on adolescent health. *Journal of Adolescent Health* 2014a; 55:S13-S20.

Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review* 1993; 100:674-701.

Moraes CL, Amorim aR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2006; 95:254-60.

Moraes CL, Peres MFT, Reichenheim ME. Epidemiologia das violências interpessoais. In: de Almeida NF, Barreto ML, eds. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA, 2011:527-527.

Moura ATMSd, Moraes CL, Reichenheim ME. Detection of child abuse: missed opportunities in emergency rooms in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008a; 24:2926-2936.

Murray J, Cerqueira DRdC, Kahn T. Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggression and Violent Behavior* 2013.

Musumeci L, Ramos S, Leão de Paris L, Ribeiro E, Alvadia Filho A. JUVENTUDE, VIOLÊNCIA E POLÍCIA Resultados da pesquisa amostral. 2012:45.

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine* 2012; 9.

Parrish C, Surkan PJ, Martins SS, Gattaz WF, Andrade LH, Viana MC. Childhood adversity and adult onset of hypertension and heart disease in São Paulo, Brazil. *Preventing chronic disease* 2013a; 10:E205-E205.

Prefeitura do Rio de Janeiro. Data.Rio - Informações sobre a cidade do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. Disponível: <http://www.data.rio/> [Último acesso: 11/24/2017, 2017], 2017.

Reichenheim ME, De Souza ER, Moraes CL, De Mello Jorge MHP, Da Silva CMFP, De Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet* 2011a; 377:1962-1975.

Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999a; 4:109-121.

Reichenheim ME, Moraes CL, Lopes CS, Lobato G. The role of intimate partner violence and other health-related social factors on postpartum common mental disorders: a survey-based structural equation modeling analysis. *BMC public health* 2014; 14:427-427.

Reichenheim ME, Souza ERd, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo DSMC. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet* 2011b; 377:1962-1975.

Ribeiro WS, Mari JdJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LMP, et al. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 2013b; 8.

Rogsch FA, Oshri A, Cicchetti D. From child maltreatment to adolescent cannabis abuse and dependence: A developmental cascade mode. *Dev Psychopathol* 2010; 4:883-897.

Sadia Malik AK. Impact of emotional maltreatment on self esteem among adolescents. *Journal Of Pakistan Medicaç Associatiom* 2016; 66.

Sampaio PF. Violência familiar, práticas educativas parentais e suas repercursões na saúde mental do adolescente Rio de Janeiro, 2015:166-166.

Stoltenborgh M, Bakermans- Kranenburg MJ, Alink LRA, Van MH, IJzendoorn. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review* 2015; 24:37-50.

Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MHv. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglec. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio* 2013a; 48:345–35.

Stoltenborgh M, Bakermans-kranenburg MJ, Ijzendoorn MHV, Alink LRA. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology* 2013b; 48:81-94.

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment* 2011a; 16:79-101.

Team RC. R: A language and environment for statistical computing Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2017.

Thielen FW, Ron H, Pim DG. Long-term economic consequences of child maltreatment : a population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2016a; 25:1297-1305.

Toth SL, Cicchetti D. A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. *Child Maltreatment* 2013; 18:135-139.

United Nations Office on Drugs and Crime. *Global Study on Homicide 2013: Trends, contexts, data*. Vienna, 2013.

Valente LA, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, de Souza JF, Losso EM. Domestic violence against children and adolescents: Prevalence of physical injuries in a Southern Brazilian metropolis. *Brazilian Dental Journal* 2015a 26:55-60.

Van Der Put CE, Ruiter Cd. Child maltreatment victimization by type in relation to criminal recidivism in juvenile offenders. *BMC Psychiatry* 2016; 16:24-24.

Van Wert M, Mishna F, Trocmé N, Fallon B. Which maltreated children are at greatest risk of aggressive and criminal behavior? An examination of maltreatment dimensions and cumulative risk. *Child Abuse and Neglect* 2017; 69:49-61.

VanderWeele TJ. *Explanation in Causal Inference: Methods for Mediation and Interaction*. New York, 2015.

Vidal S, Prince D, Connell CM, Caron CM, Kaufman JS, Tebes JK. Maltreatment, family environment, and social risk factors: Determinants of the child welfare to juvenile justice transition among maltreated children and adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2017; 63:7-18.

Viola TW, Salum GA, Kluwe-Schiavon B, Sanvicente-Vieira B, Levandowski ML, Grassi-Oliveira R. The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child Abuse and Neglect* 2016; 51:1-11.

Waiselfisz JJ. *Mapa da Violência 2014 - Os Jovens do Brasil*. Brasília-DF: Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria nacional da Juventude. Secretaria de Políticas de promoção da Igualdade Racial, 2014.

Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2015. Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil*. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) 2015; 1:1-30.

Wan Y, Chen J, Sun Y, Tao F. Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. 2015:1-15.

Widom CS. The Cycle of Violence. *Science* 1989; 244:160-166.

Williams LM, Debattista, C., Duchemin, A., Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression : data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Translational Psychiatry* 2016; 6.

World Health Organization. *Preamble to the Constitution of World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York: World Health Organization, 1944.

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

World Health Organization. Adolescent health. Disponível:  
[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/) [Último acesso: 5/6, 2017],  
2017.

Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R.  
Prevalence of physical abuse in childhood and exposure to parental violence in a  
Brazilian sample. *Cadernos De Saude Publica* 2009; 25:2467-2479.

**ANEXO A- Manual de Campo**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde Instituto de Medicina  
Social

**Manual para Pesquisa de Campo**

**Amor e Violência entre Jovens**

2016

## INTRODUÇÃO

A pesquisa Amor e Violência entre Jovens é coordenada pelo Laboratório Interdisciplinar de pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LILAPS) e pelo Instituto de Medicina Social (IMS), ambos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e tem o apoio financeiro da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

O estudo será desenvolvido por equipe multidisciplinar composta por docentes pesquisadores, alunos de cursos de graduação e de pós-graduação e técnicos administrativos da UERJ, além de funcionários do Centro de Avaliação Física e Treinamento (CAFT).

Tem como objetivo principal avaliar a presença de violência física e/ou psicológica durante relacionamentos afetivos de adolescentes de escolas públicas e privadas da IX Região administrativa da cidade do Rio de Janeiro, que abrange os bairros de Vila Isabel, Maracanã, Grajaú e Andaraí. Também serão estudados fatores socioeconômicos e psicossociais que podem contribuir para ocorrência de comportamentos violentos.

Segundo a secretaria de Educação, em 2016, há 1470 alunos matriculados em 20 escolas e 52 turmas, sendo 714 em 5 escolas públicas com aulas diurnas e/ou noturnas, e 756 em 15 escolas privadas com aulas apenas no período do dia. Para este estudo, foram selecionadas 13 escolas que abarcam 26 turmas e cerca de 750 estudantes do segundo ano do Ensino Médio. A coleta de dados constituir-se-á de aplicação de questionários que serão autopreenchidos pelos adolescentes.

A elaboração e pré-teste dos instrumentos, os métodos para sensibilização dos participantes, a seleção e treinamento das equipes para coleta de dados e a contínua supervisão e controle de qualidade das operações deste projeto visam à obtenção de dados científicos válidos e confiáveis, com a máxima cobertura possível da população-alvo e o melhor aproveitamento dos recursos públicos investidos na pesquisa.

A etapa de coleta de dados é fundamental para estudos epidemiológicos como este. Um trabalho de campo sem o cuidado necessário põe por terra todos os esforços conduzidos nas demais etapas da investigação e impossibilita o alcance dos objetivos. Desta forma, o trabalho que será realizado pelo grupo de avaliadores, entrevistadores, coordenadores e supervisores de campo tem papel de grande importância para que a pesquisa tenha sucesso.

A participação no estudo só poderá ocorrer com o consentimento do próprio estudante. Serão realizadas reuniões com as equipes de coordenação das instituições participantes concomitantemente ao desenvolvimento do estudo para discussão e avaliação dos problemas que possam surgir.

Este Manual descreve todos os procedimentos e atitudes a serem adotadas nas diversas etapas do trabalho de campo. Constitui material de leitura e referência permanentes para todos os envolvidos nas várias etapas - coordenadores, supervisores, avaliadores de campo e revisores de questionários. As instruções aqui contidas devem ser seguidas rigorosamente, passo a passo, visando à padronização dos procedimentos. Dúvidas e casos omissos deverão ser esclarecidos com os supervisores e coordenadores. Revisões e acréscimos ao Manual

poderão ocorrer, em caso de necessidade, durante as fases de treinamento e de coleta de dados.

**É IMPORTANTE A LEITURA E O DOMÍNIO DESTE MANUAL. FAÇA DELE O SEU GUIA!**

#### EQUIPE DE PESQUISADORES DE CAMPO

Supervisores – pesquisadores da UERJ – Claudia e Paula.

Coordenadoras – Juliane e Natália.

Avaliadores – equipe do CAFT e alunos de graduação e pós-graduação da UERJ e UFRJ.

Revisores de Questionários – responsáveis pela conferência e controle de qualidade das informações registradas nos questionários. Entrevistadores (revisão 1 a ser feita logo após o término do preenchimento ainda na escola), alunos de Iniciação Científica e aluna de pósgraduação (IMS/UERJ) (revisão 2, após o recebimento do questionário no IMS).

#### Atribuições dos supervisoras e coordenadoras de campo

1. Fazer os contatos com os dirigentes e professores das escolas para organização do cronograma de coleta de dados;
2. Comparecer em cada escola, previamente ao dia da coleta de dados, para definição junto aos dirigentes quanto ao local de coleta e melhores condições de operacionalização das atividades;
3. Participar da etapa de sensibilização, distribuição e recolhimento dos termos de consentimento livre e esclarecido dos responsáveis pelo adolescente (TCLE – Anexo 1) em cada escola;
4. Supervisionar o trabalho de campo em todas as suas etapas;
5. Fazer reuniões esporádicas com a equipe de avaliadores e coordenadores de campo do CAFT para avaliação das atividades que estão sendo desenvolvidas e possíveis alterações  
em função de intercorrências e observações feitas em campo e orientação para possíveis correções nos questionários;

6. Reunir-se esporadicamente com os coordenadores gerais da pesquisa (professores pesquisadores) para comunicar o andamento do trabalho e possíveis intercorrências que exijam replanejamento das atividades;
7. Comunicar, com antecedência, aos coordenadores gerais da pesquisa (professores pesquisadores) sobre a necessidade de reposição de material utilizado em campo.

#### Atribuições da coordenadora de campo UERJ (Juliane)

1. Organizar por ordem alfabética e guardar em envelopes ou pastas, devidamente identificados por turma e escola, os TCLE obtidos;
2. Numerar os questionários com os IDs correspondentes aos nomes na lista de frequência de cada turma. **ATENÇÃO: Cada questionário deve ter um ID único. É este número que identificará o questionário no banco de dados.**
3. Providenciar antes do início do período de trabalho de campo, todo o material necessário para coleta de dados entre estes: envelopes, pastas, clips, canetas, pôster de orientação para aplicação de questionários, cópias de manual e questionários; crachá.
4. Responsabilizar-se pela reposição de material de campo durante todo o processo;

#### Atribuições da coordenadora de campo CAFT (Natalia)

1. Comparecer em cada escola, junto com os supervisores, previamente ao dia da coleta de dados, para definição junto aos dirigentes quanto ao local de coleta e melhores condições de operacionalização das atividades;
2. Participar da etapa de sensibilização, distribuição e recolhimento dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos responsáveis pelo adolescente em cada escola;
3. Organizar todo o cronograma de coleta de dados.
4. Estar presente ao local de coleta de dados, ao menos uma hora antes do horário marcado para início das atividades. Ao chegar ao local de coleta de dados, dirigir-se a pessoa com a qual a coleta de dados foi agendada previamente (diretor ou coordenador de turno);

5. Organizar junto com os avaliadores de campo, em cada dia de coleta de dados, todo o material necessário (equipamentos e material de consumo);
6. Conferir a quantidade e condições dos materiais, tanto no início, quanto no final de cada dia de coleta de dados (fazer *checklist*) e avisar imediatamente aos supervisores responsáveis pela pesquisa em caso de constatação de número insuficiente de material para as próximas coletas de dados;
7. Acompanhar todas as etapas de coleta de dados, orientando e dando suporte aos avaliadores;
8. Responsabilizar-se pela guarda dos questionários durante todo o período de coleta de dados, garantindo que os mesmos estejam nas mãos dos avaliadores na hora e dias marcados para coleta de dados;
9. Registrar no livro de ocorrências, diariamente, os acontecimentos dignos de nota, os procedimentos planejados e os realizados, as intercorrências e os imprevistos, assim como incentivar os avaliadores a registrarem o dia-a-dia do campo.
10. Atualizar a agenda de visitas e coleta de dados da semana e o relatório da pesquisa no Google drive.

## ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

### **1) ORGANIZAÇÃO PRÉVIA AO PRIMEIRO DIA DE COLETA DE DADOS (PRÉ-SENSIBILIZAÇÃO)**

1. Os coordenadores devem fazer contato, ao menos 24 horas antes, com os dirigentes das escolas para relembrar as datas já agendadas para a sensibilização e a coleta de dados. Informar-se sobre os professores que darão aulas nos dias de coleta de dados e fazer contato com os mesmos, também com antecedência, a fim de solicitar a dispensa dos alunos para a coleta de dados.
2. Nas escolas em que haverá participação de mais de uma turma, deverá haver um sorteio para “escolha” das turmas participantes da pesquisa. As turmas participantes deverão estar definidas antes da etapa de sensibilização ocorrer naquela escola.
3. A semana de sensibilização consta de um período durante o qual será apresentada a pesquisa aos estudantes e serão distribuídos os TCLE para os responsáveis pelo adolescente, na semana que antecede o início da coleta de dados.

4. Pegar a lista de frequência com o nome dos alunos das turmas participantes com a coordenação/direção das escolas.

## **2) SENSIBILIZAÇÃO DAS TURMAS**

- 1) A equipe deve chegar com uma hora de antecedência ao ponto de encontro previamente combinado.
- 2) Material a ser levado pela equipe: banner da pesquisa, termos de consentimento dos responsáveis, pasta para recolhimento dos termos que estes retornarem, sinopse da pesquisa, manual do trabalho de campo, crachá, etc.
- 3) Apresentar os objetivos gerais da pesquisa à turma participante, convidar os adolescentes para participação, explicando a intenção de ouvi-los e a importância da contribuição dos resultados para o estabelecimento de políticas públicas. Sempre reforçar a confidencialidade das respostas!
- 4) Entregar os TCLE dos responsáveis para os alunos levarem para casa e trazerem de volta assinados (o recolhimento do termo deve ser combinado com o professor ou coordenador – Deixar pasta na secretária ou com aluno da turma)

## **5) PREPARO PARA COLETA DE DADOS (JULIANE)**

- 1) Separar os questionários por turma e escola e numerá-los no LIPAPS.
- 2) Separar os termos de consentimento dos alunos da turma – levar cópias assinadas pelo pesquisador para deixar com os alunos.
- 3) Separar a lista de frequência das turmas participantes.
- 4) Separar as fichas de controles das perdas.
- 5) Separar os folders
- 6) Disponibilizar o envelope e a pasta já devidamente identificados por escola (com numeração atribuída pela equipe) e turma para recolhimento dos questionários preenchidos.

7) Orientar a equipe de coleta de dados sobre a necessidade de chegar nas escolas cerca de **uma hora** antes do horário marcado para a coleta de dados a fim de preparar o local para as aferições.

#### 8) **COLETA DE DADOS**

1. A coleta de dados consistirá no preenchimento do questionário em sala de aula, de acordo com o cronograma previamente estabelecido para cada escola.
2. Providenciar cadeiras e mesas pequenas para apoio de questionários em cada base de coleta de dados.
3. Os avaliadores devem se apresentar brevemente e lembrar que estão ali para realizar a pesquisa da qual os alunos já têm conhecimento e explicar as instruções do pôster (que já estará afixado). Reforçar que as respostas são individuais e confidenciais.
4. Explicar sobre o TCLE que será entregue, fazendo um resumo geral do termo.
5. Explicar aos alunos que, ao receberem o questionário, devem ler atentamente a apresentação e preencher a parte de identificação na primeira folha.
6. Após estas explicações, os avaliadores devem entregar o TCLE que deverá ser assinado naquele momento e, com aprovação da participação pelo aluno, entregar a seguir o questionário, já com respectivo ID previamente preenchido. Deixar com o aluno uma cópia do TCLE assinada pelo pesquisador.
7. Caso algum aluno não esteja presente, anotar na lista de presença o motivo da falta (saber também se a falta é ocasional ou se o aluno não comparece à escola já há algum tempo).
8. Se houver alguma recusa na hora da aplicação, a ficha de controle de perdas (em ANEXO) deve ser preenchida pelo avaliador, com o motivo da não participação.
9. A ficha de controle de perdas também deve ser preenchida se houver recusa dos pais na participação do adolescente, por meio do retorno do TCLE dos responsáveis indicando a não participação no estudo.
10. Os avaliadores devem ficar circulando na sala para atendimento de possíveis dúvidas individualmente.
11. Depois de cerca de 30 minutos de aplicação, solicitar que **TODOS OS ALUNOS FAÇAM UMA REVISÃO CUIDADOSA DO QUESTIONÁRIO** para ver se não pularam alguma questão por engano.

12. Recolher os questionários em um envelope ou pasta evitando manusear as folhas internas na presença dos alunos.
13. Após a coleta de dados, a equipe deve fazer a checagem completa e atenciosa do preenchimento do questionário em outro espaço dentro da escola. Caso identifique campos faltantes, deixar estes questionários separados, identificando o módulo e a questão faltante a lapis na capa do mesmo.
14. Após a revisão do questionário na escola, marcar no módulo inicial “completo” ou “incompleto”. Preencher o campo “escola” do módulo inicial com a numeração atribuída à escola pela equipe.
15. Deixar os questionários preenchidos no IMS, em pastas identificadas por escola e turma.

#### **9) QUESTIONÁRIO (MÓDULOS) – EM CONSTRUÇÃO**

1. Em caso de dúvida do aluno, reler a pergunta em voz alta para ele e indicar que ele deve marcar de acordo com o que ele entendeu da pergunta. **NÃO TENTAR EXPLICAR COM SUAS PALAVRAS.**

##### Módulo Inicial:

- O ID (número de identificação do aluno) já deve estar preenchido antes da entrega do questionário ao adolescente.

##### Módulo A: Identificação

- Conferir se o questionário está numerado (caso haja algum sem numeração, deixe isto registrado na capa do questionário a lápis. A numeração será feita pelos coordenadores da pesquisa). Registrar o número da escola.

##### Módulo B: Informações Sócio Demográficas

- Nas perguntas sobre religião, marcar apenas uma resposta. Caso haja dúvida do aluno, solicitar que marque a opção mais presente como resposta.
- A questão 4 representa o Critério de Classificação Econômica Brasil de 2015, da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP). No item sobre empregados domésticos, considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que

trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer a de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

#### Módulo C: Família

- Perguntas estruturadas para que conheçamos melhor a estrutura familiar e do domicílio em que o adolescente vive.

#### Módulo D: Memórias da Infância.

- Instrumento QUESI (Questionário sobre Traumas na Infância), que tem como objetivo avaliar situações de violência que o adolescente possa ter sofrido até os 10 anos de idade.

#### Módulo E: Perguntas sobre relacionamentos ao longo da vida

- Perguntas estruturadas sobre relacionamentos afetivos com ou sem compromisso dos adolescentes.

#### Módulo F: Questões sobre relacionamentos nos últimos 12 meses

- Instrumento CADRI (*Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory*), que avalia a presença de violência física, psicológica ou sexual nos relacionamentos amorosos de adolescentes. Notar que o período perguntado se refere aos últimos 12 meses.

#### Módulo G: Sexualidade e Iniciação Sexual

- Perguntas estruturadas sobre sexualidade, iniciação sexual e abuso sexual.

#### Módulo H: Violência Urbana

- Instrumento utilizado na pesquisa JUVIPOL (Juventude, Violência e Polícia), que se propõe a avaliar a violência urbana no local em que o adolescente vive. Notar que algumas perguntas se referem aos últimos 12 meses.

### Módulo I: Uso de substâncias

- Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST), da OMS (Organização Mundial de Saúde). Notar o período de 3 meses das perguntas.
- Alguns nomes populares ou comerciais das drogas:
  - Produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
  - bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)
  - maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
  - cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho) ○ estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA) ○ inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
  - hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
  - alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto) ○ opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

### Módulo J: Questões relacionadas à saúde

- Instrumento GHQ-12 (*General Health Questionnaire*), para triagem de transtornos mentais comuns.

## ANEXOS

ANEXO 1. 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 - Telefone: (021) 2334-2180."

## ANEXO 2. 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 3: FICHA DE CONTROLE DE PERDAS

<b>Universidade Do Estado do Rio de Janeiro</b>	
<b>Pesquisa Amor e Violência Entre Jovens</b>	
1. ID <input type="text"/>	2. Data: <input type="text"/>
3. Nome:	
4. Data de Nascimento: <input type="text"/>	
5. Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	
6. Escola:	7. Turma:
7. Por qual motivo não participou da pesquisa?	
1 <input type="checkbox"/> Não quis participar 2 <input type="checkbox"/> Pais se recusaram 3 <input type="checkbox"/> Faltoso 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____	

<b>Universidade Do Estado do Rio de Janeiro</b>	
<b>Pesquisa Amor e Violência Entre Jovens</b>	
1. ID <input type="text"/>	2. Data: <input type="text"/>
3. Nome:	
4. Data de Nascimento: <input type="text"/>	
5. Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	
6. Escola:	7. Turma:
7. Por qual motivo não participou da pesquisa?	
1 <input type="checkbox"/> Não quis participar 2 <input type="checkbox"/> Pais se recusaram 3 <input type="checkbox"/> Faltoso 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____	

## ANEXO 4: CHECKLIST SENSIBILIZAÇÃO

- texto de apresentação da pesquisa
- pôster com orientações para preenchimento do questionário
- pasta com TCLE para os responsáveis pelo adolescente
- pegar lista de frequência dos alunos das turmas participantes

Confirmar data, horário, nome do prof e da disciplina em que ocorrerá a sensibilização.

Anotar o nome do aluno que ficou responsável pelo recolhimento dos termos de consentimento responsáveis.

#### ANEXO 5: CHECKLIST COLETA DE DADOS

lista de frequência dos alunos das turmas participantes

questionários com ID separados por turma

TCLE dos alunos (duas vias por aluno. Entregar a assinada para o aluno e ficar com a outra)  fichas de controle de perdas

pôster com orientações para preenchimento do questionário

brindes – canetas e caixa

folders com telefones

crachás

canetas azuis

bloco de notas

Envelopes para recolhimento dos questionários preenchidos

Envelopes para recolhimento dos TCLE responsáveis preenchidos

Envelopes para recolhimento dos TCLE alunos preenchidos

## ANEXO B - 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 - Telefone: (021) 2334-2180.”

## ANEXO C- 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 D- 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	Coleta
_ _ _	_ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _		_  completa  _ incompleta
<b>ATENÇÃO</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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.</li> <li>✓ Lembre-se que o questionário é anônimo e que todos os dados serão mantidos em sigilo.</li> <li>✓ Por favor, faça uma revisão cuidadosa antes de entregar o questionário para ver se você não esqueceu de responder nenhuma pergunta.</li> <li>✓ Qualquer dúvida chame o responsável pela aplicação do questionário.</li> </ul>				

**MÓDULO A: IDENTIFICAÇÃO**

1. Idade	_ _	anos completos			
2. Data de nascimento	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _				
3. Sexo: 1	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino			
	2				
4. Endereço:					
5. Bairro:					
6. Celular:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
7. Escola:					
8. Turma:	_ _ _ _ _	10. Turno: 1	<input type="checkbox"/> manhã	2 <input type="checkbox"/> tarde	3 <input type="checkbox"/> noite

**MÓDULO B: INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS**

1. Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para definir a sua cor ou raça? 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Amarela (asiáticos) 5 <input type="checkbox"/> Indígena					
2. Em que religião você foi criada(o)?					
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 _____					
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 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>Nenhum</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 ou mais</b>
d. Máquina de lavar louça	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. Geladeira	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f. 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"/>
g. Máquina de lavar roupa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h. 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"/>
i. Micro-ondas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
j. Motocicleta	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
k. Máquina secadora de roupa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
l. 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 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei / perdi o contato/ não conheci meu pai
<b>ATENÇÃO: Se sua resposta foi “SIM”, pule para a questão 3.</b>
2 Quantos anos você tinha quando seu pai faleceu (ou quando você perdeu contato com seu pai)? <input type="text"/> <input type="text"/> anos
<b>ATENÇÃO: Se você não tem contato com seu pai (ou ele faleceu), pule para questão 6.</b>
3 Qual a idade do seu pai? <input type="text"/> <input type="text"/> anos completos
4 Qual é a ocupação/profissão do seu pai? _____
5 Qual é a escolaridade do seu pai? 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 5 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
16 Você tem filhos? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<b>ATENÇÃO: Se você não tem filhos, pule para questão 18.</b>
17 Que idade você tinha quando teve o primeiro filho? <input type="text"/> <input type="text"/> anos completos
18 Qual o número total de moradores do seu domicílio (incluindo você)? <input type="text"/> <input type="text"/> moradores
19 Quantos cômodos existem no seu domicílio (incluindo banheiro e cozinha)? <input type="text"/> <input type="text"/> cômodos
20 De que material é feito a maior parte do chão da sua casa? 1 <input type="checkbox"/> Cimento 2 <input type="checkbox"/> Madeira tratada/ tacos 3 <input type="checkbox"/> Madeira bruta 4 <input type="checkbox"/> Cerâmica / ladrilho 5 <input type="checkbox"/> Barro/terra/areia
21 Aonde você ou as pessoas que moram com você jogam o lixo? 1 <input type="checkbox"/> Caçamba 2 <input type="checkbox"/> Local aberto ou terreno baldio 3 <input type="checkbox"/> Recolhimento em casa 4 <input type="checkbox"/> Outros: _____
22 A água utilizada na sua casa é proveniente de: 1 <input type="checkbox"/> Rede Geral de distribuição 2 <input type="checkbox"/> Poço ou Nascente 3 <input type="checkbox"/> 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

<b>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.</b>
<b>Complete a frase: <u>Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...</u></b>
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"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	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"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
5	Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
6	Eu tive que usar roupas sujas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
7	Eu me senti amado(a).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
8	Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
9	Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

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

10	Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
11	Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
12	Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
13	As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
14	As pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	vezes	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	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  Nunca    2  Poucas vezes    3  Às vezes    4  Muitas vezes    5  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.**

2 Que idade você tinha quando “ficou” ou teve algum relacionamento amoroso sem compromisso pela primeira vez?

|\_|\_| anos completos

3 Quando você ficou ou teve algum relacionamento sem compromisso com alguém pela primeira vez, essa pessoa

1  Homem    2  Mulher

4 Você já namorou alguém?

1  Sim    2  Não

**ATENÇÃO: Se sua resposta foi “NÃO”, pule para o módulo F.**

5 Que idade você tinha quando namorou a primeira vez? |\_|\_| anos completos

6 Quando você namorou pela primeira vez, essa pessoa era:

1  Homem    2  Mulher

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.

1  Atual namorado(a)

2  Ex-namorado(a) recente (dentro dos últimos três meses)

3  Ex-namorado(a) mais antigo (que namorei há mais de três meses até um ano atrás)

8 Há quanto tempo vocês estão/ficaram juntos? |\_| anos |\_|\_| meses

9 Quantos anos ele(a) tem/tinha? |\_|\_| anos completos

10 Qual é a escolaridade dele(a)?

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 O quanto esse relacionamento é/era importante para você?

1  Não muito importante 2  Tem alguma importância 3  Importante 4  Muito importante

## 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**

### NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...

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	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA

**NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES...**

29 Eu ameacei ele/ela numa tentativa de fazer sexo com ele/ela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
30 Ele/Ela me ameaçou numa tentativa de fazer sexo comigo	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
31 Eu parei de falar até que nós nos acalmássemos	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
32 Ele/Ela parou de falar até que nós nos acalmássemos	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
33 Eu insultei ele/ela com depreciações	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
34 Ele/Ela me insultou com depreciações	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
35 Eu discuti o assunto calmamente	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
36 Ele/Ela discutiu o assunto calmamente	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
37 Eu beijei ele/ela quando ele/ela não queria	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
38 Ele/Ela me beijou quando eu não queria que ele/ela o fizesse	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
39 Eu disse coisas sobre ele/ela aos seus amigos, para virá-los contra ele/ela	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
40 Ele/Ela disse coisas sobre mim aos meus amigos, para virá-los contra mim	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA

41 Eu ridicularizei ou caçoei ele/ela na frente dos outros	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
42 Ele/Ela me ridicularizou ou me caçoou na frente dos outros	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. NUNCA
43 Eu disse a ele/ela o quanto eu estava aborrecida(o)	1. SEMPRE	2. ÀS VEZES	3. RARAMENTE	4. 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? <input type="text"/> <input type="text"/> 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    5 <input type="checkbox"/> Terminou a faculdade
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, madrastra, 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

1 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			
2	Você faz alguma(s) dessas coisas para se proteger da violência ou sentir-	is seguro(a)? <b>Às Vezes</b>	
		<b>Com frequência</b>	<b>Nunca</b>
a.	Evita andar sozinho	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
b.	Não usa certa(s) linha(s) de ônibus	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
c.	Deixa de sair de casa à noite	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
d.	Deixa de ir à escola	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
e.	Deixa de ir a festa(s)	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
f.	Não sai da sua comunidade ou bairro	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
g.	Deixa de frequentar um grupo de amigos	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
h.	Não volta para casa de madrugada	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
i.	Anda de táxi	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
j.	Não passa em área onde há pessoas armadas	1. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
k.	Não passa perto da polícia	1. <input type="checkbox"/>	3. <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? _____			
4	Você já viu de perto o corpo de alguém assassinado(a)? 1 <input type="checkbox"/> Não    2 <input type="checkbox"/> Sim    2.1 Se sim, quantas vezes? <input type="text"/> vez(es)		

5 Você alguma vez já pegou em arma de fogo?

1  Não    2  Sim    2.1 Se sim, quantas vezes?   vez(es)

6 Nos últimos 12 meses, alguma vez **VOCÊ** já sofreu alguma das coisas listadas abaixo?

	Uma vez	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Nunca
a. Alguém feriu você com arma de fogo	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
b. Alguém ameaçou você com arma de fogo	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c. Você mudou de casa por medo ou ameaça de violência	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. Alguém lhe ofereceu drogas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. Você sentiu necessidade de andar armado(a)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f. Você ou algum(a) parente próximo(a) foi ameaçado(a) de morte	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g. Algum(a) desconhecido(a) o(a) agrediu fisicamente (tapa, soco etc.)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h. Algum(a) amigo(a) ou colega seu(sua) o(a) agrediu fisicamente	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
i. Algum membro da sua família o(a) agrediu fisicamente	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

Nos últimos 12 meses, algum(a) **amigo(a) seus (sua) fez alguma das coisas listadas abaixo? [**

**7 NÃO CONSIDERAR AMIGOS POLICIAIS]**

	Uma vez	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Nunca
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"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d. Ameaçou alguém de morte	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e. Assaltou alguém	1. <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"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g. Feriu alguém com arma de fogo	1. <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"/>

8 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?

1  Não    2  Sim, fui assaltado(a) ou tentaram me assaltar    2.1 Quantas vezes?   vez(es)

## MÓDULO I: USO DE SUBSTÂNCIAS

1 Na sua vida, qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)					
	Não	Sim			
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"/>			
2 Durante os <b>três últimos meses</b> , com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?					
	Nunca	1 ou 2 vezes	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
b. bebidas alcoólicas			3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
c. maconha	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>			
d. cocaína, crack	1. <input type="checkbox"/>		3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
e. anfetaminas ou êxtase		2. <input type="checkbox"/>			
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	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)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
j. outras: _____	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
<b>3</b> Durante os <b>três últimos meses</b> , com que frequência você teve um desejo ou urgência de consumir essas substâncias	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Uma vez por mês</b>	<b>Uma vez por semana</b>	<b>Quase todos os dias</b>
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
b. bebidas alcoólicas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
c. maconha	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
d. cocaína, crack		2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
e. anfetaminas ou êxtase					5. <input type="checkbox"/>

f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	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)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
j. outras: _____	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
<b>4</b> Durante os <b>três últimos meses</b> , com que frequência o uso das seguintes substâncias resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Uma vez por mês</b>	<b>Uma vez por semana</b>	<b>Quase todos os dias</b>
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
b. bebidas alcoólicas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
c. maconha	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
d. cocaína, crack	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
e. anfetaminas ou êxtase	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	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)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
j. outras: _____	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

5	Durante os <b>três últimos meses</b> , 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>Uma vez por mês</b>	<b>Uma vez por semana</b>	<b>Quase todos os dias</b>
		a. derivados do tabaco (cigarro comum)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
		b. bebidas alcoólicas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
		c. maconha	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
		d. cocaína, crack	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
		e. anfetaminas ou êxtase	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
		f. inalantes (solvente, cola de sapateiro, tinner)	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)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
		h. alucinógenos (LSD, ácido)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
		i. opióides (heroína, morfina, codeína)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
		j. outras: _____	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <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)	1. <input type="checkbox"/>			2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>		
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. <input type="checkbox"/>			2. <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"/>			2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>		
	1. <input type="checkbox"/>			2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>		

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

7 Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso das seguintes substâncias e não conseguiu?		Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco (cigarro comum)	Não, nunca	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)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
g. hipnóticos/sedativos (tranquilizantes, ansiolíticos, diazepam)	1. <input type="checkbox"/>	2. <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"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
j. outras: _____	1. <input type="checkbox"/>	2. <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

2 ...se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?

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

3 ...sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

1  Mais que de costume    2  O mesmo de sempre    3  Menos que de costume    4  Muito menos que de costume

4 ...sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

1  Mais que de costume    2  O mesmo de sempre    3  Menos útil que de costume    4  Muito menos útil que de costume

5 ...sido capaz de enfrentar seus problemas?

1|\_ Mais que de costume 2|\_ O mesmo de sempre 3|\_ Menos capaz que de costume 4|\_ Muito menos capaz que de costume

6 ...se sentido capaz de tomar decisões?

1|\_ Mais que de costume 2|\_ O mesmo de sempre 3|\_ Menos capaz que de costume 4|\_ Muito menos capaz que de costume

7 ...sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

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

8 ...se sentido feliz de um modo geral?

1|\_ Mais que de costume 2|\_ O mesmo de sempre 3|\_ Menos que de costume 4|\_ Muito menos que de costume

9 ...tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

1|\_ Mais que de costume 2|\_ O mesmo de sempre 3|\_ Menos que de costume 4|\_ Muito menos que de costume

10 ...se sentido triste e deprimido(a)?

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

11 ...perdido a confiança em você mesmo(a)?

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

12 ..se achado uma pessoa sem valor?

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

Digitado em |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Nome do

digitador: \_\_\_\_\_

**Obrigada por sua participação!**

Você gostaria de escrever mais alguma coisa? Se quiser, deixe algum comentário ou sugestão para nós!