



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Paula Florence Sampaio

**Violência familiar, práticas educativas parentais e suas repercussões na
saúde mental do adolescente**

Rio de Janeiro

2015

Paula Florence Sampaio

**Violência familiar, práticas educativas parentais e suas repercussões na saúde mental do
adolescente**

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

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Leite Moraes

Coorientador: Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S228 Sampaio, Paula Florence
Violência familiar : práticas educativas parentais e suas repercussões na saúde mental do adolescente / Paula Florence Sampaio. – 2015.
166 f.

Orientadora: Claudia Leite Moraes.
Coorientador: Michael Eduardo Reichenheim.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Violência familiar - Teses. 2. Saúde mental - Teses. 3. Adolescentes – Teses. 4. Pais e filhos – Educação do adolescente – Teses. I. Moraes, Claudia Leite. II. Reichenheim, Michael Eduardo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 362.7:159.922.8

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

Assinatura

Data

Paula Florence Sampaio

Violência familiar, práticas educativas parentais e suas repercussões na saúde mental do adolescente

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

Aprovada em 11 de fevereiro de 2015.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Claudia Leite Moraes (Orientadora)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof^a. Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof^a. Dra. Claudia de Souza Lopes

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof^a. Dra. Joviana Quintes Avanci

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2015

AGRADECIMENTOS

À Claudia Leite Moraes, minha orientadora, pela compreensão, dedicação e “orientação em velocidade máxima”, em especial nestes últimos meses. Não seria possível sem sua ajuda.

Ao Michael Eduardo Reichenheim, meu co-orientador, também pela compreensão de meu “pleito” e pelas preciosas contribuições a esta pesquisa.

Aos pesquisadores e profissionais participantes da coordenação e trabalho de campo do ELANA, em especial, à professora Glória, Alessandra, Lorena, Bianca, Débora, Milena e Alice. Este é mais um produto de nosso árduo trabalho!

Aos professores e médicos do Departamento de Pediatria da FCM-UERJ, pelo incentivo e apoio a esta jornada e, sobretudo, pela inspiração ao longo de todos esses anos, desde o internato até hoje.

Às amigas do PIEVF, Aline, Marcela, Beatriz, Tatiana e Gabriela, pelo apoio, troca de ideias e bate-papos descontraídos.

Aos colegas de trabalho do Hospital Federal da Lagoa, pela compreensão e apoio, em especial à Maria Regina, minha ex-chefe e atual amiga, e à Ana Luiza, amiga e futura doutora, com a qual compartilhei incessantemente os ônus e bônus desta jornada acadêmica.

Ao meu querido Henrique, pelo amor, carinho, paciência e palavras de incentivo nos momentos difíceis.

Aos meus pais, pelo carinho e por me fazerem acreditar que quase tudo é possível.

RESUMO

SAMPAIO, Paula Florence. Violência familiar, práticas educativas parentais e suas repercussões na saúde mental do adolescente. 2015. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Em todo mundo, 10-20% das crianças e adolescentes passam pela experiência de algum transtorno mental. Neste processo, são implicados diferentes fatores: individuais, familiares e socioeconômicos. Apesar de indivíduos que sofreram violência familiar na infância (VFI) parecerem ter maior risco de desenvolver transtornos mentais comuns (TMC), o tema não é consensual. A ‘boa relação’ entre pais e filhos, por meio das práticas educativas parentais (PEP) positivas, pode funcionar como fator de proteção contra adversidades e VFI. Entretanto, o processo de educação de crianças e adolescentes por seus pais é pouco valorizado em pesquisas de saúde. Esta Tese visa contribuir para este debate com objetivo de investigar se PEP positivas (calor e afeto), que ocorrem concomitantemente às práticas violentas, reduzem a probabilidade de ocorrência de TMC em adolescentes. Fez-se necessário continuar o processo de adaptação transcultural (ATC) do instrumento s-EMBU, que se propõe a aferir PEP. A ATC seguiu modelo universalista, sendo avaliadas primeiramente equivalências conceitual, de itens, semântica e operacional. Para tal, foram feitas revisão da literatura, discussão com especialistas, tradução e retrotradução dos itens. A verificação da equivalência de mensuração se deu pela apreciação da estrutura dimensional do instrumento, por meio de análises fatoriais confirmatórias (AFC) e exploratórias. As relações entre VFI, PEP e TMC foram pesquisadas a partir de abordagem transversal, sendo a população de estudo constituída por 487 alunos de seis escolas da região metropolitana do Rio de Janeiro e participantes do Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA). Para análise de dados, optou-se por regressão linear multivariada, testando-se modificação de efeito das PEP no desenvolvimento de TMC em adolescentes expostos à VFI. Em relação ao s-EMBU, encontraram-se incongruências referentes aos itens da dimensão Superproteção, que culminaram em índices de ajuste de modelo apenas razoáveis na AFC. Todavia, itens que abarcam a dimensão Calor Emocional mapearam de forma adequada o construto subjacente. Todos os tipos de VFI – abuso físico ou emocional e negligência física ou emocional – mostraram-se importantes fatores de risco para presença de TMC em adolescentes, mesmo após ajuste por variáveis socioeconômicas, sociodemográficas e grau de calor emocional

materno ou paterno. O efeito nocivo da negligência física na saúde mental de adolescentes foi maior para aqueles que relataram baixo grau de calor emocional, tanto materno quanto paterno. Esta versão do s-EMBU é recomendada para uso em adolescentes brasileiros, especialmente em relação à dimensão Calor Emocional. Contudo, ajustes ainda são necessários para itens componentes das outras dimensões. Os resultados evidenciam o efeito deletério dos maus tratos na infância na saúde mental de adolescentes, corroborando achados relatados na literatura. Embora se tenha encontrado efeito modificador das PEP positivas apenas nos casos de negligência física, estes resultados sugerem que estas práticas podem funcionar como fatores atenuadores do efeito da VFI no desenvolvimento dos TMC em adolescentes. Mesmo que sejam necessários mais estudos para elucidar o papel da relação entre pais e filhos na proteção à saúde mental, programas de investigação que abrangem efeitos da violência familiar na saúde de adolescentes não devem deixar de considerar as PEP no processo.

Palavras-chave: Violência Familiar. Saúde Mental. Práticas Educativas Parentais. Educação Infantil. Adaptação Transcultural. Adolescentes.

ABSTRACT

SAMPAIO, Paula Florence. Family Violence, parental rearing practices and their repercussions on adolescent's mental health. 2015. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Worldwide, 10-20% of children and adolescents experience mental disorder. Different factors (individual, family and socioeconomic) are involved in this process. Although individuals who have experienced family violence in childhood (FVC) appear to have higher risk of developing common mental disorders (CMD), this issue is not consensual. A 'good relationship' between parents and children, through positive parenting practices (PP), can function as a protective factor against adversities and FVC. However, children and adolescents education by their parents has been undervalued in health researches. This thesis aims to contribute to this debate in order to investigate whether positive PP (warmth and affection), which occurs concurrently to violent practices, reduces the likelihood of CMD in adolescents. Initially, it was required to continue s-EMBU cross-cultural adaptation process (CCA), an instrument proposed to assess PP. CCA followed universalistic model, first being evaluated conceptual, items, semantic and operational equivalences. Process thus included literature review, discussion with experts, and translation and back-translation of items. Appreciation of measurement equivalence evaluated instrument dimensional structure, by confirmatory (CFA) and exploratory factor analysis. Relations between FVC, PP and CMD in adolescence were estimated from cross-sectional approach. Study population consisted of 487 students from six schools in Rio de Janeiro metropolitan region and participants from Project ELANA (Longitudinal Study for Nutritional Adolescent Evaluation). For data analysis, it was chosen multivariate linear regression and also tested PP modifying effects on CMD development in adolescents exposed to FVC. Regarding s-EMBU, some inconsistencies concerning the items of Overprotection dimension were found, which culminated in only reasonable CFA model fit indices. Items that cover Emotional Warmth dimension mapped adequately the underlying construct. All types of FVC - physical or emotional abuse and physical or emotional neglect - were significant for the development of CMD, even after controlling for socioeconomic and demographic variables and maternal or paternal emotional warmth levels. Harmful effects of physical neglect on adolescent mental health were higher for those who reported low levels of emotional warmth, both maternal and paternal. This s-

EMBU version is recommended for Brazilian adolescents, especially in relation to Emotional Warmth dimension. However, adjustments are still needed to component items of the other two dimensions. Results show deleterious effects of childhood maltreatment on adolescent mental health, supporting literature findings. Although it only has been found modifying effect of positive PP in cases of physical neglect, these results suggest these practices may act as attenuators of FVC effect on adolescent mental health. Even if further studies are needed to elucidate the protective role of parents and children relationship in mental health, research programs covering the effects of family violence on adolescent's health should not fail to consider PP as possible modifying or confusion factors in the process.

Keywords: Family Violence. Mental health. Parental Practices. Early Childhood Education. Cross-cultural adaptation. Adolescents.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Contextual de Estilo Parental, adaptado de Darling e Steinberg, 1993	31
Figura 2 – Modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, 1993 ...	50
Figura 3 – Fluxograma de participação e perdas dos adolescentes do ensino fundamental ao longo dos quatro anos de seguimento do Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA). Rio de Janeiro–Brasil, 2010–2013.....	68
Figura 4 – Modelo teórico-operacional das relações entre violência familiar sofrida na infância, práticas educativas parentais e transtornos mentais comuns (TMC) em adolescentes.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Análises psicométricas do instrumento EMBU (81 itens) e de sua versão mais curta, s-EMBU (23 itens) aplicados a adultos	41
Quadro 2 –	Análises psicométricas de versões mais curtas do instrumento EMBU (64 itens e 23 itens (s-EMBU) aplicados a adolescentes	42
Quadro 3 –	Principais etapas para avaliação da equivalência transcultural de instrumentos de aferição	60
Quadro 4 –	Versão em inglês para adultos, tradução consensual e versão final dos itens em português para população alvo adolescente do instrumento s-EMBU	78
Quadro 5 –	Itens da dimensão Superproteção do instrumento s-EMBU que não se comportaram como esperado em Análise Fatorial Exploratória (AFE) em estudos psicométricos anteriores	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise da estrutura dimensional de três fatores do instrumento s-EMBU para adolescentes utilizando Análise de Fatores Confirmatória (AFC) para pai e mãe – cargas fatoriais e erros de mensuração (δ_i) dos itens. Rio de Janeiro, 2013	89
Tabela 2 – Índices de ajuste dos modelos de análises de fatores confirmatória (AFC) e exploratória (AFE) e correlação entre fatores para estrutura dimensional de três fatores do instrumento s-EMBU para adolescentes. Rio de Janeiro, 2013	90
Tabela 3 – Análise da estrutura dimensional de três fatores do instrumento s-EMBU para adolescentes utilizando Análise de Fatores Exploratória (AFE) para pai e mãe – cargas fatoriais e erros de mensuração (δ_i) dos itens. Rio de Janeiro, 2013.....	91
Tabela 4 – Descrição da população de estudo quanto a indicadores sociodemográficos, história de violência familiar na infância e práticas educativas parentais. Rio de Janeiro, 2013.....	110
Tabela 5 – Descrição das medidas do escore GHQ (General Health Questionnaire) na população de estudo e em subgrupos segundo a exposição à violência familiar sofrida na infância e grau de calor emocional materno e paterno. Rio de Janeiro, 2013.....	111
Tabela 6 – Análise de regressão linear múltipla entre os tipos de violência na infância e a ocorrência de sintomas de TMC em adolescentes em função do grau de calor emocional materno. Rio de Janeiro, 2013	112
Tabela 7 – Análise de regressão linear múltipla entre os tipos de violência na infância e a ocorrência de sintomas de TMC em adolescentes em função do grau de calor emocional paterno. Rio de Janeiro, 2013	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
ACP	Análise de componentes principais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AIC	<i>Akaike's Information Criterion</i>
ATC	Adaptação transcultural
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ELANA	Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes
EMBU	<i>Egna Minnen Beträffande Uppfostran</i>
GFI	<i>Goodness of Fit Index</i>
GHQ	General Health Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM	Índice de Modificação
MEEE	Modelagem por equações estruturais exploratórias
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem por Domicílios
QUESI	Questionário sobre traumas na infância
RMSEA	<i>Root Mean Square Error Approximation</i>
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VFI	Violência familiar sofrida na infância
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇA E O ADOLESCENTE.....	17
1.1	Considerações sobre a criança e o adolescente como sujeitos de direitos.....	17
1.2	Alguns conceitos sobre violência familiar contra crianças e adolescentes.....	19
1.3	Magnitude da violência familiar no mundo e no Brasil.....	22
2	ESTILO PARENTAL E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS.....	27
2.1	Discutindo alguns conceitos.....	27
2.2	Consequências dos estilos e práticas educativas parentais na saúde.....	33
2.3	Como aferir as práticas educativas parentais: o instrumento EMBU.....	36
3	SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES.....	44
3.1	Algumas considerações sobre a adolescência.....	44
3.2	Magnitude dos transtornos mentais em adolescentes.....	45
3.3	Fatores determinantes da saúde mental.....	48
4	AS POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE VIOLÊNCIA FAMILIAR, PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS E TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA.....	53
5	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE AFERIÇÃO.....	58
6	JUSTIFICATIVA.....	63
7	OBJETIVOS.....	64
8	MATERIAIS E MÉTODOS.....	65
8.1	Métodos referentes ao estudo de fundo.....	65
8.1.1	<u>Desenho, população de estudo e coleta de dados.....</u>	65
8.1.2	<u>Questões éticas.....</u>	69
8.2	Métodos referentes ao estudo atual.....	69
8.2.1	<u>Desenho e população de estudo.....</u>	69
8.2.2	<u>Modelo teórico-operacional e operacionalização das variáveis.....</u>	69
8.2.3	<u>Análise de Dados.....</u>	73
9	RESULTADOS.....	75
9.1	Artigo 1 (Comunicação Breve).....	75
9.2	Artigo 2.....	82

9.3	Artigo 3	101
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	127
	ANEXO A – Instrumentos de Aferição.....	138
	ANEXO B - Arquivos de output da Análise Multivariada.....	144

INTRODUÇÃO

Esta Tese é um dos produtos do “Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA)”, realizado pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com apoio financeiro da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O objetivo geral do ELANA foi investigar qual o papel dos fatores socioeconômicos e psicossociais na trajetória das medidas antropométricas nos adolescentes. Assim, além de medidas antropométricas como peso, altura, perímetro abdominal e bioimpedância, foram obtidos também, por meio de questionário auto preenchível, informações sobre a ocorrência e evolução de fatores tais como consumo alimentar, prática de atividade física, condições socioeconômicas e psicossociais dos adolescentes. O estudo consistiu no acompanhamento de duas coortes. A primeira se compunha de adolescentes matriculados no 1º ano do ensino médio de seis escolas públicas e particulares da região metropolitana do Rio de Janeiro e foi acompanhada por três anos (2010-2012). A segunda se constituía de alunos que cursavam o sexto ano do ensino fundamental destas escolas, sendo seguida por quatro anos (2010-2013).

Entre os pesquisadores da UERJ que participaram deste estudo, dois deles coordenam o Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF). Este é sediado no Instituto de Medicina Social (IMS) e suas principais atividades de pesquisa envolvem seis vertentes: (1) avaliações de magnitude e caracterização da violência familiar em populações; (2) violência familiar no âmbito dos serviços de saúde; (3) fatores de propensão à violência familiar; (4) estudo das consequências da violência familiar na saúde; (5) desenvolvimento, avaliação e adaptação transcultural de instrumentos de aferição relacionados à violência familiar e domínios afins; (6) desenvolvimento de programas computacionais e aplicação de métodos estatísticos e epidemiológicos especiais.

O presente estudo, inserido no PIEVF, teve como objetivo geral avaliar o papel da violência familiar e das relações entre pais e filhos na saúde mental de adolescentes. Os objetivos específicos englobaram (1) iniciar o processo de adaptação transcultural do instrumento *s(short)*-EMBU para uso em adolescentes, que se propõe a aferir as práticas educativas parentais, (2) investigar se a violência familiar ocorrida na infância é um fator de risco para os Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre adolescentes e (3) investigar se as

práticas educativas parentais são modificadores de efeito nas relações entre violência familiar sofrida na infância e os TMC em adolescentes. Tem-se como hipótese que relações parentais positivas (aquelas que supostamente contribuem para o pleno crescimento e desenvolvimento dos adolescentes) servem como *buffer* no processo, reduzindo os efeitos nocivos da violência familiar, especialmente da violência física menor e da violência psicológica, na saúde mental do adolescente.

O interesse do PIEVF em estudar as práticas educativas parentais decorre do entendimento de que as relações entre pais e filhos são de extrema relevância na saúde da criança e do adolescente. Estas relações fazem parte de um processo complexo que favorece ou não a manutenção da saúde dos indivíduos na infância, adolescência e fase adulta. Como será descrito ao longo da introdução do projeto, estas práticas educativas parentais tanto podem incluir disciplinas duras, englobando aí a ocorrência da violência familiar, como abarcar práticas disciplinares de diálogo, carinho e afeto.

Diversos estudos indicam consequências negativas da violência familiar na saúde mental de crianças e adolescentes, mas ainda não se sabe em que medida estes efeitos são decorrentes da violência física menor e/ou psicológica e se as práticas educativas parentais de carinho e afeto tem alguma interferência nesse processo. A finalidade deste projeto é, portanto, contribuir com o debate e o entendimento da relação entre a violência familiar, práticas educativas parentais de rejeição, superproteção e/ou de afeto e a saúde mental do adolescente.

O texto se divide em seis seções: Introdução, Justificativa, Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados e Considerações finais. A seção de Introdução consiste na revisão bibliográfica acerca dos assuntos centrais da tese e se reparte em cinco subseções teóricas: Violência Familiar contra a Criança e o Adolescente, Estilo Parental e Práticas Educativas Parentais, Saúde Mental da Criança e do Adolescente, As possíveis relações entre violência familiar, práticas educativas parentais positivas e transtornos mentais na infância, adolescência e vida adulta e Adaptação Transcultural de Instrumentos de Aferição.

A primeira subseção se inicia com algumas considerações sobre o adolescente e a criança como sujeitos de direitos, apresentando a seguir definições e conceitos da violência familiar contra a criança e o adolescente e sua magnitude no Brasil e no mundo. A segunda subseção, sobre o estilo e as práticas parentais, abarca seus conceitos, tipologia e consequências na saúde de crianças, adolescentes e adultos. Ao fim desta subseção, apresenta-se o histórico e as propriedades psicométricas do instrumento EMBU, escolhido para aferição das práticas educativas parentais. A terceira subseção, sobre saúde mental da criança e do

adolescente, descreve inicialmente algumas características da fase adolescente, seguindo-se tópicos sobre a magnitude dos transtornos mentais e discutindo-se os fatores determinantes da saúde mental. A quarta subseção traz estudos que apresentam as consequências da violência familiar na saúde mental da criança e do adolescente, além de discutir o possível efeito modificador das práticas educativas parentais de afeto e carinho. Por último, a quinta subseção objetiva apresentar as etapas propostas para o processo de adaptação transcultural (ATC) de instrumentos de aferição.

A seção de Materiais e Métodos descreve desenho, população de estudo, coleta de dados e questões éticas envolvidas no estudo de fundo, sendo, portanto, referente ao Projeto ELANA. A seguir, são descritos modelo teórico, operacionalização das variáveis e a análise de dados referentes ao estudo atual. Na seção de Resultados, são apresentados os três produtos da Tese. O primeiro é a Comunicação Breve publicada nos Cadernos de Saúde Pública, que relata a primeira fase da adaptação transcultural do instrumento s-EMBU e apresenta a primeira versão brasileira do instrumento para adolescentes. O segundo artigo da Tese apresenta os resultados da avaliação da validade dimensional da versão nacional do s-EMBU para adolescentes e será submetido ao *BMC Public Health* após ser traduzido para o inglês. O terceiro artigo, que aborda o tema central da Tese, é uma primeira avaliação para o estudo das repercussões da violência familiar e das práticas educativas parentais na saúde mental de adolescentes.

Seguindo-se aos três artigos, é apresentada a seção de Considerações Finais, com uma breve síntese de todo o processo, a relevância dos temas abordados e os principais resultados da Tese, bem como seus possíveis desdobramentos no âmbito da pesquisa e da linha de cuidado do adolescente.

1 VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

1.1 Considerações sobre a criança e o adolescente como sujeitos de direitos

Historicamente, nem sempre a criança e o adolescente foram reconhecidos como indivíduos em desenvolvimento, em uma fase de vida diferente daqueles considerados adultos. Na Idade Média, crianças logo se misturavam com adultos assim que dispensavam a ajuda das mães ou amas, aproximadamente aos sete anos de idade. Desta forma, a criança tornava-se a companheira natural do adulto. Foi apenas a partir do século XVII, com o reaparecimento da preocupação com a educação, que se passou a admitir que a criança era imatura para a vida, sendo preciso submetê-la a um regime distinto, antes de deixá-la juntar-se aos adultos (Ariès, 2006). A percepção da sociedade na época, baseada em valores religiosos, permitiu que a família não fosse apenas uma instituição do direito privado para transmissão de bens e de seu nome. Esta assumiu uma função moral e espiritual, passando a formar “os corpos e almas” destas crianças. Assim, a família e a escola – que a partir do século XVI ampliou seu recrutamento além de padres letrados – retiraram, juntas, a criança da sociedade dos adultos. Ainda segundo Ariès, a escola confinou a infância, antigamente livre, em um regime disciplinar rigoroso. Da mesma forma, a família e a igreja a privaram da liberdade entre os adultos. Mas, argumenta o autor que esse rigor pelo menos traria um sentimento distinto da antiga indiferença (Ariès, 2006).

Ao longo dos demais séculos, a sociedade caminhou para o reconhecimento dos direitos da criança e do adolescente, mas, apenas em 1989, foi proclamada a Declaração dos Direitos da Criança pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Esta enumera “direitos e liberdades a que faz jus toda e qualquer criança uma vez que a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, precisa de proteção e cuidados especiais, inclusive proteção legal apropriada”. Além disso, aponta-se na Declaração que “a humanidade deve à criança o melhor de seus esforços” (UNICEF, 1989).

No Brasil, modificações nesse sentido, puderam ser notadas após o fim da ditadura militar, com a Constituição de 1988. Porém, apenas em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reconhece tanto a criança como o adolescente como sujeitos de direitos. Segundo este,

a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, (...) assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Brasil, 2007).

Em termos legais, o ECA também estabelece o período cronológico da adolescência, sendo este considerado pela faixa etária compreendida entre 12 e 18 anos (Brasil, 2007). Entretanto, apesar de o ECA condenar qualquer atentado a direitos fundamentais das crianças e adolescentes, tais violações ocorrem em número expressivo, mesmo após vinte anos de sua promulgação. Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), a despeito dos inúmeros avanços e da priorização dada na última década para o fortalecimento das políticas públicas na área, as problemáticas históricas tais como o trabalho infantil, a situação de rua, a forte tendência à institucionalização e a banalização da violência praticada contra crianças e adolescentes, persistem em todo país (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), 2010).

Estas violações perpassam as classes sociais e as disparidades regionais, sendo as mais recorrentes o *bullying*, a pornografia infanto-adolescente na Internet, a morbimortalidade por causas externas, o abuso sexual e a violência familiar, descrita a seguir. Ademais, a universalização não só das políticas protetoras mas também das instancias especializadas e regionalizadas dos sistemas de justiça e de segurança ainda não foi amplamente garantida em todas as regiões do país, demandando a necessidade de maiores investimentos aos grupos de maior vulnerabilidade em função da pobreza, da estigmatização ou da exposição à violência (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), 2010).

Tanto o ECA quanto a Constituição Federal indicam a necessidade de uma política de atenção integral à criança e ao adolescente. Na área da saúde, isso se traduz na priorização do segmento infanto-juvenil na formulação e execução das políticas públicas, um dos princípios citados como norteadores das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2007). Entretanto, a Política Nacional de Atenção Integral de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde (MS) é recente e data de 2010. Esta se constitui de ações e estratégias com a finalidade de promover a saúde, prevenir doenças e agravos e reduzir a mortalidade nesta população. Assim, suas estratégias se baseiam na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva e na prevenção de violência e acidentes. Segundo o MS,

investir na saúde da população de adolescentes e de jovens é custo-efetivo porque garantir a qualidade de vida é garantir também a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo da população jovem, que devem ser considerados como um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país (Brasil, 2010).

Portanto, percebe-se que apesar dos avanços conseguidos desde o marco do ECA, ainda há um longo caminho a ser percorrido até a garantia plena dos direitos de crianças e adolescentes, uma vez que esta necessita de políticas e estratégias de diversos setores do governo e da sociedade. Ainda, segundo o CONANDA, atualmente, estes avanços institucionais coexistem com um cotidiano de negação dos direitos de crianças e adolescentes de crescer e de se desenvolver de forma protegida e saudável. O processo de desenvolvimento do país deve ocorrer em conjunto com o cumprimento dos seus compromissos com a infância e adolescência, a ter início pelo direito humano de crianças e adolescentes de viver em cidades sustentáveis, socialmente inclusivas, com a superação de barreiras de iniquidades e de todas as formas de discriminação, opressão e violência (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), 2010).

1.2 Alguns conceitos sobre violência familiar contra crianças e adolescentes

A violência é um fenômeno social e histórico, presente em toda a experiência da humanidade, que se transforma em problema de saúde pública porque afeta tanto a saúde coletiva quanto a individual. Ainda, exige formulação de políticas específicas e organização de práticas para sua prevenção e tratamento. Sua etiologia é multifatorial e complexa, assim como seu impacto individual e social, que depende da época, local e circunstância em que o evento violento ocorre. Portanto, as manifestações de violência podem ser aprovadas ou desaprovadas, segundo as normas sociais vigentes (Brasil, 2005b). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é definida como:

o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 2002).

Considerando a tipologia proposta pela OMS para classificação da violência, estas podem ser estratificadas em violência dirigida contra si mesmo (auto infligida); violência interpessoal e violência coletiva. As violências interpessoais são classificadas em familiar e comunitária. A violência familiar inclui as várias formas de agressão contra crianças, mulheres, homens e idosos quando estas são perpetradas por algum membro da família (WHO, 2002).

Segundo MS, a violência familiar é definida da seguinte forma:

toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro familiar, incluindo pessoas que passam assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra (Brasil, 2002).

Por muitas vezes, os termos Violência Doméstica e Violência Familiar se confundem na prática e na literatura. No entanto, cabe lembrar que a violência doméstica inclui como perpetradores outros membros que frequentam a casa como, por exemplo, empregados sem função parental, mas que convivem naquele mesmo espaço da família (Brasil, 2002).

Outro ponto controverso entre autores é o uso de determinadas táticas disciplinares pelos pais a fim de educar seus filhos. Como será discutido na seção seguinte, valores e crenças culturais podem justificar aos pais o uso de práticas educativas ou disciplinares mais violentas em alguns países, especialmente se estas não deixam marcas visíveis (Weber *et al.*, 2004). Estas mesmas práticas, aceitas por alguns, podem ser condenáveis em outras sociedades por meio inclusive de legislação própria (Harper *et al.*, 2005). Desta forma, práticas de disciplina da criança ou do adolescente como a palmada ou a punição corporal, geram diferentes reações, dependendo do contexto em que se vive.

Em termos teóricos, a punição corporal é definida como “o uso da força física com intenção de causar dor, mas não lesões ou marcas”. Esta pode ser aplicada em qualquer parte do corpo e alguns autores incluem como exemplos tapas, empurrões, beliscões e bater na criança nas nádegas com algum objeto. A palmada (*spanking*) define-se como um “tapa aplicado com a mão aberta, nas nádegas ou em extremidades do corpo”. Ambas são utilizadas com o propósito de corrigir ou controlar o comportamento da criança e são aceitas por alguns autores como formas de disciplina e não de violência (Straus *et al.*, 1998; Baumrind, 2001; Weber *et al.*, 2004).

Segundo Weber, a justificativa de autores favoráveis a este tipo de punição é que uma palmada ocasional difere em gravidade de um espancamento. Entretanto, a autora lembra que a palmada poderia ser uma parte inicial de uma escala cuja natureza e princípio pertencem a uma mesma categoria que o espancamento, variando apenas em intensidade. E que se esta palmada se tornasse frequente e deixasse marcas, esta se tornaria também uma forma de abuso físico. Dessa forma, não se poderia limitar onde termina a atitude de “bater de leve” e começa a de “dar uma surra”. Assim, a questão da punição física como estratégia disciplinar ultrapassaria questões científicas e cairia em questões éticas, necessitando-se entender quando e por que os pais escolhem este tipo de punição como uma tática disciplinar (Weber *et al.*, 2004).

Entretanto, sabe-se que a prática educativa de punição corporal não é uma variável isolada, ocorrendo em um contexto de diferentes estilos parentais. Se por um lado, uma palmada ocasional por parte de pais competentes e equilibrados, em teoria, não acarretariam maiores consequências, por outro, seria possível escolher outras práticas disciplinares mais positivas, que estimulassem autonomia e ajudassem a criança a estabelecer limites (Weber *et al.*, 2004).

Nesse sentido, percebe-se que este debate apresenta diversos complicadores, tais como a falta de definições claras e o uso indiscriminado na literatura de diferentes termos (palmada, surra, punição corporal), a questão ética que envolve os direitos das crianças e dos adolescentes e a falta de consenso, tanto entre leigos quanto entre especialistas, a respeito dos efeitos a longo prazo da punição corporal ou da palmada (Weber *et al.*, 2004).

Apesar disso, é importante frisar que cada vez mais autores tem se posicionado contra o castigo físico e a palmada, considerando estes como formas de violência contra crianças e adolescentes (Weber *et al.*, 2004; AAP, 2014; AAP, 2015). Para a Academia Americana de Pediatria (AAP), a palmada não deve ser considerada uma tática disciplinar, pois atrapalha a relação de confiança que crianças e adolescentes necessitam para se desenvolver e prosperar, sendo fundamental apresentar aos pais outras formas de lidar com o mau comportamento dos filhos (AAP, 2014; AAP, 2015).

No Brasil, em meados de 2014, foi aprovada a lei nº 13.010, mais conhecida como Lei da Palmada ou Lei Menino Bernardo, em referência a um grave caso de violência familiar que levou um menino de 11 anos à morte. A nova legislação tenta definir o castigo físico e o tratamento cruel ou degradante, mencionados no Art. 18 do ECA. Desta forma, o castigo físico é definido como a “ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em sofrimento físico ou lesão”. O

tratamento cruel ou degradante fica estabelecido como a conduta ou forma cruel de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que os humilhe, ameace gravemente ou os ridicularize (Brasil, 2014).

Ainda, são estipuladas as medidas a serem tomadas aos pais ou a qualquer pessoa encarregada de cuidar de crianças e de adolescentes que utilizarem destas práticas como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto. Estes estarão sujeitos ao encaminhamento a programas de proteção à família, tratamento psicológico ou psiquiátrico e cursos ou programas de orientação, sendo obrigados a encaminhar a criança a tratamento especializado e advertidos. Estas medidas serão aplicadas pelo Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais. A lei também prevê que as esferas executivas do país deverão atuar de forma articulada na elaboração de políticas públicas e na execução de ações destinadas a coibir o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e difundir formas não violentas de educação de crianças e de adolescentes (Brasil, 2014).

Apesar de advogados argumentarem que a nova lei é subjetiva e cabível de interpretações diversas, segundo a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), a lei é oportuna, oferecendo uma mobilização educativa e um alerta à sociedade para que as crianças e adolescentes sejam educados com o máximo de respeito, cuidado e carinho em seus lares. A SDH cita ainda que acredita que a nova legislação irá contribuir a médio e longo prazo para a diminuição da violência nas relações familiares e sociais (Secretaria de Direitos Humanos, 2014).

O próximo tópico descreve a magnitude da violência familiar contra crianças e adolescentes, especialmente em suas formas mais frequentes, porém consideradas por parte da população ‘menores’ ou ‘normais’, como o abuso psicológico e o abuso físico menor. A seguir, a seção de estilos e práticas parentais trará uma análise mais aprofundada acerca das diferentes formas de disciplinar ou socializar os filhos.

1.3 Magnitude da violência familiar no mundo e no Brasil

Como citado anteriormente, a violência contra crianças e adolescentes é um problema global, ocorrendo em todos os países do mundo, geralmente arraigado em práticas culturais, econômicas e sociais. Esta pode ser expressa por meio das seguintes formas: negligência, abuso psicológico, abuso físico e abuso sexual (WHO, 2002).

O estudo multicêntrico *World Studies of Abuse in the Family Environment* (WorldSAFE), realizado em cinco países (Chile, Egito, Índia, Filipinas e Estados Unidos), objetivou mapear e estimar a frequência de métodos disciplinares parentais nos 6 meses antecedentes às entrevistas das mães participantes. Os resultados apontaram para ocorrência do abuso psicológico em todos os países estudados. Apesar de gritar ou berrar com a criança ter sido uma prática comum relatada pelas mães, houve diferenças nestes padrões de abuso entre os países. Nas Filipinas, por exemplo, ainda que nenhuma mãe tenha relatado ter xingado seu filho nos últimos 6 meses, 48% destas já ameaçaram abandoná-los neste período. No Egito, a situação se apresentou de maneira diferente. Cinquenta e um por cento das mães relataram fazer uso de xingamentos contra a criança, porém apenas 10% ameaçaram seu abandono (WHO, 2002)

No que diz respeito ao abuso físico menor (dar tapa ou bofetada na criança), 58% das mães relataram o uso deste tipo de violência na Índia, 13% o fizeram no Chile e 4% nos Estados Unidos. A palmada, método de punição corporal mais “moderado” segundo alguns autores, foi a forma de castigo físico mais relatada nestes países, chegando a 75% nas Filipinas. Quanto ao abuso físico grave (bater na criança com objetos), as incidências variaram entre 4% (Chile e Estados Unidos) e 36% (Índia). A situação no Egito chama atenção, uma vez que 25% das mães relataram terem espancado seus filhos nos últimos 6 meses (WHO, 2002).

Nos Estados Unidos, o relatório *Child Maltreatment* em 2012, apresentou dados sobre abuso infantil e negligência, estimando que 686.000 crianças foram vítimas de maus tratos naquele ano. Destas, 78,3% das vítimas foram negligenciadas, 18,3% foram abusadas fisicamente, 9,3% foram vítimas de abuso sexual, 8,5% de abuso psicológico e 2,3% foram medicamente negligenciadas (Ncands, 2012).

Na Europa, inquérito realizado na Finlândia (n=5.762) e na Dinamarca (n=3.943) com adolescentes estudantes de 12 a 16 anos mostrou que 51% e 42% das meninas e 26% e 32% dos meninos relataram experiências de agressão verbal ou abuso físico nos últimos 12 meses, nos respectivos países. As meninas foram as mais expostas (2x mais na Finlândia) à agressão verbal e violência física menor ou grave. (Peltonen *et al.*, 2010).

No Brasil, em 1989, uma das primeiras pesquisas por amostragem nacional, do IBGE, apontou que o domicílio seria o local mais comum para o acontecimento de agressões físicas na infância e adolescência. Das 200.000 crianças e adolescentes que declararam terem sofrido agressão física, 80% referiram que os agressores eram parentes ou conhecidos (IBGE, 1989).

Em 1999, inquérito investigou 1.600 pessoas com 16 anos ou mais de idade, em dez capitais das cinco regiões brasileiras. Apenas 20% disseram nunca terem apanhado dos pais quando crianças, havendo divergências nos dados entre as capitais, o que mostra hábitos culturais distintos. Moradores de cidades como Porto Velho/RO, Goiânia/GO e Salvador/BA, por exemplo, foram os que mais concordaram com a afirmativa de que “os pais têm o direito de corrigir os filhos como bem entendem” (Gonçalves, 2003).

O último grande estudo de base populacional realizado foi a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2009, que teve como um de seus objetivos investigar a ocorrência de agressão física entre maiores de 10 anos de idade. Foram pesquisadas 399.387 pessoas e 153.837 unidades domiciliares distribuídas por todas as unidades da federação ou estados do Brasil. Os resultados mostraram que 1,6% do total de pessoas de 10 anos ou mais de idade (2,5 milhões) foram vítimas de agressão física, com a maior proporção na faixa etária de 16 a 24 anos de idade (2,2%). Quando se considera adolescentes de 10 a 15 anos, este percentual é de 1,7%. Destaca-se ainda que os agressores eram pessoas conhecidas em 36,2% dos casos e parentes das vítimas em 8,1% (IBGE, 2010b).

Mais recentemente, uma série publicada na Lancet em 2011 sobre “Violências no Brasil” revelou que estudos em relação ao abuso físico contra crianças e adolescentes apontaram para uma prevalência média de período de 15,7% nos últimos quinze anos. Esta é mais baixa do que em países como Índia (36%), Egito (26%) e Filipinas (37%), entretanto bem mais elevada que em outros países da América, como o Chile (4%) e os EUA (4,9%) (Reichenheim *et al.*, 2011).

Alguns estudos regionais ou locais também podem ser citados. No município de São Gonçalo/RJ, um inquérito epidemiológico realizado com 1.685 estudantes de escolas públicas e particulares, em 2002, apontou que quase a metade (48%) dos entrevistados havia sofrido algum tipo de violência psicológica praticada por pessoas significativas, 14,6% haviam sido vítimas de violência física grave perpetrada pelo pai ou pela mãe e 11,8% haviam testemunhado ou vivenciado violência sexual na família (Assis e Avanci, 2004).

No município do RJ, estudo seccional conduzido com 245 indivíduos acompanhantes de crianças em ambulatório de pediatria de um hospital universitário, em 2001, revelou que a disciplina não violenta foi a principal forma de resolução de situações de desobediência por parte da criança (98,9%). Apesar disso, o uso de castigo corporal e de agressão psicológica pela mãe foram referidos por mais de 90% das respondentes. Quando considerado o mau trato físico menor, 24,7% das mães referiram ter batido “com chinelo ou outro objeto duro em região diferente do bumbum”, pelo menos uma vez em seus filhos. A ocorrência de atos

violentos graves por parte da mãe chega a quase 10%. Já aquela por parte do pai foi de 7,9%. Outro dado que chamou atenção foi que 4,5% das respondentes relataram “ter batido muito, sem parar, o máximo que conseguiram” em seus filhos por pelo menos uma vez nos doze meses que precederam a entrevista (Moura e Reichenheim, 2005).

Na cidade de Taubaté, São Paulo, estudo seccional realizado com 1.251 estudantes entre 7 a 11 anos de idade, mostrou que pais ou cuidadores que acreditavam que o castigo físico era educacional foram mais propensos à agressão física de crianças do que aqueles que não o tinham como crença (64.8% vs 42.5%). Além disso, aqueles que batiam em seus filhos com cintos também os subestimavam, sendo incapazes de reconhecer suas qualidades ou habilidades (15.0% vs 6.3%) (Vitolo *et al.*, 2005).

Diante de alguns estudos isolados que já sugeriam ser a violência contra crianças e adolescentes um grave problema de saúde pública, em 1995, a Secretaria Municipal de Saúde do RJ instituiu de forma pioneira a Ficha de Notificação Compulsória para casos suspeitos ou confirmados de maus tratos a crianças e adolescentes. Alguns anos depois, a notificação passou a ser obrigatória em todo o estado do Rio de Janeiro. Em um de seus primeiros levantamentos a partir das fichas de notificação, a Secretaria Estadual de Saúde do RJ apontou que foram registrados 3.103 casos de maus tratos no período de 2000 a 2002 no estado do RJ, sendo a maior parte por negligência e abandono, seguidos das agressões físicas, abuso sexual e abuso psicológico. No que diz respeito às agressões, a mãe apareceu como principal perpetradora em 56,6% dos casos (Oliveira, 2004).

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006 pelo MS, objetiva a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes. A partir das informações registradas por este sistema, foi possível realizar um levantamento das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências realizadas contra crianças menores de 10 anos. Segundo este levantamento, em todo o país, no ano de 2010, foram registradas 73.794 notificações de violência doméstica, sexual e outras violências. Deste total, 17% ocorreram em crianças menores de 10 anos e 25,4% em crianças na faixa etária adolescente (10 a 19 anos). O tipo de violência mais comum entre crianças até 10 anos foi a violência sexual (41,7% das notificações), seguida da violência física (32,5%) e negligência/abandono (30,5%). Os prováveis autores da agressão mais apontados foram a mãe (26,8%) e o pai (20,1%) (Assis *et al.*, 2012).

Embora instituída a notificação compulsória, sabe-se que a cobertura do sistema deixa muito a desejar. A limitação dos dados é ainda maior, pois a subnotificação de casos é diferenciada de acordo com o tipo de violência sofrida e gravidade da situação, havendo uma

maior tendência à subnotificação dos casos de violência psicológica e maior notificação dos casos de violência sexual e negligência. No Brasil, segundo Gonçalves, a decisão de notificar a violência contra criança e adolescente se prende muitas vezes às peculiaridades de cada caso, sendo influenciada por fatores pessoais dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas insuficientes dos serviços (Gonçalves e Ferreira, 2002).

A fim de avaliar a estrutura de notificação de violências em crianças, um estudo transversal realizado no ambulatório de pediatria de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro, por exemplo, comparou achados da busca ativa de casos com a quantidade de crianças encaminhadas ao serviço social deste mesmo hospital, quando havia suspeita ou confirmação de maus tratos pela equipe de saúde. Somente cerca de 11% da provável prevalência no ambulatório foi encaminhado ao serviço social no período de realização do estudo, evidenciando a subnotificação e a fragilidade do sistema de notificação neste serviço (Moura e Reichenheim, 2005).

Após o exposto, nota-se a dimensão da violência familiar contra crianças e adolescentes como grave problema de saúde pública em todo mundo. Ainda que a violência doméstica não contribua significativamente para a mortalidade por causas externas, esta acarreta consequências sérias e duradouras para os indivíduos, as famílias e a sociedade (Reichenheim *et al.*, 2011).

Os maus tratos a crianças e adolescentes têm implicações para saúde destes não só a curto mas também a longo prazo. O estresse vivido por essas crianças e adolescentes pode prejudicar seu desenvolvimento, aumentando a propensão destes em apresentar transtornos mentais, comportamentais e físicos quando adultos. Assim, podem se tornar perpetradores de violência, apresentar depressão, obesidade, comportamentos sexuais de risco e abuso de álcool e drogas (WHO, 2014). As consequências da exposição à violência familiar na saúde mental do indivíduo serão discutidas mais a frente, ao final da introdução.

2 ESTILO PARENTAL E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS

2.1 Discutindo alguns conceitos

Como visto ao decorrer da seção anterior, as estratégias de educação ou de disciplina parental podem englobar tanto atitudes violentas contra crianças e adolescentes – confundindo-se aí com a ocorrência de violência familiar – quanto atitudes de carinho, afeto e superproteção. Sabe-se que a criação de crianças e adolescentes por seus pais envolve diferentes crenças e métodos, sendo influenciada por fatores inerentes aos pais, aos filhos e ao ambiente ou contexto em que vivem (Darling e Steinberg, 1993).

O estilo parental deve ser entendido como um conjunto de atitudes em relação à criança que criam um ambiente emocional no qual os pais se comportam (Darling e Steinberg, 1993). É a forma como os pais lidam com as questões de poder e hierarquia na relação com seus filhos, assim como a maneira de agir frente aos problemas disciplinares e aos conflitos (Hennigen, 1994). Alguns destes comportamentos que compõem o estilo parental são específicos, com objetivos claros e utilizados para lidar diretamente com o comportamento dos filhos (Pacheco *et al.*, 2008). Estes comportamentos mais claros são as práticas educativas parentais e é por meio destas que os pais praticam seus deveres a fim de educar e socializar seus filhos. Diversos autores sugerem que as práticas parentais e o estilo parental estão associados ao desenvolvimento psicológico e comportamental na infância, adolescência e idade adulta (Darling e Steinberg, 1993).

Bowlby assinalou que os bebês são propensos para o contato com um ser humano, e que este não advém apenas da necessidade de satisfação de impulsos por alimentos. O autor propõe a teoria do apego, na qual o relacionamento com a figura de apego, assim como a segurança e o conforto proporcionados por esta, possibilita a formação de uma “base segura”, a partir da qual o indivíduo explora o mundo ao redor. Assim, admite-se que a procura por alimentos na infância e por sexo na fase adulta não são as únicas motivações do indivíduo como postulado por Freud, mas que também há uma motivação interna gerada pelo apego, que é de igual importância para a sobrevivência (Ramires *et al.*, 2009).

Desta forma, Bowlby afirma que é essencial à saúde mental do indivíduo que este tenha a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe ou cuidador durante a infância. E conclui que a privação materna, que ocorre quando estas relações não se dão da

maneira esperada, pode levar à ansiedade, necessidade exagerada de afeto, sentimentos de vingança, culpa e depressão (Bowlby, 1952). As emoções mais intensas nascem então de formação, manutenção, ruptura e renovação de laços afetivos. É a partir deste vínculo emocional entre pais e filhos que se desenvolvem as ligações afetivas subsequentes da criança. Este deve ser, então, o laço afetivo mais forte do indivíduo (Sable, 2011).

Percebe-se que, desde o início do século XX, as relações entre pais e filhos têm sido vistas como de extrema influência no desenvolvimento humano. Porém, foi apenas em 1966 que Baumrind apresentou seu modelo teórico e empírico, que ancorava os estilos parentais nas crenças e convicções dos pais. Para a autora, o grande papel dos pais seria socializar a criança conforme as demandas da sociedade sem que esta perdesse suas características pessoais. Em seu conceito de estilo parental, os valores e crenças de seu papel como pais e a natureza da criança facilmente definiriam padrões de afeto, práticas e valores (Baumrind, 1967; 1971; Darling e Steinberg, 1993).

Por meio de suas pesquisas, a autora analisou a relação entre pais e filhos e descreveu duas importantes dimensões da parentalidade: a responsividade e o controle. A responsividade se refere aos comportamentos parentais de apoio que facilitam a autoafirmação e a individualidade dos filhos. O controle ou exigência diz respeito aos comportamentos dos pais que requerem supervisão, disciplina e esforços para confrontar a criança que desobedece (Baumrind, 1966; Cecconello e Koller, 2000; Mondin, 2008). Para Baumrind, o conceito de controle parental se refere às tentativas de integração da criança na família e na sociedade. Essa integração se dá na medida em que se desperta na criança a necessidade de aprovação de seu comportamento pelos pais, não apenas quando estes são ríspidos ou rígidos por meio do uso de castigos físicos, por exemplo (Baumrind, 1966). Em outras palavras, o controle ou exigência se refere à predisposição dos pais em atuar como socializadores de seus filhos, enquanto a responsividade se refere ao reconhecimento pelos pais da individualidade da criança (Darling e Steinberg, 1993).

Segundo a tipologia de Baumrind, distinguem-se três tipos de estilo parental: permissivo, autoritário e autoritativo. Na década de 80, Maccoby e Martin desmembraram o estilo parental permissivo em duas formas distintas de parentalidade: indulgente e negligente, classificando assim quatro estilos parentais de criação dos filhos (Maccoby e Martin, 1983).

Segundo este modelo, pais autoritativos têm alto nível de exigência, porém também alto nível de responsividade. As regras para os comportamentos dos filhos são consistentes e claras, assim como a comunicação entre pais e filhos. Essas relações se baseiam no respeito mútuo e a conduta dos filhos é monitorada, gratificando-se condutas positivas e

repreendendo-se condutas negativas. Estes pais têm altas expectativas em relação à maturidade e responsabilidade dos filhos, porém são extremamente afetuosos e responsivos às necessidades das crianças, encorajando a tomada de decisões e proporcionando o desenvolvimento de habilidades (Cecconello *et al.*, 2003). Estes pais não baseiam suas decisões em consensos ou no desejo individual da criança, mas também não se colocam como infalíveis ou inspirados divinamente (Baumrind, 1968).

O estilo autoritário engloba altos níveis de controle/exigência e baixa responsividade. O uso da punição como forma de controle comportamental é frequente para que haja respeito e obediência. Nessas relações, não há valorização do diálogo, da autonomia ou das opiniões dos filhos (Cecconello *et al.*, 2003). Diferente dos pais “com autoridade”, citados no parágrafo anterior, pais autoritários tendem a impor muitos limites e esperam obediência da criança sem lhes dar explicações (Maccoby e Martin, 1983; Mondin, 2008).

Os pais indulgentes associam baixo controle e alta responsividade. Não estabelecem regras ou limites e liberam a criança para controlar seu próprio comportamento, sendo muito tolerantes (Maccoby e Martin, 1983). Estes pais provavelmente sentem que serão mais aceitos por seus filhos se permitirem que façam o que desejam. Entretanto, segundo Hart, os pais não devem achar que seus filhos se sentem amados porque podem fazer o que querem. As crianças precisam de limites, que quando demonstrados, também transmitem amor (Hart, 1992).

Por último, pais negligentes são caracterizados por baixos níveis de controle e de responsividade. Não se envolvem na educação dos filhos e não são carinhosos, preocupando-se apenas com suas próprias vidas, agindo como espectadores através da falta de atenção, omissão ou até pela falta de amor (Cecconello *et al.*, 2003).

O estilo parental é definido por Baumrind como uma característica do pai ou da mãe em vez de resultante da relação entre pais e filhos. Entretanto, a autora afirma que o processo de socialização da criança é dinâmico e que determinado estilo parental poderia modificar o quanto a criança está propensa às tentativas de socialização de seus pais. Pais autoritativos, por exemplo, são mais claros quanto à proibição ou o desejo de determinados comportamentos da criança, o que as ajuda a discernir respostas corretas às demandas parentais, o que por conseguinte melhoraria sua habilidade cognitiva. Assim, a autora sugere que a autoritatividade aumenta a efetividade parental ao reforçar características na criança que facilitam aos pais agir como agentes socializadores da própria criança (Darling e Steinberg, 1993).

Por outro lado, Lewis questiona por que o controle externo usado pelos pais autoritativos induziriam à internalização dos valores paternos pelas crianças, quando na verdade algumas teorias sugerem que controles severos deveriam enfraquecer tal internalização. Em sua reinterpretação dos achados de Baumrind, é proposto que não é o alto controle que ajuda a criança a desenvolver independência e autonomia como proposto pela autora inicialmente, mas sim a comunicação recíproca, característica dessas famílias (Lewis, 1981; Darling e Steinberg, 1993). Por exemplo, pais autoritativos que desejam que a criança tenha um bom desempenho escolar, propiciam a racionalização de suas ações e de suas prioridades quando dizem ao filho que estudar irá permitir que este tenha sucesso quando se tornar um adulto (Spera, 2005).

O estilo parental e as práticas educativas parentais estão intimamente relacionados. Como citado no início desta seção, as práticas parentais referem-se a situações cotidianas específicas na relação entre pais e filhos. Portanto, são capazes de expor as estratégias parentais empregadas como ferramentas de socialização e educação de suas crianças. Os pais podem então utilizar-se basicamente de dois tipos de estratégias: coercitivas ou indutivas (Hoffman, 1975; 1994).

Segundo a literatura, práticas educativas coercitivas têm repercussão negativa no ajustamento social, na psicologia infantil e no desempenho escolar de crianças e adolescentes. A punição física, privação de privilégio e afeto ou uso de ameaças fazem com que a criança controle seu comportamento, porém produzem emoções intensas como medo, raiva e ansiedade, que dificultam ainda mais a compreensão da necessidade de mudança de comportamento pela criança. Desta forma, os filhos não internalizam as regras sociais e os padrões morais necessários para o ajustamento psicológico (Baumrind, 1966; Alvarenga e Piccinini, 2001). Além disso, a inconsistência nas práticas disciplinares, não permite que a criança aprenda a conduta moral desejada, mas sim apenas discrimine o humor dos pais que se segue a determinado comportamento (Gomide, 2004).

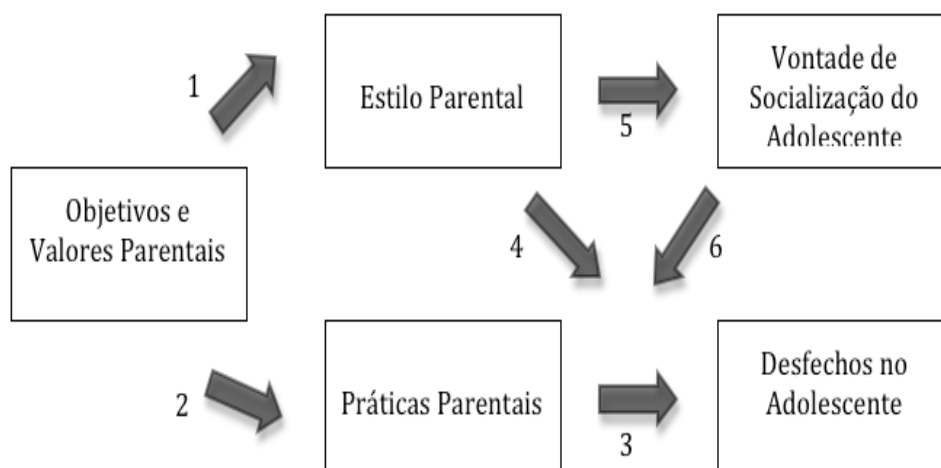
As práticas indutivas ou não coercitivas parecem favorecer o desenvolvimento de autonomia e a internalização desses padrões morais. São o uso tanto de reforçadores positivos como de regras que descrevem consequências naturais dependendo do comportamento da criança. Há negociação e troca, baseadas em explicação convencional e em comando verbal não coercitivo (Hoffman, 1994; Alvarenga e Piccinini, 2001). O aprendizado dos comportamentos sociais se dá inicialmente a partir do modo como os pais educam seus filhos (Sapienza *et al.*, 2009). Quando o uso da disciplina indutiva é sistemático e o estabelecimento

de regras consistente, além do incentivo à autonomia e fortalecimento da autoestima, há menos espaço para os comportamentos impróprios (Mondin, 2008).

Na tentativa de explicar algumas diferenças culturais no padrão de criação dos filhos, Darling e Steinberg propuseram um modelo teórico de parentalidade que leva em consideração o contexto familiar (Figura 1). A literatura tradicional abarcava apenas três características dos pais através das quais o estilo parental influenciaria o desenvolvimento da criança: os valores e crenças dos pais ao socializar a criança, as práticas educativas parentais empregadas por estes e as atitudes que expressam em relação a seus filhos. Entretanto, a proposta das autoras a respeito do modelo contextual de parentalidade também leva em consideração o processo de mediação entre estas características (Darling e Steinberg, 1993).

No modelo sugerido pelas autoras, os objetivos da socialização incluem aquisição de comportamentos e habilidades específicas pela criança (habilidades sociais, sucesso acadêmico, por exemplo), assim como o desenvolvimento de qualidades mais globais (pensamento crítico, independência, espiritualidade, capacidade de vivenciar alegria ou amor, por exemplo). As práticas educativas parentais e estilo parental são os dois atributos da parentalidade influenciados por esses objetivos.

Figura 1 - Modelo Contextual de Estilo Parental, adaptado de Darling e Steinberg, 1993



Legenda: Os objetivos e valores parentais influenciam tanto o estilo parental (seta 1) como as práticas parentais (seta 2). As práticas parentais têm efeito direto em determinados desfechos no desenvolvimento do adolescente (seta 3). Em contraste, o estilo parental afeta o desenvolvimento infantil basicamente pela sua influência na relação entre as práticas parentais e os desfechos no desenvolvimento (seta 4) e também através da influência da abertura/vontade da criança à socialização pelos pais (seta 5). Essa abertura também modera a influência das práticas parentais no desenvolvimento da criança (seta 6).

Segundo as autoras, para entender a influência dos pais no desenvolvimento infantil, os pesquisadores devem manter essa distinção. Como definido no início desta seção, o estilo parental global é expresso parcialmente por meio das práticas educativas parentais. Entretanto, o estilo parental não é simplesmente uma variável distal, mediada pela variável proximal das práticas, pois também engloba outras atitudes sem um objetivo específico, tais como linguagem corporal, mudanças no tom de voz e desatenção quanto ao filho (Darling e Steinberg, 1993).

Tanto o estilo parental como as práticas parentais resultariam de crenças e objetivos dos pais segundo o modelo. As práticas parentais teriam efeito direto no desenvolvimento de determinados comportamentos da criança (desde boas maneiras à mesa ao desenvolvimento acadêmico) e em suas características (aquisição de determinados valores, autoestima elevada). Na verdade, as práticas parentais são os mecanismos pelos quais os pais ajudam seus filhos a atingir seus objetivos de socialização (Darling e Steinberg, 1993).

O estilo parental influencia o desenvolvimento da criança de forma indireta. A capacidade dos pais em socializar a criança pode ser modificada pelo estilo parental, já que dependendo deste estilo, a efetividade das práticas parentais pode ser alterada. As autoras têm como hipótese que o estilo parental modera a influência das práticas parentais de duas formas: (1) transformando a natureza da interação pai-filho e, por conseguinte, modificando esta influência nos desfechos da criança e (2) influenciando a personalidade da criança, especialmente a abertura desta para a influência parental. Em contrapartida, esta abertura para socialização por parte da criança também modera a associação entre as práticas parentais e seus desfechos na criança. O estilo parental deve então ser entendido como um contexto onde ocorre a socialização da criança e não como uma prática de socialização.

Apesar de bastante aceito na literatura, alguns autores fazem críticas ao modelo de Darling e Steinberg. Estes argumentam que as autoras não consideram a bidirecionalidade das relações entre os pais e os filhos. Esta ocorreria na medida em que as crianças também teriam um papel ativo ao influenciar o comportamento de seus pais. Por exemplo, crianças mais ativas, que agem de maneira diferente da esperada pelos pais, de forma frequente e intensa, podem acionar comportamentos ou punições mais rígidas, como castigos físicos, a fim de que os pais consigam manter o equilíbrio destas relações. Por outro lado, crianças menos ativas podem desencadear ações mais intrusivas e exigentes dos pais.

A premissa básica seria de que a criança de temperamento irritado ou desafiador causaria aos pais não qualificados ou inexperientes o uso de disciplina rígida para controlar o comportamento de suas crianças. Essa influência ativa da criança no ambiente aumentaria em

intensidade com o tempo e com sua maior independência, sugerindo que adolescentes exerceriam ainda maior influência no comportamento dos pais (Pardini, 2008). Entretanto, outros autores acreditam que esta influência seria mínima quando comparada às personalidades, estressores contextuais e rede social dos pais. Assim, o comportamento negativo da criança teria um efeito pequeno no comportamento dos pais caso estes tivessem uma rede social de apoio e recursos psicológicos pessoais suficientes para lidar com seu filho (Belsky, 1984; Pardini, 2008).

Em 2008, Pardini revisou cinco estudos longitudinais sobre o relacionamento entre pais e filhos e ajustamento social/ transtornos mentais nas crianças. A autora concluiu que, apesar de variar em termos metodológicos, período estudado, composição demográfica da população e gravidade dos transtornos, há consistência da bidirecionalidade no relacionamento entre pais e filhos (Pardini, 2008).

O modelo teórico de Darling e Steinberg foi pioneiro na tentativa de explicar a relação entre estes dois complexos construtos: estilos e práticas educativas parentais. Como mencionado, as autoras sugerem que não se deve intuir as práticas educativas parentais apenas como uma variável proximal do estilo parental, mas sim como uma parte deste construto mais complexo, que pode englobar também atitudes sem objetivos específicos, como a linguagem corporal e o tom de voz dos pais. Entretanto, parece que, na prática, é bastante difícil separar estes conceitos, tamanha é a interseção entre eles. Na seção seguinte, será notado que por vezes os autores consideram em seus estudos o construto estilo parental e por vezes as práticas educativas parentais. Mas, fica claro que, seja qual for o construto considerado, existem consequências importantes na saúde de crianças, adolescentes e adultos.

2.2 Consequências dos estilos e práticas educativas parentais na saúde

Os primeiros estudos que tentam associar o relacionamento entre pais e filhos e suas consequências na vida da criança dizem respeito ao ajustamento social ou desempenho acadêmico destas. Detectou-se melhor desempenho escolar daqueles que eram criados por meio do estilo parental autoritativo (Steinberg *et al.*, 1989; Steinberg *et al.*, 1992; Paulson *et al.*, 1998). Além disso, pais que fazem uso de práticas educativas positivas e, principalmente de menos abuso físico, permitem que seus filhos tenham melhor rendimento acadêmico (Sapienza *et al.*, 2009).

Entretanto, achados que associam autoritatividade e bom desempenho escolar são inconsistentes entre as diversas culturas, etnias ou classes sociais. É possível que pais de um nível socioeconômico mais baixo tenham objetivos similares àqueles com melhores condições sociais, entretanto esses pais muitas vezes se vêem ocupados com diversos empregos para promover a renda familiar, por exemplo, e podem não ter tempo ou recursos para utilizar práticas educativas que correspondam aos seus objetivos de socialização dos filhos (Spera, 2005). Um dos primeiros estudos de Baumrind indicou que o estilo parental autoritário, apesar de induzir medo e submissão em crianças caucasianas, parecia ser mais assertivo em afrodescendentes (Baumrind, 1972). Dornbusch *et al.* (1987) também não encontraram associação entre pais autoritativos e notas escolares maiores em famílias asiáticas, afrodescendentes ou hispânicas (Dornbusch *et al.*, 1987).

Por outro lado, diversas pesquisas têm mostrado a efetividade do modelo parental autoritativo e das práticas parentais não coercitivas em todo mundo. Em seu estudo longitudinal em 1967, Baumrind sugeriu que crianças pré-escolares criadas por pais autoritativos eram mais maduras, independentes e tinham melhor desenvolvimento social que aquelas de pais não autoritativos (Baumrind, 1967). Outro estudo longitudinal norte-americano que acompanhou mais de 500 famílias evidenciou que pais que oferecem apoio aos seus filhos por meio de ensinamentos proativos, discussões calmas durante conflitos disciplinares, calor emocional e interesse e envolvimento em suas atividades, predispõem-na à melhor interação social e desempenho escolar. Esta associação foi ainda mais evidente nas famílias de classes sociais mais baixas. Além disso, os autores concluem que essas práticas educativas indutivas podem proteger as crianças dos efeitos danosos causados por adversidades familiares (Pettit *et al.*, 1997).

Uma revisão da literatura aponta que adolescentes criados em famílias autoritativas têm demonstrado menor frequência de comportamentos de risco, tais como o uso de álcool e tabaco, início precoce das atividades sexuais, consumo alimentar impróprio e inatividade física, do que aqueles de famílias não autoritativas (Newman *et al.*, 2008). Revisão sistemática a respeito do uso de substâncias por adolescentes e sua associação com estilo ou práticas parentais concluiu que os pais “com autoridade” ou autoritativos, assim como práticas parentais de monitoramento, supervisão, comunicação, suporte e envolvimento, favorecem a menor frequência do uso de álcool, tabaco e drogas. O inverso ocorre com pais negligentes, que por seu tipo de comportamento predispõem o adolescente ao uso dessas substâncias (Paiva e Ronzani, 2009).

Em relação ao uso de álcool, estudo longitudinal mostrou que ter pelo menos um dos pais autoritativos pode reduzir em até 57% a probabilidade de o adolescente beber até ficar completamente bêbado. Os autores sugerem que a influência das práticas parentais da família do adolescente parece promover desfechos favoráveis por meio da construção psicológica de resiliência e bem-estar emocional, em vez de simplesmente modelar comportamentos específicos através dos métodos de disciplina praticados pelos pais. Assim, o adolescente se torna capaz de fazer escolhas benéficas e apresentar comportamentos favoráveis em diversas dimensões (Shakya *et al.*, 2012).

Ademais, algumas pesquisas mostram que a educação autoritária não é a mais positiva nos dias atuais, assim como práticas permissivas não favorecem o desenvolvimento psicológico das crianças e adolescentes (Mondin, 2008; Newman *et al.*, 2008). Filhos de pais autoritários ou negligentes estão mais propensos ao uso de drogas ou álcool, além de comportamentos sexuais de risco (Newman *et al.*, 2008; Benchaya *et al.*, 2011). Estudo transversal associou o apoio emocional de mães também à maior empatia e elevada autoestima em adolescentes. Em contraste, o controle rígido materno associou-se com níveis mais baixos de autoestima e competência social (Laible e Carlo, 2004).

Na China, estudo caso-controle realizado com aproximadamente 300 adolescentes, evidenciou que aqueles filhos de pais intrusivos, punitivos ou que mostrem pouca responsividade/interesse por suas atividades, predispõem o mesmo à adição pela *Internet* (Xiuqin *et al.*, 2010). O estilo parental negligente até os 16 anos de idade também parece favorecer o desenvolvimento de transtornos alimentares em adultos (Jauregui Lobera *et al.*, 2011). Da mesma maneira, apontou-se correlação positiva entre a frequência de transtornos alimentares em adolescentes e pais com estilo autoritário em estudo transversal conduzido em Israel (Enten e Golan, 2009). Em relação ao excesso de peso em adolescentes, o estilo parental materno autoritário também foi associado a maiores Índices de Massa Corporal entre os filhos (Berge *et al.*, 2010).

Em 2012, um estudo longitudinal realizado na Suécia, também examinou o relacionamento entre pais e filhos e o ajustamento social do adolescente, considerando alguns problemas externalizantes (agressividade, delinquência, intoxicação por drogas) e internalizantes (baixa autoestima, depressão). Não se encontrou evidência estatística suficiente para concluir que pais negligentes ou autoritativos são preditores do ajuste social dos adolescentes. O autor sugere que o comportamento adolescente pode prever mudanças no comportamento parental, exceto quando se considera a depressão como desfecho (Kerr *et al.*, 2012).

No Brasil, estudo transversal realizado em Porto Alegre constatou que a qualidade do cuidado parental, especialmente por meio do afeto oferecido pela mãe, foi um preditor significativo para a melhor qualidade de vida na fase adulta, mesmo havendo história de maus tratos pelos pais na infância (Zimmermann *et al.*, 2008). Outra pesquisa realizada em Porto Alegre, do tipo caso-controle, revelou que o estilo parental autoritário, indulgente ou negligente das mães aumenta em três vezes a chance de o adolescente usar drogas (Benchaya *et al.*, 2011).

Em Minas Gerais, estudo transversal sugeriu que mães autoritativas reduzem as chances do uso de álcool em adolescentes. Entretanto, o estilo autoritário materno também se mostrou protetor no que diz respeito ao *binge drinking* (beber com maior risco em um curto espaço de tempo), o que indica diferenças culturais na relação entre pais e filhos. Segundo os autores, é possível que na cultura latina ainda se aceite positivamente o modelo autoritário, diferente do que ocorre nas culturas anglo-saxônicas, onde se rejeita este modelo parental (Paiva *et al.*, 2012).

Como visto, nota-se que existem diversas consequências ao desenvolvimento psicossocial do indivíduo advindas da relação entre pais e filhos. Estas são permeadas por interações complexas entre o sujeito em desenvolvimento e o contexto familiar, social e cultural em que vive, variando desde práticas disciplinares mais rígidas até a maior oferta de afeto e autonomia, especialmente no que tange o adolescente.

2.3 Como aferir as práticas educativas parentais: o instrumento EMBU

Existem diversos instrumentos estruturados que objetivam captar o complexo construto que é a relação entre pais e filhos e seus consequentes métodos de criação. Como visto anteriormente, pode-se aferir o estilo parental e/ou as práticas educativas parentais no contexto familiar. Estes instrumentos podem ser aplicados aos pais, aos filhos ou a ambos.

Em uma breve pesquisa na base *Pubmed*, dentre os instrumentos mais utilizados em pesquisas epidemiológicas, encontrou-se o instrumento EMBU, utilizado em diversos países para aferição do relacionamento entre pais e filhos, sob a perspectiva de crianças ou adolescentes. Como será exposto ao longo desta seção, este instrumento vem sendo utilizado em diversos países e parece apresentar propriedades psicométricas consistentes, sugerindo sua transculturalidade.

O EMBU (*Egna Minnen Beträffande Uppfostran* – “*My Memories of Upbringing*”) é um instrumento originado na Suécia, em 1980, composto por 81 itens escolhidos com base na literatura subjacente, respondidos pelo indivíduo adulto a respeito de suas “memórias de criação na infância e adolescência”. Sua proposta original contempla quatro opções de respostas, em uma escala do tipo *Likert* (Não, nunca; Sim, às vezes; Sim, frequentemente e Sim, quase sempre). As questões são respondidas pelo indivíduo adulto a respeito das formas de criação do pai e da mãe separadamente (Perris *et al.*, 1980).

O instrumento foi traduzido para diversos idiomas, sendo utilizado em diferentes países, como Austrália (Ross *et al.*, 1982), Estados Unidos (Huang *et al.*, 1996), Japão (Huang *et al.*, 1996; Someya *et al.*, 1999), Espanha (Arrindell *et al.*, 2005; Aluja *et al.*, 2006a), Portugal (Canavarro, 1996), Holanda (Arrindell *et al.*, 1983), Hungria, Guatemala, Grécia, Itália (Arrindell *et al.*, 1999), Alemanha (Arrindell *et al.*, 2001), Venezuela (Arrindell *et al.*, 2005), China (Li *et al.*, 2012) e Brasil (Gorayeb, 1988; Kobarg *et al.*, 2010).

Inicialmente suas avaliações psicométricas ocorreram por meio de análise de componentes principais (ACP), mostrando uma estrutura dimensional de quatorze subescalas (Perris *et al.*, 1980; Ross *et al.*, 1983). Entretanto, análises de fatores principais posteriores demonstraram uma estrutura fatorial formada por 4 fatores: (1) Rejeição, (2) Superproteção, (3) Calor Emocional e (4) Favorecimento de Indivíduo (Arrindell *et al.*, 1983; Someya *et al.*, 1999).

Estudos psicométricos transculturais subsequentes refutam a proposta de 4 fatores e sugerem uma solução de três fatores envolvendo apenas as dimensões Rejeição, Superproteção e Calor Emocional. Segundo os autores, o fator “favorecimento de indivíduo” se mostra instável e de baixa consistência em diversos países (Arrindell *et al.*, 1999; Arrindell *et al.*, 2001; Arrindell *et al.*, 2005; Aluja *et al.*, 2006a).

A dimensão denominada Rejeição compreende itens que descrevem sentimentos negativos e hostis dos pais em relação às crianças, tais como castigos físicos e punições, rejeição do sujeito como indivíduo e falta de consideração pelo mesmo. A dimensão de Superproteção reúne itens que abarcam comportamentos dos pais que indicam uma proteção excessiva e desmedida com os filhos, com alto grau de intrusão/controle sobre suas vidas e grande expectativa quanto à realização de atividades pelo filho, principalmente em áreas como bons modos, atividades escolares e imposição de regras estritas. A de Calor Emocional congrega itens que se reportam a manifestações de carinho e atenção tais como quando os pais levam em conta os pontos de vista dos filhos, ajudam-no com atividades importantes ou quando têm problemas; e quando proporcionam estímulo intelectual e inspiram confiança. A

dimensão de Favorecimento do Indivíduo é composta por itens que envolvem a percepção de favorecimento próprio ou de seus irmãos na criação pelos pais. (Zimmermann *et al.*, 2008; Kobarg *et al.*, 2010).

A fim de facilitar seu uso em pesquisas com questionários multidimensionais mais longos, alguns autores fizeram avaliações psicométricas de versões mais curtas do instrumento (Canavarro, 1996; Arrindell *et al.*, 1999; Aluja *et al.*, 2006a; Petrowski *et al.*, 2009; Kobarg *et al.*, 2010). A mais amplamente utilizada foi a versão de 23 itens, denominada de *s(short)*-EMBU de Arrindell *et al.*, publicada em 1999. Autores alemães apresentaram outra versão com 24 itens, que não a mesma de Arrindell, denominada FEE e sugerem versão ainda mais curta (US-FEE), com apenas 6 itens em estudo psicométrico subsequente (Petrowski *et al.*, 2009; Petrowski *et al.*, 2012).

A versão mais curta *s*-EMBU foi também submetida a validações externas, que objetivavam mostrar as correlações negativas ou positivas com outras escalas. Estas seriam representantes empíricos de constructos teóricos supostamente associados às características dos relacionamentos entre pais e filhos. As subescalas do EMBU são relacionadas, por exemplo, com escalas de aferição de autoestima (Rosenberg) e com a de personalidades neurótica e de extroversão (EPQR-A). Como esperado, Rejeição e Superproteção pelos pais foram correlacionadas positivamente com neuroticismo e negativamente com alta autoestima e extroversão. O oposto ocorre com a subescala calor emocional, correlacionada positivamente com alta autoestima e extroversão (Arrindell *et al.*, 1999; Arrindell *et al.*, 2005).

De um modo geral, como mostrado no Quadro 1, percebe-se que o instrumento apresenta boas propriedades psicométricas em diferentes países. Nota-se que apenas a partir de 1999, foram realizadas análises de fatores confirmatórias (AFC) e exploratórias (AFE), sendo identificadas estruturas dimensionais de apenas 3 fatores em todos os estudos que seguiram estes tipos de análise.

Em geral, foram encontrados *alpha* de *Cronbach* satisfatórios para as dimensões abarcadas pelo instrumento. Entretanto, nota-se que a dimensão Superproteção apresentou um pior desempenho no que diz respeito à consistência interna em comparação às outras dimensões. Alguns estudos que realizaram uma análise do tipo AFE têm mostrado que certos itens desta dimensão têm apresentado cargas fatoriais cruzadas ou mais relevantes nos fatores Calor Emocional e Rejeição.

No Brasil, o EMBU foi traduzido e adaptado por Gorayeb em 1988. Além desta versão, existem mais três versões em português do *s*-EMBU para adultos, sendo duas

brasileiras e uma portuguesa. Encontra-se na literatura uso recente das versões de Zimmermann *et al.* (adaptada de Gorayeb) e de Kobarg *et al.* (adaptada da versão portuguesa de Canavarro *et al.*) (Gorayeb, 1988; Canavarro, 1996; Zimmermann *et al.*, 2008; Kobarg *et al.*, 2010).

Apenas recentemente foram apresentadas avaliações psicométricas da versão mais curta do EMBU (s-EMBU - 23 itens) em nosso país (Kobarg *et al.*, 2010). Neste estudo, os autores referem ter se baseado na versão portuguesa do instrumento (Canavarro, 1996) para a construção da versão a ser usada no Brasil. Entretanto, tanto na análise psicométrica de Kobarg *et al.* como na da versão portuguesa de Canavarro *et al.* foram apresentados *alpha* de Cronbach para escala global, sem especificação por dimensão, como é usualmente recomendado. Ainda, no estudo brasileiro recente, o *alpha* de 0,75 apresentado foi calculado após a retirada de dois itens com carga fatorial insuficiente, desconfigurando-se a estrutura original do instrumento (Kobarg *et al.*, 2010).

Outro aspecto importante da historiografia deste instrumento diz respeito às suas adaptações para utilização com adolescentes. A versão ‘adulta’ do EMBU pôde ser adaptada para esta faixa etária apenas por meio de pequenas adaptações como mudanças no tempo verbal do item – do passado para o presente (Castro *et al.*, 1990; Gerlsma *et al.*, 1991; Aluja *et al.*, 2006a; Penelo *et al.*, 2012). Versões para adolescentes irão, portanto, avaliar a percepção atual da relação destes com seus pais. Já as versões para adultos, avaliam as memórias destes quanto à criação dos pais quando crianças.

Castro apresentou na Espanha na década de 90 a versão para adolescentes, ficando com apenas 64 itens do instrumento original. Na Holanda, optou-se por manter 54 dos 81 itens originais após avaliação psicométrica. Além disso, o autor concluiu que os fatores Rejeição, Superproteção e Calor Emocional podem ser generalizados para adultos e adolescentes (Gerlsma *et al.*, 1991).

A correspondência de itens entre uma versão do EMBU para pais e a versão para adolescentes também foi testada. Após avaliar 134 estudantes de 14 anos em média e seus pais, não foram encontradas diferenças significativas quanto às dimensões abarcadas nas duas faixas etárias, assim como entre os itens que compunham cada uma destas. Nesse sentido, pode-se limitar as críticas quanto à hipótese de que a aferição do construto poderia estar enviesada pela ótica dos adolescentes (Aluja *et al.*, 2006b).

Em 2006, a pesquisa de Aluja *et al.* comparou os resultados obtidos com a aplicação das versões de 64 e 23 itens (s-EMBU) entre 832 adolescentes na Espanha, sendo sugerido pelos autores uma nova versão de 24 itens, bastante diferente da versão s-EMBU mais

utilizada em adultos (Aluja *et al.*, 2006a). Contudo, este foi o único estudo a mencionar esta variante do instrumento. Em 2012, outro estudo espanhol apontou que o s-EMBU poderia ser empregado em adolescentes nas situações em que se deseja um questionário mais curto, devido aos seus bons resultados de confiabilidade e validade. Porém, a autora avaliou as propriedades do instrumento após a retirada de um dos itens, que se mostrou problemático em outros contextos, restando apenas 22 itens na análise final (Penelo *et al.*, 2012).

O Quadro 2 descreve os achados de estudos psicométricos realizados na população alvo adolescente. Estes foram realizados principalmente na Espanha, com versões mais curtas do instrumento. O mais recente, realizado em 2012, por Penelo *et al.*, encontrou *alpha* de Cronbach de 0,77 a 0,83 para Rejeição, 0,74 para Superproteção e 0,8 para Calor Emocional. Ainda, os índices de ajustes de modelo da análise fatorial confirmatória (AFC) foram bastante satisfatórios, corroborando a dimensionalidade do instrumento em 3 fatores (Penelo *et al.*, 2012).

Quadro 1 – Análises psicométricas do instrumento EMBU (81 itens) e de sua versão mais curta, s-EMBU (23 itens) aplicados a adultos

Autor, ano, local	Número de itens	Tamanho da amostra	Tipo de Análise	Número de Fatores	α de Cronbach	GFI	TLI	CFI	RMR	RMSEA	AIC
Perris, 1980 Suécia	81	152 adultos	ACP com rotação Varimax	4F	-	-	-	-	-	-	-
Ross, 1982 Austrália	81	282 adultos	ACP com rotação Varimax	3F	P: 0.72(R), 0.59(S), 0.87(C) M: 0.74 (R), 0.65(S), 0.87(C)	-	-	-	-	-	-
Arrindell, 1983 Holanda	81 → 64i	1.246 adultos	ACP com rotação <i>oblimin</i>	4F	0,89 a 0,98 (R), 0,76 a 0,90 (S), 0,89 a 0,96 (C)	-	-	-	-	-	-
Someya, 1999 Japão	81	1.320 adultos	ACP -AE com rotação Varimax AC (4F)	3F	Variou de 0.64 a 0.88 para cada subescala	P: 0.80 M: 0.81	-	-	P: 0.06 M: 0.06	-	P: 6.30 M: 6.41
Arrindell, 1999 Grécia, Guatemala, Hungria e Itália	23	466, 490, 410 e 1.073 adultos, respectivamente	AFC (3F) - <i>multiple group method</i>	3F	P: 0.72 a 0.77(R), 0.74 a 0.80(S), 0.79 a 0.85(C) M: 0.74 a 0.79(R), 0.74 a 0.82(S), 0.79 a 0.81(C)	-	-	-	-	-	-
Arrindell, 2001 Alemanha e Suécia	23	370 e 421 adultos respectivamente	AFC (3F) - <i>multiple group method</i>	3F	P: 0.75(R), 0.72 a 0.76 (S), 0.84 a 0.88(C) M: 0.70 a 0.71(R), 0.77 a 0.78(S), 0.82 a 0.87(C)	-	-	-	-	-	-
Arrindell, 2005 Austrália, Espanha e Venezuela	23	750, 708, 492 adultos respectivamente	AFC (3F) - <i>multiple group method</i>	3F	P: 0.75 a 0.84(R), 0.71 a 0.83 (S), 0.82 a 0.90(C) M: 0.78 a 0.84(R), 0.71 a 0.83(S), 0.81 a 0.90(C)	-	-	-	-	-	-

Legenda: ACP – Análise de componentes principais; AFC – Análise fatorial confirmatória; R- Rejeição, S- Superproteção e C – Calor Emocional; P – valores para os pais e M – valores para as mães. GFI – *Goodness of Fit Index*. RMR – *Root Mean Square Residual*. AIC - *Akaike's Information Criterion*.

Quadro 2 – Análises psicométricas de versões mais curtas do instrumento EMBU (64 itens e 23 itens (s-EMBU) aplicados a adolescentes

Autor, ano, local	Número de itens	Tamanho e Faixa Etária da Amostra	Tipo de Análise	Número de Fatores	α de Cronbach	GFI	TLI	CFI	RMSEA
Gerlsma, 1991 Holanda	81i →54i	1.153 (10 a 15 anos; Média de 12 anos)	AFC	4F	P: 0.86 (R), 0.62 (S), 0.86 (C) M: 0.88 (R), 0.60 (S), 0.88 (C)	-	-	-	-
Aluja, 2006 Espanha	64	832 adolescentes (12 – 17 anos; Média de 14 anos)	AFE com rotação oblimin AFC (4F)	3F	*P: 0.88 e 0.90(R), 0.70 e 0.75(S), 0.88 e 0.91(C) *M: 0.84 e 0.87(R), 0.68 e 0.77(S), 0.86 e 0.89(C)	0.75	0.68	0.69	0.04
Aluja, 2006 Espanha	23	832 adolescentes (12 – 17 anos; Média de 14 anos)	AFE com rotação oblimin AFC (3F)	3F	*P: 0.73 e 0.77(R), 0.68 e 0.74(S), 0.76 e 0.80(C) *M: 0.67 e 0.69(R), 0.61 e 0.75(S), 0.72 e 0.76(C)	0.86	0.70	0.73	0.08
Penelo, 2012 Espanha	22**	281 adolescentes (13 – 18 anos; Média de 15 anos)	AFC (3F)	3F	P: 0.83 (R), 0.74 (S), 0.83 (C) M: 0.77 (R), 0.74 (S), 0.80 (C)	-	0.88	0.90	0.055 (IC 90% 0.051 – 0.059)

Legenda: AFC – Análise fatorial confirmatória; AFE – Análise fatorial exploratória; R- Rejeição, S- Superproteção e C – Calor Emocional; P – valores para os pais e M – valores para as mães.

GFI – *Goodness of Fit Index*. TLI – *Tucker-Lewis Index*. CFI – *Comparative Fit Index*. RMSEA – *Root Mean Square Error Approximation*.

* Valores de alpha estratificados por sexo – masculino e feminino, respectivamente. **A autora optou pela retirada do item 9 do s-EMBU.

Após a exposição acima e análise dos quadros, observa-se que o instrumento s-EMBU, além de avaliado quanto às suas propriedades psicométricas, tem se mostrado razoavelmente estável no que diz respeito à sua estrutura fatorial. Além disso, sucessivas pesquisas em diversos países parecem mostrar sua transculturalidade e aplicabilidade na faixa etária adolescente. Em função da boa performance do instrumento nestes estudos anteriores, foi optado por utilizá-lo na presente pesquisa a fim de qualificar a relação entre pais e filhos, no que concerne à criação destes por seus pais. Entretanto, reconhece-se que, apesar do s-EMBU ter sido traduzido e ‘adaptado’ para diversos idiomas, este parece não ter passado por um completo processo de adaptação transcultural (ATC), especialmente no que diz respeito à população-alvo adolescente (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007). Mais à frente, na subseção final, será discutida a importância e as etapas necessárias para um adequado processo de ATC.

3 SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES

3.1 Algumas considerações sobre a adolescência

Antes de expor a magnitude dos transtornos mentais na adolescência e de tentar elucidar seus fatores de risco e de proteção conforme revisão da literatura, cabe aqui ressaltar algumas considerações sobre a adolescência, fase tão peculiar da vida.

A OMS, assim como o MS, define o período cronológico da adolescência dos 10 aos 19 anos de idade (Brasil, 2007; WHO, 2013a). Considerando este critério, no Brasil, existem aproximadamente 34 milhões de adolescentes, o que corresponde a 17% da população brasileira (IBGE, 2010a).

Em um conceito mais amplo, considera-se que a adolescência é a etapa de transição entre a infância e a fase adulta, caracterizada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (Brasil, 2007). Alguns autores referem que a mesma se inicia com as transformações corporais ocorridas durante a puberdade e que termina quando o indivíduo tem seu crescimento e sua personalidade consolidados, adquirindo progressivamente sua independência econômica e integração social (Eisenstein, 2005).

Entretanto, segundo Winnicott, puberdade e adolescência, apesar de extremamente vinculadas, não se superpõem. A puberdade relaciona-se ao crescimento físico e ao amadurecimento sexual, já a adolescência é um período de crescimento emocional, a partir do qual o indivíduo se torna adulto (Frota, 2006).

A puberdade seria então um fenômeno biológico que resulta da reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal. A produção e ação destes hormônios levam a mudanças corporais que se encerram com o crescimento completo e fusão total das epífises ósseas, com o desenvolvimento das características sexuais secundárias e a completa maturação da mulher e do homem. Há extensa variabilidade do momento de início e da duração da puberdade, com diferenças entre sexos e grupos étnicos e sociais. O processo também sofre influência do estado nutricional e de fatores familiares e contextuais em que vive o indivíduo (Eisenstein, 2005). Desta forma, adolescentes da mesma idade podem estar em diferentes estágios de maturação sexual. Apesar desta assincronia na maturação, adota-se por muitas vezes o critério cronológico para definição do que se considera “adolescência”, com o objetivo de padronizar os conceitos para a elaboração de

políticas de desenvolvimento coletivo e proteção, assim como para as programações de serviços de saúde e de assistência social (Eisenstein, 2005; Brasil, 2007).

Além dos fatores biológicos envolvidos, diversas questões de outras naturezas permeiam a adolescência. Esta é considerada por alguns um processo de luto que se daria através da noção de perda do corpo e identidade infantil e dos pais da infância (Avanci *et al.*, 2007). Todavia, parece possível dizer que quanto melhor o começo de sua infância, mais facilmente o indivíduo cruzará a turbulência da puberdade e suas transformações físicas e instintivas (Frota, 2006).

É nessa fase que há estruturação da personalidade do indivíduo, sendo esta uma época de vivência de saúde, vitalidade e criatividade, o que pode permitir ao adolescente responsabilizar-se pelas tarefas da vida adulta e se lançar em novos sonhos e perspectivas (Avanci *et al.*, 2007). Segundo Winnicott, “o adolescente está empenhado em descobrir o próprio eu para que lhe possa ser fiel”. Assim, não deseja ser entendido, mas sim lançar-se nesta descoberta pessoal, que precisa ser efetivamente vivida (Winnicott, 2005; Oliveira e Fulgencio, 2010).

Esta etapa da vida também é conhecida como um período de conflitos com pais ou adultos. Winnicott lembra que “não cabe ao adolescente ter uma visão a longo prazo, própria daqueles que atravessaram várias décadas e estão começando a ficar velhos”. Desta forma, é da imaturidade dos adolescentes que surgem os aspectos mais diversos e interessantes do pensamento criativo destes. O autor conclui ainda: “se a criança tem que se tornar adulta, então esta transformação se fará sobre o cadáver de um adulto” (Frota, 2006).

Portanto, percebe-se que a adolescência é um período de transição, que pode modificar a trajetória da infância, em direção à saúde e bem-estar. É nesse período que se iniciam alguns tipos de comportamento em relação à saúde, à família e à escola, que podem permanecer ao longo de toda vida. Além disso, parte das dificuldades que aparecem na adolescência resulta de problemas contextuais, sendo essencial a importância do ambiente e da família para os adolescentes em busca da maturidade (Frota, 2006).

3.2 Magnitude dos transtornos mentais em adolescentes

Segundo a OMS, a saúde é definida como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946). Esta

definição frisa a importância do bem-estar mental do sujeito, caracterizado como “um estado de bem-estar no qual cada indivíduo tem noção de suas próprias potencialidades, pode lidar com estresses normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutuosamente e é capaz de contribuir para sua comunidade” (WHO, 2013c).

Em todo mundo, 10-20% das crianças e adolescentes passam pela experiência de algum transtorno mental como depressão, transtornos do humor, abuso de substâncias, comportamento suicida ou transtornos alimentares. Aproximadamente metade das doenças mentais inicia-se na adolescência (WHO, 2013b; a). Dentre os problemas psiquiátricos encontrados nos adolescentes brasileiros, os mais comuns são ansiedade, problemas de conduta/comportamento, hiperatividade e depressão (Brasil, 2013). Se não tratadas, estas condições influenciam gravemente seu desenvolvimento, seu desempenho escolar e seu potencial para uma vida produtiva e completa. Além disso, as crianças e adolescentes que sofrem de doenças mentais têm seus direitos fundamentais violados a partir do momento em que são estigmatizadas, isoladas e discriminadas, além de terem extrema dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação (WHO, 2013a; b).

Dentre os adolescentes de 15 a 19 anos em todo mundo, o suicídio é a segunda causa de morte, seguido da violência vivenciada no domicílio ou na comunidade. Em média, 800.000 pessoas por ano cometem suicídio, sendo 86% destas moradoras de países em desenvolvimento e mais da metade com idade entre 15 - 44 anos (WHO, 2013a).

No Brasil, em 2006, as agressões – principalmente os homicídios – foram responsáveis por 58,7% da mortalidade de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade, seguidas dos acidentes de transporte (24%), afogamentos e submersões (6,6%) e lesões autoprovocadas (4,8%). Para adolescentes de 10 a 14 anos, a primeira causa de óbito são os acidentes de transporte (35,9%), seguidos das agressões (22,4%), afogamentos e submersões (21,8%) e lesões autoprovocadas (4,8%). Embora a violência autoinfligida não tenha taxas de mortalidade tão significativas em nosso país, esta preocupa, pois tem aumentado na população jovem, provocando impacto na saúde pública (Brasil, 2010).

Apesar de haver maior interesse de pesquisadores nos últimos anos, os estudos de epidemiologia psiquiátrica na infância e adolescência ainda são escassos (Assis *et al.*, 2009). Trabalhos populacionais ou com amostras representativas que investiguem o estado geral da saúde mental nas populações, em especial de adolescentes, são ainda mais raros (Avanci *et al.*, 2007).

Um dos poucos estudos epidemiológicos anteriores, realizado em escolas em São Gonçalo-RJ em 2003, com quase 2.000 adolescentes, sugere uma prevalência de 29% de

Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os TMC representam um limiar entre a saúde e a doença, sendo caracterizados por uma experiência subjetiva de mal-estar inespecífico, com repercussões fisiológicas e psicológicas. Podem ser de diferentes gravidades e acarretar limitações ao cotidiano e prejuízos na qualidade de vida, transformando-se em um grave problema de saúde. Na adolescência, os TMC são sabidamente associados a outros problemas de saúde pública tais como as desordens alimentares, o uso de drogas e os comportamentos antissociais (Avanci *et al.*, 2007).

Uma breve revisão bibliográfica realizada em 2009, de forma não sistemática, apresentou alguns estudos realizados em nosso país a partir de amostras representativas de crianças e adolescentes, por meio de coleta domiciliar ou escolar. Um dos primeiros estudos apresentados, realizado em Salvador no ano de 1976, estimou em 10% a prevalência de problemas de saúde mental de gravidade moderada ou severa em 829 crianças de 5 a 14 anos de idade. Os problemas de saúde mental de gravidade duvidosa ou leve acometeram 13,2% dos adolescentes. Inquérito domiciliar em Campos de Jordão, São Paulo, realizado em 2001, com 898 crianças de 7 a 14 anos de vida, estimou que 15% destes tinham algum tipo de problema de saúde mental, sendo a prevalência deste tipo de situação de 22% em regiões com nível socioeconômico mais baixo (Almeida Filho, 1976; Fleitlich e Goodman, 2001; Assis *et al.*, 2009).

Apesar dos dados preocupantes, os cuidados com a saúde mental de crianças e adolescentes não foi tomado como prioridade no Brasil. O atendimento, quando acessível, esteve inicialmente direcionado aos casos mais graves de transtornos, deixando-se de perceber e atuar frente aos problemas emocionais e comportamentais. Mais adiante, a preocupação com outras situações passou a existir, como é o caso de cuidados com crianças e adolescentes envolvidos em situação de risco ou vulnerabilidade social como tráfico de drogas, prostituição, abuso de álcool, drogas e violências. Mesmo assim, ainda fala-se pouco em promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais neste grupo etário (Assis *et al.*, 2009).

É verdade que a lacuna de assistência na área de saúde mental é histórica não só no Brasil, mas em todo mundo. Em nosso país, apenas a partir de 2002, o MS passou a investir recursos e dispor orientações para uma política de saúde mental voltada especificamente a adolescentes e jovens (Brasil, 2013). A primeira orientação foi estabelecida em 2005 e vem impactando positivamente na construção da rede de serviços (Brasil, 2005a). Porém, a maioria das crianças e adolescentes que necessita de algum tipo de atenção nesta área ainda não recebe cuidados adequados. Por vezes, nem sequer tem acesso a serviços ou ações de

saúde compatíveis com suas necessidades. Nesse sentido, a Atenção Primária tem papel fundamental ao ampliar o acesso e possivelmente reduzir estigmas e preconceitos. Dessa forma, é possível que os serviços de atenção primária sejam efetivos no manejo destas situações, mesmo quando estas exigem parcerias com serviços específicos de saúde mental (Brasil, 2013).

À luz do exposto, nota-se que a adolescência é um período crucial para o desenvolvimento da personalidade, de hábitos de vida e da participação do indivíduo como cidadão, não só nesta fase, mas também na vida adulta. Considerando que os agravos de saúde mental são importantes ameaças ao pleno crescimento e desenvolvimento deste subgrupo populacional, entende-se a importância de se elucidar fatores de risco ou proteção que possam revelar dificuldades no desenvolvimento do indivíduo, assim como no comprometimento de sua saúde mental. Além disso, o esclarecimento a respeito destas relações torna possível subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde mental, tão negligenciada nas últimas décadas em nosso país.

3.3 Fatores determinantes da saúde mental

Diferentes fatores são implicados na aptidão do adolescente em alcançar e manter seu bem-estar mental. Estes ocorrem em níveis distintos – do indivíduo, da família, da escola ou da vizinhança e, mais amplamente, da sociedade (WHO, 2012). Sob a perspectiva de que o desenvolvimento humano ocorre em um contexto familiar e sociocultural, Bronfenbrenner argumenta que, para entendê-lo, deve-se considerar todo o sistema ecológico em que o crescimento do indivíduo ocorre. O processo de desenvolvimento ocorreria, então, através de interações complexas e recíprocas entre um ser humano ativo em evolução biopsicológica e as pessoas, objetos e símbolos no seu ambiente imediato. Essa interação deve ocorrer de forma regular durante algum período de tempo para ser efetiva. Alguns exemplos deste processo incluem a relação entre pais e filhos, a relação entre irmãos e as relações com colegas na escola (Bronfenbrenner, 1993).

A teoria ecológica infere que existem “sistemas” em que o indivíduo vive, alguns proximais, outros mais distais, que são aninhados, um dentro do outro. Darling e Steinberg reconhecem que os processos relatados em seu modelo teórico acerca dos estilos e práticas parentais provavelmente também sofrem influência de ambientes fora do cenário imediato,

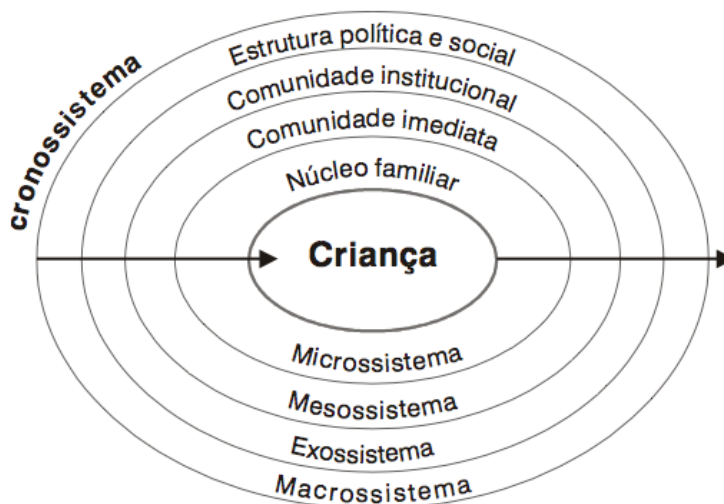
como, por exemplo, a cultura, a classe social ou a composição familiar (Darling e Steinberg, 1993).

No modelo de sistemas proposto por Bronfenbrenner, o microsistema é composto pelas relações face a face experimentadas pelo indivíduo em desenvolvimento. Estas abarcam as relações entre pais e filhos, entre os pares e na escola. Já o mesossistema compreende as articulações que ocorrem entre dois ou mais cenários que contem a pessoa em desenvolvimento – as relações entre casa e escola, por exemplo. Em outras palavras, o mesossistema é um sistema de microsistemas. O exossistema consiste nos processos ocorridos em dois ou mais cenários, quando o indivíduo em desenvolvimento não se encontra em pelo menos um destes cenários, mas há influência indireta no cenário imediato onde este vive. Por exemplo, para uma criança, seria a relação entre a casa e o trabalho dos pais. O macrosistema abrange o micro, o meso e o exossistema característico de uma cultura, especialmente no que diz respeito às crenças, recursos materiais, estilos de vida, costumes e opções de cursos de vida. Este seria a marca de uma determinada sociedade. Por último, o cronossistema engloba a mudança ou a estabilidade ao longo do tempo, não só das características individuais como também do ambiente em que o indivíduo vive (como exemplo, seriam as mudanças na estrutura familiar, na classe social ou do lugar onde este mora) (Bronfenbrenner, 1993).

Em resumo, o modelo basicamente demonstra que devemos levar em consideração tanto a interação da criança como um organismo biológico em relação ao seu meio social imediato, representado pela família (microsistema), quanto a interação desse microsistema com o meio ambiente no seu sentido mais amplo (exossistema ou macrosistema) e através do tempo (cronossistema) (Halpern e Figueiras, 2004). A Figura 2 apresenta as relações existentes entre os vários sistemas que podem influenciar a vida da criança e do adolescente.

Uma teoria mais moderna de desenvolvimento humano engloba a perspectiva deste como um processo de ecobiodesenvolvimento. Este implica, dentre outros fatores, que não só há uma interação entre os sistemas biológico e ecológico, mas que esta interação pode também afetar o indivíduo ao nível genético. Isto significa que em crianças menores, por exemplo, uma situação estressora não resolvida pode alterar processos bioquímicos de forma que haja impacto na expressão de seus genes. Assim, está cada vez mais claro que experiências vividas na infância precoce são capazes de ativar algum tipo de predisposição genética (Herman-Smith, 2013).

Figura 2 – Modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, 1993



Fonte: Halpern, 2004.

De forma mais abrangente, entende-se que o modelo ecológico implica que intervenções através de políticas e programas sociais podem otimizar a exposição aos processos proximais, em ambientes fornecedores de estabilidade e de recursos, que garantam que o potencial genético do indivíduo seja efetivo ao máximo (Bronfenbrenner, 1993). Além disso, entende-se que o desenvolvimento humano só pode ser compreendido dentro de um contexto social, não se podendo separar a pessoa do ambiente. Tanto a pessoa como o ambiente são capazes de modificar um ao outro (Mondin, 2008).

Assim, sob a perspectiva do modelo ecológico de Bronfenbrenner e a que propõe o ecobiodesenvolvimento, há de se estruturar os diversos níveis em que se encontram os fatores associados ao maior (ou menor) risco de desenvolvimento de transtornos mentais. O nível mais proximal apresentaria fatores individuais - sexo, idade, fatores genéticos, biológicos (anormalidades biológicas do sistema nervoso central) e características psicológicas do indivíduo como autoestima e autoconfiança. Fatores familiares como disfunções na vida familiar (uso de álcool ou drogas pelos pais, história de transtornos mentais, especialmente na mãe), violência entre parceiros íntimos, criminalidade paterna, falta de laços afetivos entre pais e filhos, eventos de vida estressantes (morte ou separação dos pais) e a exposição aos maus tratos (negligência, abuso físico, psicológico ou sexual) seriam outros fatores de risco, desta vez em nível intermediário. E, por último, os fatores relacionados ao contexto socioeconômico em que vivem, sendo a violência urbana um dos principais fatores de risco

deste nível mais distal (United States Department of Health and Human Services, 1999; WHO, 2005).

Segundo a OMS, os determinantes sociais de saúde são definidos como as “condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (WHO, 2008). Recente revisão sobre a influência dos determinantes sociais na saúde do adolescente identificou que as principais questões que afetam a saúde nessa etapa da vida são aquelas ditas estruturais como o desenvolvimento do país em que vivem, a desigualdade na distribuição de renda e o acesso à educação. Ademais, famílias e escolas “seguras” e que apoiam o indivíduo, juntamente com pares e colegas positivos, são fundamentais para o adolescente alcançar o desenvolvimento completo de seu potencial, além de atingir a melhor saúde na transição para a vida adulta (Viner *et al.*, 2012).

Se por um lado há diversos fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento de transtornos mentais, por outro, sabe-se que alguns indivíduos não desenvolverão esse efeito negativo mesmo na presença destes. Alguns indivíduos possuem habilidades para resolver problemas ou superar situações adversas, conseguindo se recuperar diante de certos revezes que podem ocorrer durante a vida. Esta maior capacidade de adaptação a eventos adversos tem sido chamada de resiliência, que seria a capacidade de suportar estes episódios sem maiores danos.

Na criança, essa resiliência, não aparece de forma absoluta. Por exemplo, uma criança pode ser eficiente em lidar com uma situação de estresse no ambiente escolar e ser incompetente para tratar de outra situação que envolva aspectos afetivos na família (Costa e Bigras, 2007). Ser resiliente não significa, portanto, ser invulnerável aos problemas. Este indivíduo se abate e sofre com as dificuldades vividas, porém consegue superá-las com mais facilidade e destreza (Assis *et al.*, 2008). Sujeitos resilientes apresentam atributos pessoais que podem atuar sinergicamente com o apoio do sistema familiar e da comunidade (Halpern e Figueiras, 2004). Além disso, adolescentes resilientes relatam cinco vezes mais autoestima elevada do que os não resilientes (Assis *et al.*, 2008).

É o reconhecimento deste constructo Resiliência que nos auxilia a compreender como certos adolescentes que nascem em condições socioeconômicas de pobreza ou vivem em ambiente psicologicamente desfavorável, em condições de alto risco para a saúde física e mental, desenvolvem certas competências que não permitem efeitos tão danosos quando ocorrem situações adversas (Halpern e Figueiras, 2004).

As estratégias de promoção de saúde dos adolescentes que são baseadas no fortalecimento da resiliência têm focado principalmente certos aspectos familiares e

relacionados aos pares. Estes aspectos, além de proteger os adolescentes de se prejudicarem, também enfatizam que uma transição saudável para a vida adulta necessita da promoção de desenvolvimentos emocional e social positivos, evitando o uso de drogas, a violência e o risco sexual (Viner *et al.*, 2012). Assim, são alvos para as políticas públicas preventivas de transtornos mentais não só a anulação dos fatores de risco conhecidos, mas também o fortalecimento da resiliência.

Se a literatura a respeito dos fatores de risco que comprometem a saúde mental parece consistente, o mesmo não pode ser dito daquela a respeito de seus fatores protetores. Os poucos estudos realizados têm mostrado que a religião e o vínculo com a escola são fatores que podem diminuir a frequência de transtornos mentais em países em desenvolvimento. Naqueles de melhor nível socioeconômico, são descritos como fatores protetores otimismo, satisfação com a vida, apoio dos pais e pares, vínculo parental e familiar, apoio social e eventos positivos na vida (Fatori *et al.*, 2013).

Já segundo a OMS, dentre os fatores protetores da saúde mental, são citados uma boa interação com a comunidade em que vivem, o bem-estar na família, as habilidades individuais (resiliência), o acesso a serviços sociais e de saúde. Quanto mais oportunidades são apresentadas aos jovens durante a infância e adolescência, maior a probabilidade dos adolescentes acumularem efeitos positivos destes fatores protetores e, portanto, maior a propensão destes em sustentar sua saúde mental e bem-estar mais tarde na vida adulta. Assim, além de terem consequências imediatas, a saúde emocional e o bem-estar entre jovens têm impacto em sua autoestima, comportamento, frequência e desempenho escolares, interação social, saúde e oportunidades também na vida adulta (WHO, 2012).

Apesar destas evidências, ainda é necessário ampliar o número de estudos sobre o tema. Revisão da literatura a respeito da saúde mental na infância, que analisou resumos no período de 1995 a 2006 encontrados nas bases de dados *LILACS* e *INDEXPSI*, concluiu que havia necessidade de uma compreensão mais aprofundada dos aspectos familiares e contextuais que contribuem para os transtornos mentais. Da mesma forma, fatores de proteção e aqueles que promovem resiliência também merecem atenção por seu potencial de prevenção, o que poderia fornecer subsídios para elaboração de diretrizes políticas e programas de ação que visem o bem-estar dos adolescentes (Ramires *et al.*, 2009).

4 AS POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE VIOLÊNCIA FAMILIAR, PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS POSITIVAS E TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA

Diversos autores investigaram a associação entre violência familiar contra crianças e adolescentes e os transtornos mentais na adolescência e vida adulta. Recente meta-análise, realizada em 2012, identificou 124 estudos que forneciam evidência de associação entre maus tratos a crianças (excetuando-se o abuso sexual) e diversos desfechos em saúde. Indivíduos que sofreram abuso físico (OR = 1.54), emocional (OR = 3.06) ou foram negligenciadas (OR = 2.11) na infância tiveram maior risco de desenvolver transtornos depressivos do que aqueles sem história de abuso. Da mesma forma, estes indivíduos também apresentaram risco maior de transtornos de ansiedade com OR de 1.51, 3.21 e 1.82 para aquelas que haviam sofrido abuso físico, emocional e negligência na infância, respectivamente. Em relação ao abuso físico, este também representou maior risco de transtornos de estresse pós-traumático e do pânico, de bulimia e de abuso de álcool. O comportamento suicida também foi mais frequente naqueles com história destes tipos de abuso (Norman *et al.*, 2012).

Uma pesquisa do tipo *survey* nos EUA conduzida em 2012, com 10.123 adolescentes, evidenciou que adversidades vividas na infância como a morte de um dos pais, o divórcio dos pais, abuso de substâncias pelos pais e criminalidade paterna estavam mais associadas a transtornos comportamentais e uso de substâncias nesta fase da vida. Uma das limitações do estudo citada pelos autores foi não ter avaliado o status socioeconômico dos respondentes, sugerindo a necessidade desta avaliação em futuras investigações (McLaughlin *et al.*, 2012).

Crianças também são frequentemente testemunhas da violência entre parceiros íntimos (VPI) dentro de casa. Uma revisão sistemática a respeito das repercussões do testemunho de crianças à VPI, abarcando apenas estudos desenvolvidos nos EUA e no Canadá e publicados em revistas indexadas às bases *Medline (PubMed)*, *Cumulative Index of Nursing and the Allied Health e Psyc-INFO*, encontrou apenas 24 artigos sobre o tema nos últimos dez anos. A revisão não foi conclusiva, porém há indícios de que crianças que testemunham a VPI estão mais propensas a apresentar transtornos mentais na adolescência. Além disso, aponta que identificar crianças sob maior risco de desenvolver estes transtornos ainda persiste desafiador, uma vez que fatores de risco como nível socioeconômico e de proteção como apoio social e estrutura familiar ainda necessitam de melhor elucidação (Wood e Sommers, 2011).

Estudo transversal na Inglaterra, publicado em 2014, investigou o impacto da violência sofrida na infância na qualidade de vida adulta. Apesar de uma amostra considerável (11.500 indivíduos de 16 anos ou mais), os autores aferiram a violência na infância apenas com uma pergunta: “de um modo geral o quão violento você diria que foi seu lar quando criança?”. As opções de resposta poderiam variar de 1 (sem violência) a 10 (muito violento). Pergunta semelhante também foi feita para avaliar a felicidade do indivíduo quando criança. Tanto a violência sofrida quanto a infelicidade na infância foram associadas com a baixa qualidade de vida na fase adulta. Os autores frisam que, além da preocupação com os maus tratos a crianças, também se deve dar atenção à qualidade de vida destas, algo que tem recebido menos vigilância por parte das políticas públicas (Bellis *et al.*, 2013).

Estudo seccional brasileiro já citado, realizado em São Gonçalo-RJ, em 2003, encontrou que adolescentes cobrados excessivamente ou que viveram mais humilhações, quando alguém significativo para o adolescente reduziu suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, apresentaram uma probabilidade 4,17 vezes maior de apresentar TMC em relação àqueles que não sofriam essa forma de violência psicológica. Jovens com baixa autoestima tiveram probabilidade de apresentar TMC quase sete vezes maior do que os de elevada autoestima. Aqueles que relataram não serem satisfeitos com suas vidas apresentaram 2,22 vezes maior probabilidade de possuírem TMC quando comparados àqueles que o são. Além disso, foi apontado que sofrer violência psicológica foi o que mais se associou aos TMC, podendo haver interferência no progresso de processos psicológicos como desenvolvimento de autoestima, autodeterminação e capacidade de resiliência, acarretando riscos ao desenvolvimento comportamental, emocional, social, cognitivo e físico de crianças e adolescentes até a vida adulta (Avanci *et al.*, 2007).

Outro estudo transversal, realizado na cidade de Embu, São Paulo, com 90 crianças, sendo 32% adolescentes de 11-17 anos apontou para associação entre transtornos mentais da criança e abuso físico grave na família. As autoras lembram ainda que, em nosso país, estudos que estimem a prevalência da violência familiar contra crianças e adolescentes, além de escassos, geralmente são baseados em amostras de crianças estudantes, levando-nos a pensar que este número seria ainda maior, uma vez que crianças que sofrem abuso grave podem não estar frequentando a escola (Bordin *et al.*, 2006).

Na mesma cidade, estudo longitudinal realizado em 2012, com 345 crianças e adolescentes de 6 a 13 anos, encontrou que não só o castigo físico, mas também seu agravamento ao longo de cinco anos de seguimento, estava associado à ocorrência de TMC. Outra variável associada aos TMC foi o aumento da gravidade de doenças maternas como

ansiedade e depressão. Os autores lembram que novos estudos são ainda necessários para uma melhor compreensão destas relações e elaboração de políticas públicas direcionadas à saúde mental da criança e do adolescente (Fatori *et al.*, 2013).

Outro estudo realizado em Taubaté-SP apontou para associação entre a ocorrência de transtornos mentais e o sexo da criança (masculino), atitudes dos pais de bater com cinto, doença mental dos pais/cuidadores e condições socioeconômicas adversas (classes sociais D e E). Os autores relatam também que a crença parental de que o castigo físico é adequado para a educação de crianças é compartilhada pelo ambiente social e cultural em que vivem. E que, provavelmente, estão ligados também à falta de conhecimento ou de valor atribuído a outros métodos de disciplina que incluem afeto, reconhecimento e recompensa (Vitolo *et al.*, 2005).

Embora as evidências apontem fortemente para esta associação entre violência familiar e transtornos mentais, nem todas as crianças que sofreram abusos irão apresentar estes desfechos no futuro. Desta forma, alguns autores têm investigado os fatores envolvidos nesta possível resiliência. Um estudo de seguimento de quase 30 anos, realizado na Ilha de Wight (ao sul da Inglaterra) teve a participação de 2.307 indivíduos em sua linha de base. Os dados foram coletados aos 9-10 anos, 14-15 anos e 44-45 anos de idade. Os autores tinham a intenção de identificar indivíduos resilientes, definindo-os como aqueles que haviam sofrido abuso físico e/ou sexual grave repetidamente e que não apresentavam transtornos psiquiátricos ou ideação suicida na fase adulta. Mais da metade dos que reportaram abuso na infância haviam sofrido de transtornos psiquiátricos na adolescência. Cinquenta e cinco por cento daqueles que reportaram abuso na infância foram diagnosticados com pelo menos um transtorno psiquiátrico na vida adulta. Os outros 45% não relataram qualquer diagnóstico psiquiátrico, sendo considerados resilientes. Relações individuais com os pais, amigos e parceiros foram importantes preditores da resiliência. (Collishaw *et al.*, 2007).

Ainda neste estudo, os achados sugerem não só a associação entre abuso na infância e transtornos psiquiátricos na fase adulta como também a gravidade e persistência desses transtornos ao longo da vida. Segundo os autores, a resiliência não é um fenômeno pontual, que surge apenas de encontros com um amigo, par ou parceiro que fornece apoio, mas sim um processo de desenvolvimento da competência necessária a fim de formar, manter e se beneficiar dessas relações de apoio interpessoais (Collishaw *et al.*, 2007).

A despeito de muitas investigações terem documentado associações entre adversidades na infância e a ocorrência de transtornos psiquiátricos, poucos estudos examinaram o papel das relações entre pais e filhos, vistas de forma mais abrangente, entre crianças que sofreram abuso e aquelas que não o sofreram. Dessa forma, tem se dado pouca

ênfase em como outros aspectos dessas relações podem atenuar estes desfechos em casos de maus tratos a crianças.

Dentre os poucos estudos sobre o tema, destaca-se estudo americano que teve como objetivo examinar as diferenças entre a relação percebida entre pais e filhos e sintomas depressivos em indivíduos adultos que reportaram maus tratos na infância (negligência ou abuso psicológicos, negligência ou abuso físicos e abuso sexual) e naqueles sem história de tal fato. Assim, seria possível elucidar se essa relação e sintomas depressivos são intervenientes na associação de maus tratos na infância com a qualidade de vida na fase adulta. Como esperado, os resultados mostraram que o grupo que sofreu abusos na infância relatou menos experiências parentais positivas do que aqueles sem abuso. Os autores encontraram que a gravidade dos sintomas depressivos do indivíduo e a qualidade da relação entre pais e filhos foram melhores preditores da qualidade de vida adulta do que os próprios maus tratos na infância (Rikhye *et al.*, 2008).

Recente meta-análise avaliou a relação entre a palmada e o castigo físico e seus possíveis efeitos no desenvolvimento de transtornos mentais externalizantes, internalizantes e/ou de déficit cognitivo. Segundo os autores, meta-análises prévias encontraram efeitos negativos destes tipos de punição corporal, porém a diversidade de definições e metodologias dos estudos avaliados podem ter confundido os resultados (Ferguson, 2013).

Desta forma, foi optado por avaliar apenas pesquisas com desenhos longitudinais, excluindo-se também aquelas que diziam respeito à violência física grave. Foram encontrados 45 estudos, dos quais 6 eram teses de doutorado. A fim de tornar os resultados mais fidedignos, tentou-se padronizar as definições de palmada e castigo físico com base na literatura, já que muitos estudos não distinguiam estes tipos de punição corporal das violências físicas menor e grave (Ferguson, 2013).

A meta-análise concluiu que, apesar de haver uma associação significativa estatisticamente entre a palmada e/ou castigo físico e os tipos de transtornos mentais investigados, a magnitude destas correlações apresentou-se pouco substancial. Os autores sugerem ainda que o grau de influência da palmada ou do castigo físico na saúde mental da criança ou adolescente pode se relacionar com o contexto em que estas práticas ocorrem, como por exemplo, um ambiente familiar positivo e afetivo em geral. Portanto, não seria correto que os especialistas afirmassem que a palmada pode ser completamente prejudicial ou sempre aceitável, já que seus efeitos podem variar com o contexto da família e a idade da criança (Ferguson, 2013).

Nota-se, a partir desta breve revisão da literatura, que a ‘boa relação’ entre pais e filhos, por meio das práticas parentais positivas, pode funcionar como possível fator de proteção contra adversidades e violência familiar sofrida na infância e adolescência. Entretanto, estudos sobre estas relações e os fatores de proteção da saúde mental ainda são escassos e, quando existentes, são extremamente variáveis em suas definições de violência e metodologia.

5 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE AFERIÇÃO

Esta seção objetiva apresentar as etapas propostas para o processo de adaptação transcultural (ATC) de instrumentos de aferição, uma vez que, como assinalado na subseção 2.3, o instrumento s-EMBU para adolescentes não foi objeto de um processo completo de ATC. A literatura tem apontado que a utilização de um instrumento simplesmente traduzido e utilizado em outro contexto cultural é inapropriada, sendo recomendada de forma enfática a utilização de instrumentos de aferição padronizados e validados, ou seja, que sofreram um processo de ATC. Desta forma, pode se assumir que instrumentos que passem por este processo são capazes de permitir comparações de resultados de estudos realizados em diferentes países, facilitando a interlocução entre os pesquisadores. Outra questão é que o uso de instrumentos validados também aumenta a probabilidade de se aferir de forma fidedigna o construto subjacente imaginado (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007; Streiner e Norman, 2008).

Cabe lembrar que não se deve restringir a ATC de instrumentos apenas aos casos que abarcam países e/ou idiomas distintos. Ajustes locais e regionais podem ser necessários, especialmente em países compostos de populações heterogêneas como o Brasil, uma vez que termos típicos de uma região podem não ser compreendidos em outra. A construção de culturas e sociedades é um processo dinâmico, sendo por vezes também necessárias adaptações temporais (Herdman *et al.*, 1998; Streiner e Norman, 2008).

Quando se deseja estudar as relações entre determinados construtos, recorre-se a uma extensa revisão bibliográfica com objetivo de se encontrar instrumentos adequados para sua aferição. Baseado na literatura a respeito do instrumento de aferição, o pesquisador deve decidir então se vale aceitá-lo incondicionalmente ou se há necessidade de partir para a elaboração de um novo instrumento, caso não tenha encontrado pesquisas de validação suficientes. Uma terceira opção seria dar início a um programa de investigação de ATC de instrumentos considerados como boas propostas de aferição, porém ainda com sua validação incompleta (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007; Streiner e Norman, 2008).

Inicialmente, a apreciação transcultural de instrumentos de aferição se detinha à exploração da equivalência semântica entre os instrumentos, baseada na comparação dos resultados dos processos de tradução e retradução do instrumento original e de sua nova versão. Porém, nos últimos anos, alguns autores têm postulado que a equivalência semântica é apenas uma das etapas necessárias à avaliação da equivalência entre instrumentos. Apesar de

atualmente ser reconhecida a necessidade do processo de ATC na literatura, não há um acordo da forma correta de realizá-la (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007).

A fim de desenvolver um instrumento de aferição sobre qualidade de vida, Herdman *et al.* realizaram uma interessante revisão sobre o tema, na qual foram identificadas não só a variedade de terminologias encontradas na literatura, mas também a superposição de alguns conceitos, gerando confusão entre os pesquisadores. Os autores apontam quatro perspectivas possíveis de serem seguidas pelos programas de investigação de ATC (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007).

A primeira é fundamentada apenas no simples processo de tradução informal do instrumento original, tendo sido denominada de ‘ingênua’ (*naïve*). A segunda, nomeada ‘relativista’, declara que é impossível empregar instrumentos padronizados em diferentes culturas e sugere que só sejam utilizados os instrumentos idealizados localmente. Esta proposta não permitiria, portanto, a comparação de resultados encontrados em diferentes culturas. A terceira perspectiva, denominada de ‘absolutista’, admite que haja um impacto bem menor da cultura nos construtos a serem aferidos, sendo estes invariantes em diferentes contextos. A ênfase metodológica seria, portanto, toda no processo de tradução e retradução do instrumento. Por último, a perspectiva chamada ‘universalista’ não admite *a priori* que em diferentes culturas existam os mesmos construtos, sendo necessário inicialmente investigar a existência do conceito assim como a interpretação na nova cultura, para, depois de etapas metodológicas próprias, instituir sua equivalência transcultural (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007; Streiner e Norman, 2008).

Herdman *et al.* propuseram, em 1998, um roteiro básico a ser seguido, baseado na proposta ‘universalista’, que abrange a apreciação de seis diferentes tipos de equivalência, quais sejam: equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e equivalência funcional (Herdman *et al.*, 1998). O processo para avaliação da ATC de um instrumento é sintetizado no Quadro abaixo, retirado de Reichenheim & Moraes (Reichenheim e Moraes, 2007).

Como apontado no Quadro 3, a avaliação da equivalência conceitual consiste na exploração da existência do construto de interesse e seus diferentes domínios no país de origem e na população onde o instrumento será utilizado. A equivalência de itens se baseia no exame da pertinência dos itens utilizados para a captação de construtos abarcados pelo instrumento original na cultura alvo. Todo o processo de avaliação destas equivalências decorre à luz de uma extensa revisão bibliográfica sobre o instrumento, seguindo-se discussões com grupos de especialistas e população-alvo, a fim de que se capte

adequadamente na ‘nova’ cultura, o construto proposto pelo instrumento original (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007; Streiner e Norman, 2008).

Quadro 3 - Principais etapas para avaliação da equivalência transcultural de instrumentos de aferição

Aspecto avaliado	Estratégias para avaliação
Equivalência conceitual	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão bibliográfica envolvendo publicações da cultura do instrumento original e da população-alvo • Discussão com especialistas • Discussão com população-alvo
Equivalência de itens	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão com especialistas • Discussão com população-alvo
Equivalência semântica	<ul style="list-style-type: none"> • Traduções • Retraduções • Avaliação da equivalência semântica entre as retraduições e o original • Discussão com população-alvo • Discussão com especialistas para ajustes finais • Pré-teste da versão
Equivalência operacional	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação pelo grupo de pesquisa quanto à pertinência e adequação do: <ul style="list-style-type: none"> - Veículo e formato das questões/instruções - Cenário de administração - Modo de aplicação - Modo de categorização
Equivalência de mensuração	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos psicométricos <ul style="list-style-type: none"> - Enfoque 1: Avaliação de validade dimensional e adequação de itens componentes - Enfoque 2: Avaliação de confiabilidade - Enfoque 3: Avaliação de validade de construto ou de validade de critério
Equivalência funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Dada pelas equivalências identificadas nas demais etapas de avaliação

Fonte: Reichenheim & Moraes, 2007.

A equivalência semântica objetiva a transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a nova versão, que deve propiciar um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas. O processo é iniciado a partir da tradução do instrumento original para o idioma do local onde este será aplicado, recomendando-se que existam diferentes versões geradas de forma independente. A seguir, as versões do novo idioma são retraduzidas para o original por outros tradutores, também de maneira independente. Um novo tradutor bilíngue faz uma avaliação, de preferência cega, da equivalência entre as retraduições e o instrumento original. Após nova discussão entre os especialistas, uma versão síntese do

novo instrumento é escolhida (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007; Streiner e Norman, 2008).

É então recomendado que seja realizado um pré-teste com a população-alvo, a fim de avaliar a compreensão, aceitabilidade e impacto emocional do instrumento nesta população. Nesta fase, sugere-se uma técnica de parafraseamento de cada item pelos respondentes, o que permite a detecção de possíveis dissintonias na redação dos itens. Durante o pré-teste, também é possível avaliar a equivalência operacional, que se refere à possibilidade de utilização de um questionário similar ao original com relação ao formato, instruções, modo de administração, cenário de administração e formas de medida na população alvo (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007; Streiner e Norman, 2008).

A equivalência de mensuração se baseia na investigação das propriedades psicométricas do novo instrumento e a comparação dessas medidas com as obtidas com o instrumento em sua língua original. O processo, como mostra o Quadro 3, inclui três enfoques: (1) avaliação da validade dimensional e adequação dos itens componentes, (2) avaliação da confiabilidade do instrumento e (3) avaliação de validade de construto ou de critério (Reichenheim e Moraes, 2007).

A exploração da estrutura dimensional do instrumento, corroborando a adequação dos itens componentes de cada dimensão, faz parte da avaliação da validade dimensional. Esta pode ocorrer por meio de métodos estatísticos como as análises fatoriais exploratórias (AFE) ou confirmatórias (AFC). O segundo enfoque psicométrico abarca avaliações formais de confiabilidade das escalas (consistência interna, estabilidade e reprodutibilidade intra ou interobservador). A finalidade é estimar em que grau os escores de um instrumento ou de suas subescalas estão livres de erro aleatório. Neste momento, é preciso frisar que o foco central da equivalência de mensuração deve ser a comparação sistemática dos valores dos resultados obtidos no estudo psicométrico da nova versão com aqueles obtidos nos estudos progressos sobre o instrumento em sua língua/cultura original (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007).

A fim de se avaliar a validade de construto ou de critério, diversas estratégias podem ser utilizadas. Quando não há instrumento de referência (padrão-ouro) para o contraste, realizam-se estudos de validade de construto. Estes se propõem a avaliar não só as relações entre as dimensões supostamente aferidas pelas diferentes escalas do instrumento, mas também as relações com outros conceitos ligados à teoria geral na qual se insere o construto. Associações previstas pela teoria geral com escalas de outros instrumentos corroboram e reforçam a validade do instrumento e de seu processo de ATC. Por último, ao fim do processo

de avaliação dos aspectos da equivalência transcultural, tendo estes sido alcançados, admite-se que os mesmos apresentam equivalência funcional (Herdman *et al.*, 1998; Reichenheim e Moraes, 2007).

Como mencionado na subseção 2.3, dada a complexidade de mensuração do construto de práticas educativas parentais, ainda há lacunas na literatura a respeito de sua aferição. Desta forma, faz-se necessário um esforço para aprimorar o instrumento s-EMBU e sua avaliação psicométrica, especialmente no que diz respeito à população adolescente no Brasil. O modelo proposto por Herdman *et al.* apresentado acima foi utilizado como eixo teórico principal nos subprojetos que deram origem à Comunicação Breve e ao Artigo 1, que exploram detalhadamente as etapas realizadas para a ATC do instrumento de aferição s-EMBU para detectar as práticas educativas parentais percebidas por adolescentes.

6 JUSTIFICATIVA

A violência contra criança e o adolescente é um problema de saúde pública, com magnitudes assustadoras, que na maioria das vezes é perpetrada pelos próprios pais, desencadeando diversos prejuízos que dizem respeito não só à saúde mental e física do indivíduo, mas também às suas oportunidades e escolhas favoráveis na vida.

Apesar disso, programas que investigam as repercussões da violência familiar contra crianças e adolescentes ainda não abarcam outros aspectos das relações entre pais e filhos, como as práticas educativas parentais, especialmente no Brasil. Estas práticas parecem se relacionar com a violência familiar de forma complexa, sugerindo um efeito atenuador nos desfechos comuns à criança ou adolescente que sofre violência. Entretanto como os estudos sobre o tema são ainda incipientes, não se pode afirmar tal hipótese.

Nesse sentido, para que seja possível estudar estas relações entre violência familiar, práticas educativas parentais e transtornos mentais na adolescência, há que se desenvolver instrumentos que consigam qualificar ou caracterizar estas práticas. Sobre este aspecto, ainda não há instrumento de propriedades psicométricas sólidas capazes de captar efetivamente os métodos de criação dos pais em nosso país.

A literatura também aponta a necessidade de mais estudos na população adolescente que sejam focados no desenvolvimento do indivíduo saudável e não somente nas questões biológicas ou de risco comportamental. Nesse sentido, alguns estudos mostram os potenciais fatores de risco para ocorrência de transtornos mentais na adolescência, porém poucos se referem aos fatores de proteção ou àqueles que poderiam atenuar seus efeitos negativos. Considerando a importância de se desenvolver políticas governamentais e estratégias de prevenção destes transtornos, voltadas à população infanto-juvenil brasileira, torna-se relevante desenvolver novas pesquisas sobre o tema.

Dada a magnitude dos transtornos de saúde mental em adolescentes e da violência familiar contra crianças e adolescentes, a importância de um bom relacionamento entre pais e filhos para infância, adolescência e vida adulta, e a possibilidade de orientação destes pais para o potencial desenvolvimento do indivíduo, parece de extrema relevância a avaliação do estilo parental de criação dos filhos, por meio das práticas educativas parentais, e suas repercussões na saúde mental de adolescentes que sofrem ou não violência familiar.

7 OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é avaliar o papel da violência familiar na infância e das práticas educativas parentais na saúde mental de adolescentes.

São objetivos específicos da presente pesquisa:

1. Dar continuidade ao processo de adaptação transcultural (ATC) do instrumento *s(short)*-EMBU para uso em adolescentes, compreendendo avaliação das equivalências conceitual, de itens, semântica e operacional e de suas propriedades psicométricas, especialmente quanto à sua estrutura dimensional (Comunicação Breve e Artigo 2).
2. Investigar se as práticas educativas parentais, especialmente no que diz respeito ao afeto oferecido pelos pais, são modificadores de efeito nas relações entre violência familiar sofrida na infância e os transtornos mentais comuns em adolescentes (Artigo 3).

8 MATERIAIS E MÉTODOS

8.1 Métodos referentes ao estudo de fundo

8.1.1. Desenho, população de estudo e coleta de dados

Esta pesquisa inseriu-se no Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA), que teve seu início em 2010. Como citado na apresentação, o ELANA acompanhou duas coortes de adolescentes: uma de estudantes do Ensino Médio e outra do Ensino Fundamental (EF).

A amostra de adolescentes do EF se compunha inicialmente de estudantes do sexto ano matriculados em duas escolas públicas e quatro escolas particulares de duas cidades da Região Metropolitana do RJ, a saber: Rio de Janeiro e Niterói. Três das escolas particulares se localizam no RJ nos bairros de Bonsucesso, Cachambi e Taquara, e uma no município de São Gonçalo, no bairro Mutuá. Os dois colégios públicos são estaduais e situam-se na cidade de Niterói, mais especificamente nos bairros do Ingá e Icaraí.

As escolas foram selecionadas por conveniência, após contato e permissão de seus diretores para realização da pesquisa nas dependências do colégio. Além da localização destas, também se levou em consideração o espaço oferecido à equipe a fim de facilitar a operacionalização da coleta de dados.

Os adolescentes matriculados nessas escolas e que estivessem cursando o sexto ano do EF do ano letivo de 2010, período em que foi formada a linha de base do ELANA, foram então convidados a participar do estudo. Como o estudo de fundo tinha proposta inicial de avaliar a trajetória das medidas antropométricas dos adolescentes, foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: (1) alunos com certas deficiências físicas e/ou motoras (amputados, por exemplo), que dificultariam a realização de exames antropométricos específicos (bioimpedância elétrica) ou de competência física (teste de corrida); (2) adolescentes grávidas e (3) adolescentes em tratamento medicamentoso para obesidade. Apenas um adolescente foi excluído segundo estes critérios.

Em todas as fases foram feitas medidas antropométricas (peso, altura, medida do perímetro abdominal) e de avaliação da composição corporal (bioimpedância). Os alunos

também respondiam questionários multidimensionais auto preenchíveis que abarcavam diversas questões envolvidas com a saúde do adolescente. A resposta ao questionário era realizada na sala de aula, durante o horário das aulas de educação física. Nesse momento, apenas a equipe treinada e os adolescentes ficavam na sala. Estes eram então informados do sigilo das respostas, inclusive aos seus pais e professores, e da importância de respondê-las individualmente.

Em 2010, o questionário continha informações sobre nível socioeconômico, consumo e práticas alimentares, prática de atividade física, comportamentos sedentários, comportamentos de risco para transtornos alimentares, percepção da imagem corporal e da qualidade de vida, rastreamento de transtornos mentais comuns e de *teasing* sofrido na escola. Nesta primeira onda, também foram realizados teste de corrida e caminhada de nove minutos para avaliar a resistência cardiorrespiratória dos adolescentes.

Na segunda fase, em 2011, além das medidas antropométricas, foram coletadas informações sobre o consumo de bebidas alcoólicas por meio de instrumento próprio. Em 2012, foram reaplicados os instrumentos para aferição de transtornos mentais comuns, *teasing* e atividade física. Além disso, foi avaliada novamente a percepção da imagem corporal e uso de dieta ou estratégias para redução de peso. A violência sofrida pelo adolescente pôde ser aferida por meio de dois instrumentos: um que avalia sua ocorrência nos últimos 12 meses e outro que afere a violência familiar pregressa, sofrida até os 10 anos de vida. Também foi pedido aos adolescentes que retornassem informações sobre escolaridade de seus pais e do chefe da família.

Na quarta e última onda, em 2013, foi aplicado questionário bastante semelhante ao da primeira onda, contendo instrumentos que abrangiam o uso de álcool, percepção da imagem corporal e qualidade de vida, frequência alimentar, violência familiar (atual e pregressa) e rastreamento de transtornos mentais comuns. Além disso, foi incluído o instrumento s-EMBU para aferição do relacionamento entre pais e filhos, por meio das práticas educativas parentais.

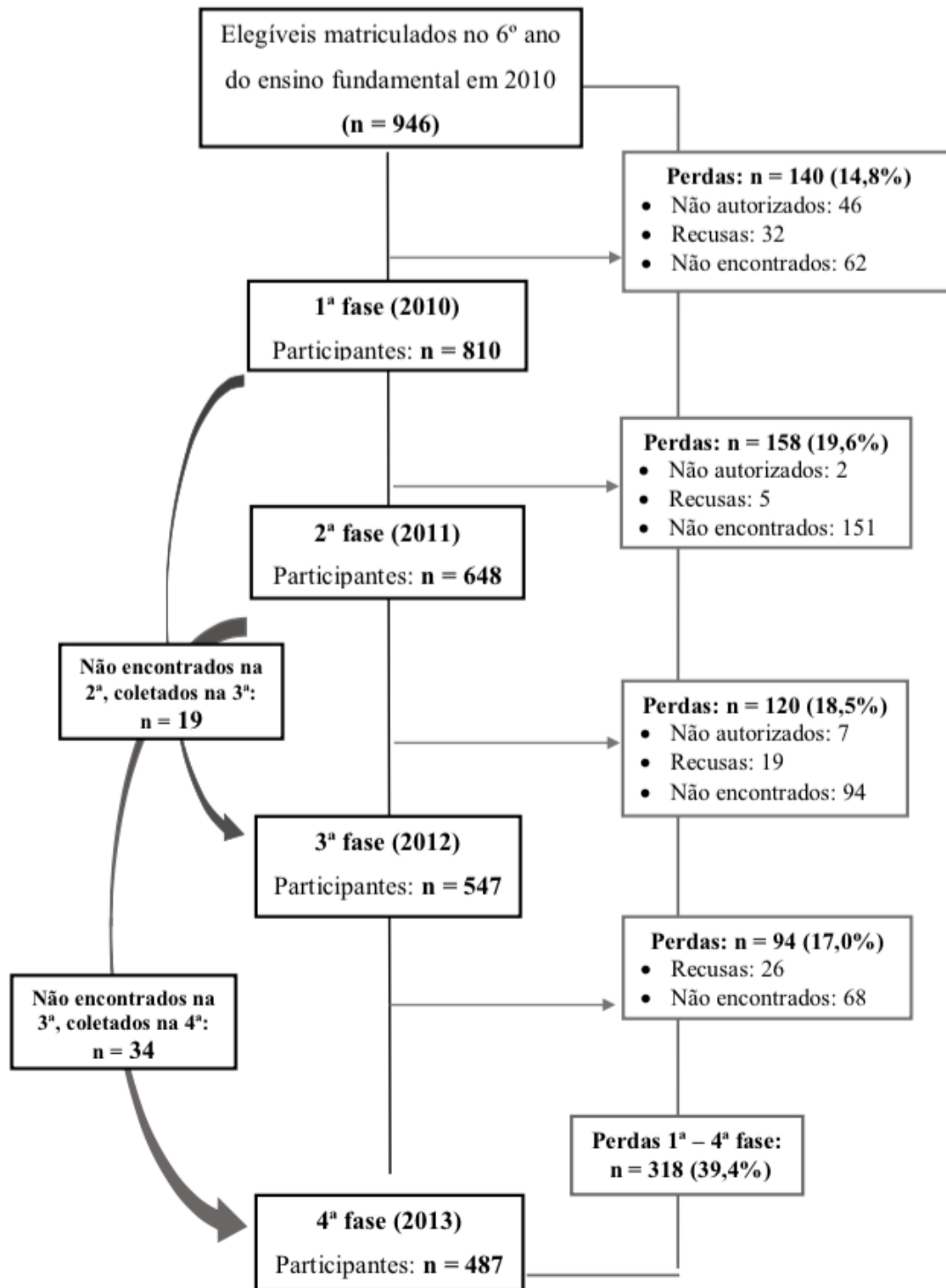
A Figura 3 detalha o fluxograma de participação dos adolescentes na pesquisa e as consequentes perdas do estudo. Como se pode notar, para a coleta na primeira fase do estudo, 62 dos 946 elegíveis (6,5%) não foram encontrados apesar de oficialmente matriculados em escolas públicas. Em geral, o percentual de recusas na participação da pesquisa foi menor que 5% em cada onda.

Ao longo dos 4 anos de seguimento, muitos alunos trocaram de escola ou pararam de estudar, o que acarretou em 39% de perdas. Cabe frisar que a proporção de perdas chegava a mais de 50% nesta última onda, porém parte dos alunos foi recuperada após busca ativa

realizada pelos pesquisadores por meio principalmente de ligações telefônicas domiciliares. Assim, após a informação da nova escola via telefone e a consequente autorização do diretor da mesma, realizava-se a coleta de dados daquele aluno.

Dentre os adolescentes que não foram encontrados para coleta de dados nas ondas subsequentes à primeira, 52% estudavam em escola particular e um pouco mais da metade era do sexo masculino. Além disso, 43% se declararam como de cor branca e 34% como de cor parda. Sessenta por cento tinham idade entre 12 e 13 anos e 27% entre 14 e 19 anos, sendo, portanto, a maioria destas perdas composta de adolescentes que eram repetentes do sexto ano do ensino fundamental.

Figura 3 – Fluxograma de participação e perdas dos adolescentes do ensino fundamental ao longo dos quatro anos de seguimento do Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA). Rio de Janeiro – Brasil, 2010 - 2013.



8.1.2. Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (CAAE 0020.0.259.000-09), estando em conformidade com as orientações da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2013). Os adolescentes deveriam levar para casa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e trazê-los de volta assinados pelos pais e/ou responsáveis. O sigilo das informações fornecidas e a não obrigatoriedade de participação do estudante na pesquisa foram destacados no TCLE.

Os resultados das avaliações nutricionais foram entregues aos adolescentes participantes do estudo. Aqueles que apresentavam alterações que representasse risco à saúde foram aconselhados a procurar orientação profissional. Ao final de cada coleta de dados, os diretores das escolas participantes receberam relatórios com resultados preliminares das avaliações com enfoque na avaliação nutricional, imagem corporal, consumo alimentar e de álcool e exposição a *teasing* ou provocações por parte dos alunos.

8.2 **Métodos referentes ao estudo atual**

8.2.1 Desenho e população de estudo

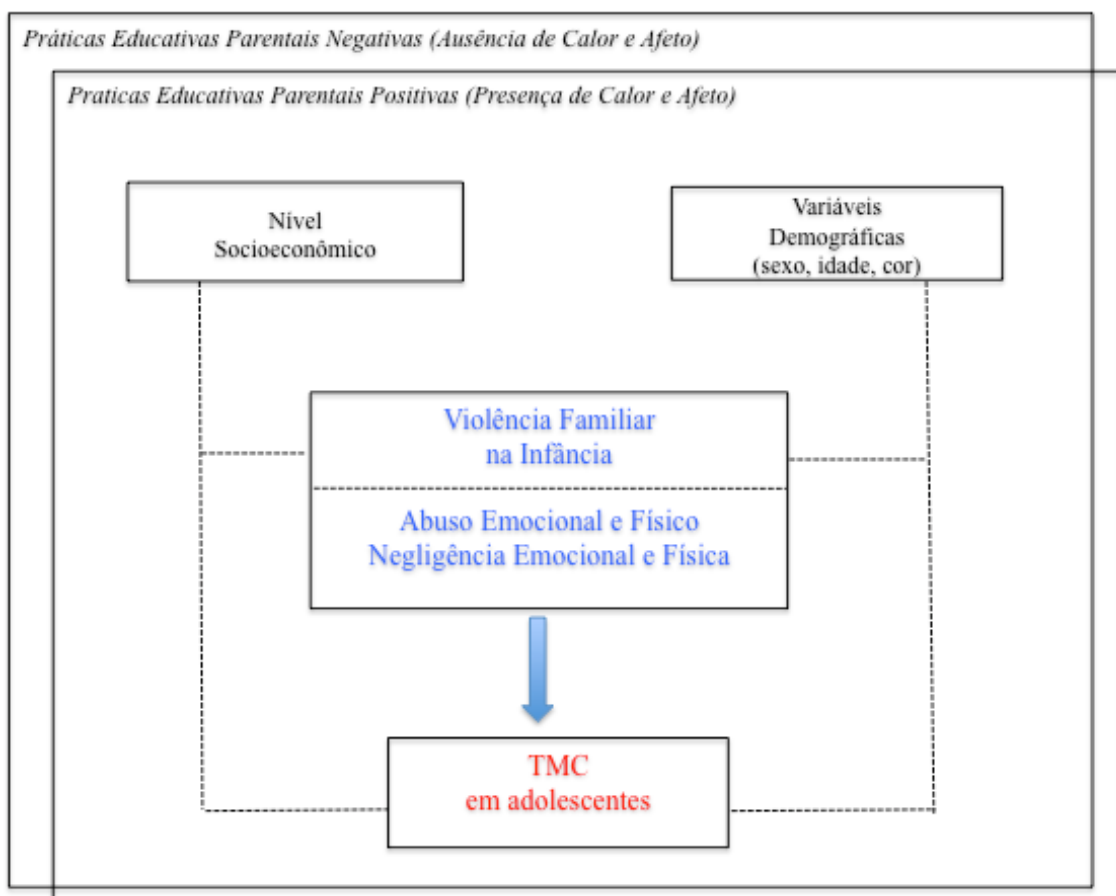
O estudo atual teve a participação dos adolescentes da última onda da coorte de EF do ELANA, sendo realizado, portanto, uma abordagem transversal. Os alunos estavam cursando o nono ano do EF e tinham em média 14 anos.

8.2.2 Modelo teórico-operacional e operacionalização das variáveis

O modelo teórico-operacional mostra as relações entre violência familiar contra crianças e adolescentes, práticas educativas parentais e transtornos mentais comuns em

adolescentes. Como é notado na Figura 4, este modelo ilustra apenas as variáveis utilizadas no presente estudo, a fim de facilitar a visualização destas relações. É importante frisar que há diversos fatores de risco e proteção, citados na literatura que aborda as repercussões das várias formas de violência na infância e suas repercussões na saúde mental, que não foram contemplados por este modelo.

Figura 4 – Modelo teórico-operacional das relações entre violência familiar sofrida na infância, práticas educativas parentais e transtornos mentais comuns (TMC) em adolescentes.



A dimensão distal se constituiu das variáveis demográficas (sexo, idade e cor da pele) e do nível socioeconômico da família do adolescente. Para fins de análise, optou-se por construir um indicador de bens a partir de informações sobre a posse de bens duráveis no domicílio, conforme metodologia empregada por Szwarcwald et al., calculado por $IB = \sum_i (1 - f_i) b_i$, onde $i = 1 - 8$ patrimônios e $b_i = 1$ ou 0 , respectivamente, na presença ou

ausência de: televisor em cores; videocassete ou DVD; rádio; banheiro; automóvel; máquina de lavar roupas; geladeira; e freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex). O peso atribuído à presença de cada item é dado pelo complemento da frequência relativa (f_i) de cada item; quanto mais rara a presença do item, maior o seu peso (Szwarcwald *et al.*, 2005).

A variável de exposição – tipo de violência familiar sofrida na infância – situou-se no nível proximal do modelo, assim como a variável suspeita de modificação de efeito, que diz respeito ao grau de calor emocional (ou afeto) oferecido pelos pais.

A violência familiar sofrida na Infância (VFI) foi aferida por meio da versão reduzida, de 28 itens, do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). Este permitiu captar a violência familiar vivenciada no passado, uma vez que o período recordatório utilizado neste estudo foi desde que o respondente se lembre até os 10 anos de idade. O respondente assinala a frequência de ocorrência de eventos violentos ocorridos na infância em uma escala do tipo *Likert*, havendo cinco opções de respostas que variam de “nunca” (1) a “sempre” (5) (Bernstein *et al.*, 2003).

São cinco as dimensões abarcadas pelo instrumento: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física (Bernstein *et al.*, 2003). Entretanto, nesta pesquisa, optou-se por excluir os cinco itens que avaliam a violência sexual, pois a abordagem deste assunto, de foro extremamente íntimo, poderia comprometer a coleta de dados caso os diretores, professores ou pais os julgassem excessivamente invasivos. A escala não é específica quanto à identificação do perpetrador faz referência apenas a “alguém da minha família” ou “pessoas da minha família”, havendo menção aos pais em apenas dois itens de dimensões distintas¹.

Trata-se de um instrumento previamente testado, validado e com estrutura dimensional e propriedades psicométricas estudadas em diferentes populações e países (Bernstein *et al.*, 2003; Paivio e Cramer, 2004; Villano *et al.*, 2004; Thombs *et al.*, 2007; Gerdner e Allgulander, 2009; Wingenfeld *et al.*, 2010; Kim *et al.*, 2011; Forde *et al.*, 2012; Klinitzke *et al.*, 2012). No Brasil, o processo de adaptação transcultural da versão reduzida do instrumento iniciou-se por Grassi-Oliveira, Stein & Pezzi, tendo o instrumento apresentado boas propriedades psicométricas para adolescentes (Grassi-Oliveira *et al.*, 2006; Grassi-Oliveira *et al.*, 2014). Os autores passaram a denominá-lo “Questionário sobre Traumas na Infância” (QUESI) (Grassi-Oliveira *et al.*, 2006).

¹ Para maiores detalhes dos itens componentes de cada dimensão, vide ANEXO A (pg 142).

Para fins de análise, optou-se por dicotomizar as variáveis de exposição correspondentes a cada tipo de VFI – abuso físico ou emocional e negligência física ou emocional. Desta forma, a opção de resposta “nunca” foi considerada como ausência de exposição àquele tipo de violência pregressa. Foram considerados expostos à VFI aqueles com pelo menos uma resposta positiva nos itens componentes de sua respectiva dimensão.

A subescala de negligência emocional apresenta itens invertidos, sendo a pontuação da maior frequência daquela situação indicativa de não ocorrência deste tipo de violência. Para operacionalização desta subescala, optou-se por juntar as categorias de resposta “sempre” e “muitas vezes”. Qualquer resposta positiva nas outras categorias de resposta foi considerada como exposição à negligência emocional.

No estudo de fundo, as práticas educativas parentais foram aferidas por meio da versão de 23 itens do instrumento s-EMBU, que tem mostrado propriedades psicométricas aceitáveis em diversos países (Arrindell *et al.*, 1999; Arrindell *et al.*, 2001; Arrindell *et al.*, 2005). Como já apontado, este contempla as seguintes dimensões: Rejeição (7 itens), Calor Emocional (6 itens) e Superproteção (10 itens). Para o estudo das relações entre violência familiar pregressa, práticas educativas parentais e TMC em adolescentes, utilizou-se apenas a dimensão de Calor Emocional que congrega itens que se reportam às manifestações de carinho e atenção tais como quando os pais levam em conta os pontos de vista dos filhos, ajudam-nos com atividades importantes ou quando têm problemas; e quando proporcionam estímulo intelectual e inspiram confiança (Perris *et al.*, 1980).

As opções de resposta do instrumento variam de “nunca” (0) até “quase sempre” (4). Quanto maior a pontuação do indivíduo, maior o grau de calor emocional oferecido pelos pais. Para fins de análise, a população de estudo foi estratificada em três subgrupos, referentes aos tercís do escore do grau de calor emocional referente ao relacionamento com mãe e pai separadamente. Posteriormente, optou-se por agrupar os dois tercís com maiores relatos de calor emocional. Desta forma, para cada um dos pais, a variável grau de calor emocional foi categorizada em “Elevado e Médio Calor Emocional”, correspondente aos dois tercís com maiores graus de afeto, e “Baixo Calor Emocional”, referente ao tercil com o menor grau de afeto.

Para aferição do desfecho, o instrumento GHQ (*General Health Questionnaire*) foi usado em sua versão mais curta, de 12 itens. Este é amplamente empregado, em todas as faixas etárias, em pesquisas internacionais e nacionais, sendo validado na população adulta brasileira por Mari & Williams em 1985 (Mari e Williams, 1985; Stanfeld e Marmot, 1992; Weich e Lewis, 1998; Makowska *et al.*, 2002). Em 2002, Meneses realizou estudo de

confiabilidade na população adolescente brasileira, que mostrou um bom índice de concordância ($k=0,84$; IC95% 0,48 e 1,00) (Meneses, 2002). Mais recentemente, estudo psicométrico espanhol, realizado em 2012, com mais de 4.000 adolescentes, evidenciou *alpha* de Cronbach de 0,82 (Padron *et al.*, 2012).

O GHQ é um instrumento para rastreamento de transtornos psiquiátricos menores, como ansiedade e depressão. Entre os sintomas que caracterizam os TMC estão aqueles considerados depressivos não psicóticos, tais como: diminuição das atividades diárias, comportamento antissocial, perda da autoestima, ansiedade, esquecimento, dificuldade na concentração e tomada de decisões, falta de apetite e má digestão, causando prejuízos às atividades diárias. Os 12 itens do GHQ abarcam sentimentos de tensão, depressão, incapacidade de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança (Veggi *et al.*, 2004; Marques *et al.*, 2012). O período de referência do GHQ utilizado foi de duas semanas anteriores à data da entrevista (Lopes *et al.*, 2003; Veggi *et al.*, 2004; Marques *et al.*, 2012). Para fins de análise, optou-se por utilizar o escore total da variável.

8.2.3 Análise de Dados

A primeira etapa da adaptação transcultural (ATC) do instrumento s-EMBU para aferição de práticas educativas parentais foi realizada tendo como premissa o modelo universalista sugerido por Herdman *et al.* (Herdman *et al.*, 1998). Avaliou-se a equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional da nova versão brasileira do instrumento, fruto deste processo de adaptação. Para evitar redundâncias, os procedimentos e métodos realizados em cada uma destas etapas serão pormenorizados em seção subsequente, pois consta de uma comunicação breve, publicada pelos Cadernos de Saúde Pública em agosto de 2014.

A segunda etapa da ATC (Artigo 2) teve como objetivo a avaliação da estrutura dimensional do instrumento, iniciando-se portanto a apreciação de sua equivalência de mensuração. Esta começou com a reavaliação da estrutura original de três fatores proposta por estudos psicométricos anteriores, sendo implantada uma análise fatorial confirmatória (AFC) (Arrindell *et al.*, 2001; Arrindell *et al.*, 2005; Penelo *et al.*, 2012). O ajuste do modelo foi então avaliado, especialmente por meio de três índices: *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI) (Hu e Bentler, 1999; Brown, 2006). O passo seguinte consistiu em uma reavaliação da estrutura do

s-EMBU através de análises exploratórias (AFE) e modelos de equação estrutural (MEE), para que todos os modelos configurais plausíveis fossem explorados (Brown, 2006; Marsh *et al.*, 2009). O processo de análise de dados é mais detalhado a frente, no Artigo 2 exposto na seção de Resultados.

A análise de dados referente ao estudo das relações entre violência familiar progressiva, práticas educativas parentais e TMC em adolescentes (Artigo 3) foi iniciada a partir de uma análise descritiva, com intuito de verificar a distribuição das principais variáveis e caracterizar a população de estudo. A etapa seguinte do processo consistiu na exploração das relações de cada variável com o desfecho por meio de regressão linear simples.

A exposição à violência familiar na infância foi avaliada segundo os tipos abarcados pelo instrumento QUESI. Desta forma, foram gerados quatro modelos, contendo as seguintes variáveis de exposição: abuso emocional, abuso físico, negligência emocional e negligência física. Todos os modelos foram ajustados pelas variáveis demográficas e socioeconômicas, sendo realizada análise do tipo regressão linear múltipla. Com objetivo de respeitar a parcimônia do modelo e de entender melhor o papel das práticas educativas ‘positivas’ da mãe e do pai em separado, optou-se por realizar a análise em duas etapas, uma com os quatro modelos citados e o grau de calor emocional referente ao relacionamento do adolescente com sua mãe e outra, com os mesmos modelos, porém considerando agora o grau de calor emocional nas relações com o pai.

O Teste de Razão de Verossimilhança (TRV) foi utilizado com objetivo de identificar se o modelo com o termo de interação (tipo de violência x práticas parentais positivas) tinha ou não melhor ajuste do que aquele sem o respectivo termo (Rothman *et al.*, 2008). Mais detalhes são apresentados no Artigo 3 da seção de Resultados.

9 RESULTADOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados aqui apresentados visaram fortalecer o conhecimento das consequências da violência familiar sofrida durante a infância na saúde mental de adolescentes, avaliando o papel de práticas educativas parentais positivas neste processo.

A revisão bibliográfica acerca do assunto deixou clara a escassez de estudos que apreciem fatores de risco e proteção para saúde mental, particularmente no âmbito da epidemiologia. O debate acerca das repercussões das práticas educativas parentais na saúde de indivíduos vem acontecendo com um pouco mais de frequência em pesquisas no campo da psicologia, entretanto, ainda é raro na epidemiologia. Apesar da importantíssima reflexão teórica a respeito destas práticas, poucos autores apresentaram métodos epidemiológicos apropriados quanto aos instrumentos de aferição dos construtos, tamanho amostral e procedimentos empregados nas análises de dados.

Nesse sentido, o processo de adaptação transcultural (ATC) do instrumento s-EMBU aqui iniciado, apesar de revelar a complexidade do construto das relações entre pais e filhos, evidencia que este é passível de aferição. Espera-se que, a partir do aprimoramento deste instrumento para a população adolescente, seja possível se apreciar estas relações aumentando o grau de confiança nos resultados dos estudos e permitindo comparabilidade com achados de outras pesquisas. Todavia, é fundamental a continuidade de seu processo de ATC, devendo-se repetir sua aplicação em outras amostras populacionais, para avaliação da persistência ou não das inconsistências quanto à dimensão Superproteção. Uma vez decidido pela substituição ou não de itens, há de se continuar a ATC, apreciando-se o instrumento quanto a novas análises da dimensionalidade, sobretudo quanto às validades convergente e discriminante, à confiabilidade e à discriminabilidade dos itens no traço latente.

Quanto às repercussões da violência familiar sofrida na infância na saúde mental dos adolescentes, o valor deste estudo fica evidente ao aumentar a capacidade de identificar precocemente casos de violência familiar ou de transtornos mentais nos serviços de saúde. Fica claro também que a magnitude tanto da violência familiar quanto das práticas coercitivas não pode mais ser ignorada por profissionais de saúde ou de educação. Ademais, deve-se unir esforços em todas as esferas da sociedade para que crianças e adolescentes não sofram abusos durante esta fase tão lúdica da vida.

Os efeitos benéficos de práticas educativas parentais de calor e afeto (e aqueles deletérios de práticas coercitivas) na saúde de adolescentes evidenciam a necessidade de reflexão e debate com os pais em diversos cenários possíveis, em especial nos serviços de saúde e escolas. Refletir e debater sobre as consequências de expor crianças e adolescentes a determinadas práticas educativas, enfatizando a importância da escolha por práticas positivas, pode contribuir para o fortalecimento da resiliência contra adversidades da vida e para a ruptura do ciclo de violência familiar, muitas vezes mantido por gerações na mesma família.

Apesar de não se ter encontrado efeito modificador destas práticas quando há história de abuso emocional ou físico na infância, os resultados apresentados nesta Tese são apenas etapas iniciais desta investigação. É possível que este não tenha sido encontrado por causa do tamanho amostral relativamente pequeno, uma vez que em todas as análises as estimativas sugerem efeitos protetores do calor emocional, porém sem significância estatística.

Este efeito ainda será investigado por meio de outras ferramentas de análise de dados mais complexas, que permitam o estudo de variáveis mediadoras e os efeitos concomitantes das diferentes formas de violência pregressa, como as análises de caminhos (*path analysis*). Neste processo, serão explorados todos os caminhos plausíveis entre as exposições de interesse e o desfecho, segundo o modelo teórico subjacente, sua significância estatística e índices de modificação do ajuste de modelo. O processo global será interrompido apenas quando nenhum caminho adicional for sugerido, com os caminhos restantes apresentando significância estatística à luz de níveis aceitáveis de ajuste de modelo e embasamento teórico.

Outra questão a ser abordada será a ampla ausência de informações a respeito da escolaridade dos responsáveis pelos adolescentes. Isto ocorreu nesta pesquisa devido ao desconhecimento dos adolescentes quanto a esta informação. Os participantes foram então orientados a levar um pequeno formulário para casa para que seus pais preenchessem, porém muitos não o trouxeram de volta aos pesquisadores, apesar de explicada a importância daquelas informações. Desta forma, há aproximadamente 27% de dados faltantes no que diz respeito à escolaridade do chefe da família. A preocupação é que a escolaridade dos pais pode refletir de forma mais apropriada as condições socioeconômicas da família quando comparada à aquisição de bens duráveis. A proposta para a resolução do problema seria o procedimento de imputação múltipla, considerando estas variáveis como *missing at random*. Assim, é possível tentar recuperar estas informações de forma um pouco mais fidedigna.

Como demonstrado nesta Tese, o estudo do papel das relações entre pais e filhos é crucial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção à saúde mental de indivíduos. O calor e afeto oferecidos pelos pais são cruciais para reduzir os efeitos deletérios

da negligência física, tão presente em lares brasileiros e em países onde imperam a desigualdade social e a pobreza. Nesse sentido, práticas educativas parentais positivas podem proteger os adolescentes das repercussões negativas das adversidades e violência familiar sofridas na infância. Portanto, estas práticas não devem mais ser esquecidas em pesquisas epidemiológicas que investiguem tanto fatores de risco e proteção à saúde mental como as repercussões da violência familiar.

REFERÊNCIAS

AAP. Guidance for effective discipline. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1998. Reaffirmed April 2014. *Pediatrics*, v. 101, n. 4 Pt 1, p. 723-8, Apr 2014.

_____. Where We Stand: Spanking. 2015. Disponível em: <http://www.healthychildren.org/English/family-life/family-dynamics/communication-discipline/Pages/Where-We-Stand-Spanking.aspx>. Acesso em: 01.03.

ALMEIDA FILHO, N. Confiabilidade de um questionário para detecção de transtornos mentais na infância e adolescência. *Rev Med Bahia* v. 23, p. 43-52, 1976.

ALUJA, A.; DEL BARRIO, V.; GARCIA, L. F. Comparison of several shortened versions of the EMBU: exploratory and confirmatory factor analyses. *Scand J Psychol*, v. 47, n. 1, p. 23-31, Feb 2006a.

_____. Do parents and adolescents differ in their perceptions of rearing styles? Analysis of the EMBU versions for parents and adolescents. *Scand J Psychol*, v. 47, n. 2, p. 103-8, Apr 2006b.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, p. 449-460, 2001.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 2006. 196.

_____. The Short-EMBU in Australia, Spain, and Venezuela: Factorial Invariance, and Associations with Sex Roles, Self-Esteem, and Eysenckian Personality Dimensions. *European Journal of Psychological Assessment*, v. 21, n. 1, p. 56-66, 2005.

_____. Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices. A Dutch form of the EMBU. *Acta Psychiatr Scand*, v. 67, n. 3, p. 163-77, Mar 1983.

_____. The short-EMBU in East-Germany and Sweden: a cross-national factorial validity extension. *Scand J Psychol*, v. 42, n. 2, p. 157-60, Apr 2001.

_____. The development of a short form of EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, v. 27, p. 613-628, 1999.

ASSIS, S. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.

_____. *Resiliência na Adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ENSP / CLAVES, 2008.

_____. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. L. Labirinto de espelhos: a formação da auto-estima na adolescência. . FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2004.

AVANCI, J. Q. et al. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 23, n. 3, p. 287-294, 2007.

BAUMRIND, D. Effects of authoritative control onn child behavior. *Child Development*, v. 37, p. 887-907, 1966.

_____. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr*, v. 75, n. 1, p. 43-88, Feb 1967.

_____. Authoritarian v. authoritative parental control. *Adolescence*, v. 3, p. 255-272, 1968.

_____. Current Patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, v. 4, n. 1 Part 2, p. 1-103, 1971.

_____. An exploratory study of socialization effects on black children: some black-white comparisons. *Child Dev*, v. 43, n. 1, p. 261-7, Mar 1972.

_____. Does causally relevant research support a blanket injunction against disciplinary spanking by parents? . In Paper presented at the meeting of the American Psychological Association San Francisco, CA. 2001.

BELLIS, M. A. et al. Childhood happiness and violence: a retrospective study of their impacts on adult well-being. *BMJ Open*, v. 3, n. 9, p. e003427, 2013.

BELSKY, J. The determinants of parenting: a process model. *Child Dev*, v. 55, n. 1, p. 83-96, Feb 1984.

BENCHAYA, M. C. et al. Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. *J Pediatr (Rio J)*, v. 87, n. 3, p. 238-44, May-Jun 8 2011.

BERGE, J. M. et al. Parenting characteristics in the home environment and adolescent overweight: a latent class analysis. *Obesity (Silver Spring)*, v. 18, n. 4, p. 818-25, Apr 2010.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, v. 27, n. 2, p. 169-90, Feb 2003.

BORDIN, I. A. et al. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. 4, p. 290-6, Dec 2006.

BOWLBY, J. *Maternal Care and Mental Health*. WHO. Genebra. 1952

BRASIL. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. . Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2002

_____. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil. Ministério da Saúde. Brasília. 2005a

_____. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2005b

_____. Marco Legal: Saúde um direito de Adolescentes. Ministério da Saúde,. Brasília. 2007

_____. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, p.132. 2010

_____. Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica, n °34. Ministério da Saúde. Brasília, p.137. 2013

_____. LEI Nº 13.010, DE 26 DE JUNHO DE 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Presidência da República. Brasília. 2014

BRONFENBRENNER, U. Ecological Models of human development. In: GAUVAIN, M. e COLE, M. (Ed.). Readings on the development of children. New York: Freeman, 1993. p.37-43.

BROWN, T. A. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. New York: Guilford Press, 2006.

CANAVARRO, M. C. S. A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, v. 16, p. 5-18, 1996.

CASTRO, J. et al. Perceived Parental rearing style in Spanish adolescents, children and parents. Three new forms of EMBU. In: STEFANIS, C. N.;C.R., S., et al (Ed.). *Psychiatry: A World Perspective*. Amsterdam: Elsevier, v.4, 1990.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Competência social e empatia: Um estudo sobre resistência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 1, p. 71-93, 2000.

CECCONELLO, R. M.; DE ANTONI, A.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, v. 8, p. 45-50, 2003.

COLLISHAW, S. et al. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl*, v. 31, n. 3, p. 211-29, Mar 2007.

CONEP. Norma Operacional 01/2013 para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 1466/12). Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Brasília. 2013

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA). Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e

Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 - 2020. Secretaria de Direitos Humanos. Brasília. 2010

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting Style as a Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, v. 113, n. 3, p. 487-496, 1993.

DORNBUSCH, S. M. et al. The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, v. 58, p. 1244-1257, 1987.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

ENTEN, R. S.; GOLAN, M. Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, v. 52, n. 3, p. 784-7, Jun 2009.

FATORI, D. et al. Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, v. 13, p. 31, 2013.

FERGUSON, C. J. Spanking, corporal punishment and negative long-term outcomes: a meta-analytic review of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*, v. 33, n. 1, p. 196-208, Feb 2013.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *British Medical Journal*, v. 323, p. 599-600, 2001.

FORDE, D. R. et al. Factor structure and reliability of the childhood trauma questionnaire and prevalence estimates of trauma for male and female street youth. *J Interpers Violence*, v. 27, n. 2, p. 364-79, Jan 2012.

FROTA, A. M. A reinstalação do si-mesmo: uma compreensão fenomenológica da adolescência à luz da teoria do amadurecimento de Winnicott. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 58, n. 2, p. 51-66, 2006.

GERDNER, A.; ALLGULANDER, C. Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF). *Nord J Psychiatry*, v. 63, n. 2, p. 160-70, 2009.

GERLSMA, C. et al. A Parental Rearing Style Questionnaire for use with Adolescents: Psychometric Evaluation of the EMBU-A. *Personality and Individual Differences*, v. 12, n. 12, p. 1245-1253, 1991.

GOMIDE, P. I. C. Pais presentes, pais ausentes. Petrópolis: Vozes, 2004.

GONÇALVES, H. S. Infância e violência no Brasil. FAPERJ/NAU. Rio de Janeiro. 2003

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.

GORAYEB, R. Child rearing patterns in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. Supplementum, n. 344, p. 147-149, 1988.

GRASSI-OLIVEIRA, R. et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One*, v. 9, n. 1, p. e87118, 2014.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. [Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language]. *Rev Saude Publica*, v. 40, n. 2, p. 249-55, Apr 2006.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. [Environmental influences on child mental health]. *J Pediatr (Rio J)*, v. 80, n. 2 Suppl, p. S104-10, Apr 2004.

HARPER, K. et al. Erradicando o castigo físico e humilhante com a criança: Manual de Ação. Save the Children. 2005

HART, L. A. A família moderna: Uma reflexão sobre o desenvolvimento de uma relação madura e saudável entre pais e filhos. São Paulo: Saraiva, 1992.

HENNIGEN, I. Dimensões psicossociais da adolescência: Identidade, relação familiar e relação com amigos. 1994. (Dissertação de Mestrado). Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*, v. 7, n. 4, p. 323-35, 1998.

HERMAN-SMITH, R. Intimate partner violence exposure in early childhood: an ecobiodevelopmental perspective. *Health Soc Work*, v. 38, n. 4, p. 231-9, Nov 2013.

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

_____. Discipline and Internalization. *Developmental Psychology*, v. 30, p. 26-28, 1994.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, v. 6, n. 1-55, 1999.

HUANG, Y. et al. A pilot evaluation of the EMBU Scale in Japan and the USA. *Acta Psychiatr Scand*, v. 94, n. 6, p. 445-8, Dec 1996.

IBGE. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. . Rio de Janeiro. 1989

_____. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. 2010a.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Características da vitimização e do acesso à justiça no Brasil, 2009. Rio de Janeiro. 2010b

JAUREGUI LOBERA, I.; BOLANOS RIOS, P.; GARRIDO CASALS, O. Parenting styles and eating disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, v. 18, n. 8, p. 728-35, Oct 2011.

KERR, M.; STATTIN, H.; OZDEMIR, M. Perceived parenting style and adolescent adjustment: revisiting directions of effects and the role of parental knowledge. *Dev Psychol*, v. 48, n. 6, p. 1540-53, Nov 2012.

KIM, D. et al. Reliability and validity of the korean version of the childhood trauma questionnaire-short form for psychiatric outpatients. *Psychiatry Investig*, v. 8, n. 4, p. 305-11, Dec 2011.

KLINITZKE, G. et al. [The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, v. 62, n. 2, p. 47-51, Feb 2012.

KOBARG, A. P. R.; VIEIRA, V.; VIEIRA, M. L. Validação da Escala de Lembranças Sobre Práticas Parentais (EMBU). *Avaliação Psicológica*, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2010.

LAIBLE, D. J.; CARLO, G. The differential relations of maternal and paternal support and control to adolescent social competence, self-worth, and sympathy. *Journal of Adolescent Research*, v. 19, p. 759-782, 2004.

LEWIS, C. C. The effects of parental firm control: A reinterpretation of the findings. *Psychological Bulletin*, v. 90, p. 547-563, 1981.

LI, Z.; WANG, L.; ZHANG, L. Exploratory and confirmatory factor analysis of a short-form of the EMBU among Chinese adolescents. *Psychol Rep*, v. 110, n. 1, p. 263-75, Feb 2012.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. [Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study]. *Cad Saude Publica*, v. 19, n. 6, p. 1713-20, Nov-Dec 2003.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialization in the context of the family: Parental-child interaction. In: MUSSEN, P. H. (Ed.). *Handbook of Child Psychology 4th Edition*. New York: Wiley, v.4, 1983. p.1-101.

MAKOWSKA, Z. et al. The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *Int J Occup Med Environ Health*, v. 15, n. 4, p. 353-62, 2002.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*, v. 15, n. 3, p. 651-9, Aug 1985.

MARQUES, F. D. A.; LEGAL, E. J.; ET AL. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria* v. 30, p. 553-561, 2012.

MARSH, H. et al. Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: application to students' evaluations of university teaching. *Struc Equ Modeling* v. 16, p. 439-76, 2009.

MCLAUGHLIN, K. A. et al. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, v. 69, n. 11, p. 1151-60, Nov 2012.

MENESES, C. Morbidade psiquiátrica menor entre adolescentes cronicamente doentes atendidos em um ambulatório especializado no Rio de Janeiro. 2002. (Dissertação de Mestrado). Departamento de Epidemiologia - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.

MONDIN, E. M. C. Práticas Educativas Parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicologia Argumento*, v. 26, n. 54, p. 233-244, 2008.

MOURA, A. T.; REICHENHEIM, M. E. [Are we really detecting violence in families of children visiting our health services? The experience of a public health service in Rio de Janeiro, Brazil]. *Cad Saude Publica*, v. 21, n. 4, p. 1124-33, Jul-Aug 2005.

NCANDS. Child Maltreatment. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC. 2012

NEWMAN, K. et al. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 16, n. 1, p. 142-150, 2008.

NORMAN, R. E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, v. 9, n. 11, p. e1001349, 2012.

OLIVEIRA, A. C. Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes no âmbito da SES/RJ – 2000 a 2002. 2004. Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, D. M. D.; FULGENCIO, L. P. Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a Educação. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 64-80, 2010.

PACHECO, J. T. B.; SILVEIRA, L. M. O. B.; SCHNEIDER, A. M. A. Estilos e práticas educativas parentais: análise da relação desses construtos sob a perspectiva dos adolescentes. *Psico*, v. 39, n. 1, p. 66-73, 2008.

PADRON, A. et al. Confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in Spanish adolescents. *Qual Life Res*, v. 21, n. 7, p. 1291-8, Sep 2012.

PAIVA, F. S.; BASTOS, R. R.; RONZANI, T. M. Parenting styles and alcohol consumption among Brazilian adolescents. *J Health Psychol*, v. 17, n. 7, p. 1011-21, Oct 2012.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos Parentais e consumo de drogas entre adolescentes: Revisão Sistemática. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 1, p. 177-183, 2009.

PAIVIO, S. C.; CRAMER, K. M. Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse Negl*, v. 28, n. 8, p. 889-904, Aug 2004.

PARDINI, D. A. Novel insights into longstanding theories of bidirectional parent-child influences: introduction to the special section. *J Abnorm Child Psychol*, v. 36, n. 5, p. 627-31, Jul 2008.

PAULSON, S. E.; MARCHANT, G. J.; ROTHILSBURG, B. A. Early adolescents' perceptions of patterns of parenting, teaching, and school atmosphere: Implications for achievement. *Journal of Adolescence*, v. 18, p. 5-26, 1998.

PELTONEN, K. et al. Parental violence and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, v. 19, n. 11, p. 813-22, Nov 2010.

PENELO, E.; VILADRICH, C.; DOMENECH, J. M. Adolescents' perceptions of parental behavior: psychometric properties of the short Egna Minnen Beträffande Uppfostran-Adolescent version (S-EMBU-A) in a clinical sample. *Compr Psychiatry*, v. 53, n. 1, p. 87-94, Jan 2012.

PERRIS, C. et al. Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr Scand*, v. 61, n. 4, p. 265-74, Apr 1980.

PETROWSKI, K. et al. The assessment of recalled parental rearing behavior and its relationship to life satisfaction and interpersonal problems: a general population study. *BMC Med Res Methodol*, v. 9, p. 17, 2009.

PETROWSKI, K. et al. An ultra-short screening version of the Recalled Parental Rearing Behavior questionnaire (FEE-US) and its factor structure in a representative German sample. *BMC Med Res Methodol*, v. 12, p. 169, 2012.

PETTIT, G. S.; BATES, J. E.; DODGE, K. A Supportive parenting ecological context and children's adjustment: a seven year longitudinal study. *Child Development*, v. 67, n. 5, p. 908-923, 1997.

RAMIRES, V. R. R. et al. Saúde Mental de Crianças no Brasil: Uma Revisão de Literatura. *Interação em Psicologia*, v. 13, n. 2, p. 311-322, 2009.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1962-75, Jun 4 2011.

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

RIKHYE, K. et al. Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: impact on quality of life. *Child Abuse Negl*, v. 32, n. 1, p. 19-34, Jan 2008.

ROSS, M. W.; CAMPBELL, R. L.; CLAYER, J. R. New inventory for measurement of parental rearing patterns. An English form of the EMBU. *Acta Psychiatr Scand*, v. 66, n. 6, p. 499-507, Dec 1982.

ROSS, M. W.; CLAYER, J. R.; CAMPBELL, R. L. Dimensions of child-rearing practices. Factor structure of the EMBU. *Acta Psychiatr Scand*, v. 68, n. 6, p. 476-83, Dec 1983.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. *Modern Epidemiology* (3rd Ed). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins, 2008.

SABLE, P. The Origins of an Attachment Approach to Social Work Practice with Adults. In: BENETT, S. e NELSON, J. K. (Ed.). *Adult Attachment in Clinical Social Work: Practice, Research and Policy*: Springer, 2011. cap. 2, p.17-29.

SAPIENZA, G.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Competência Social e Práticas Educativas Parentais em Adolescentes com Alto e Baixo Rendimento Acadêmico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 22, n. 2, p. 208-213, 2009.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. Sanciona a Lei Menino Bernardo. Brasília, 2014. Disponível em: < <http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/junho/presenta-dilma-rousseff-sanciona-lei-menino-bernardoSanciona> >. Acesso em: 20.11.2014.

SHAKYA, H. B.; CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. Parental influence on substance use in adolescent social networks. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v. 166, n. 12, p. 1132-9, Dec 2012.

SOMEYA, T. et al. Factor analysis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers. *Acta Psychiatr Scand*, v. 100, n. 4, p. 252-7, Oct 1999.

SPERA, C. A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*, v. 17, n. 2, p. 125-146, 2005.

STANFELD, S. A.; MARMOT, G. Social class and minor psychiatric morbidity. A validated screening survey using the General Health Questionnaire in British civil servants. *Psychological Medicine*, v. 22, p. 739-49, 1992.

STEINBERG, L.; ELMEN, J. D.; MOUNTS, N. S. Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, v. 60, p. 1425-1436, 1989.

STEINBERG, L. et al. Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, v. 63, p. 1266-1281, 1992.

STRAUS, M. A. et al. Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22:249-270., v. 22, p. 249-270, 1998.

STREINER, D.; NORMAN, G. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press, 2008.

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 5, p. s11 - s22, 2005.

THOMBS, B. D. et al. An evaluation of the measurement equivalence of the Childhood Trauma Questionnaire--Short Form across gender and race in a sample of drug-abusing adults. *J Psychosom Res*, v. 63, n. 4, p. 391-8, Oct 2007.

UNICEF. Convenção sobre os direitos da Criança. 1989. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm >. Acesso em: 04.02.2014.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Mental Health: A report of the surgeon general. US Department of Health and Human Services. Washington, DC, p.129 - 132. 1999

VEGGI, A. B. et al. [Body mass index, body weight perception and common mental disorders among university employees in Rio de Janeiro]. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 26, n. 4, p. 242-7, Dec 2004.

VILLANO, C. L. et al. Psychometric utility of the childhood trauma questionnaire with female street-based sex workers. *J Trauma Dissociation*, v. 5, n. 3, p. 33-41, 2004.

VINER, R. M. et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, v. 379, n. 9826, p. 1641-52, Apr 28 2012.

VITOLO, Y. L. et al. [Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren]. *Rev Saude Publica*, v. 39, n. 5, p. 716-24, Oct 2005.

WEBER, L.; VIEZZER, A.; BRANDENBURG, O. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2004.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*, v. 317, n. 7151, p. 115-9, Jul 11 1998.

WHO. Constitution of the World Health Organization. WHO. Genebra, p.39. 1946

_____. World Report on Violence and Health. *N S W Public Health Bull*, 13:190., p.13 - 190. 2002

_____. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Genebra. 2005

_____. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva. 2008

_____. Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. Geneva. 2012

_____. 10 facts on adolescent health. 2013a. Disponível em: < http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html >. Acesso em: 16.09.2014.

_____. Child and Adolescent Mental health. 2013b. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/women_children/child_adolescent/en/index.html >. Acesso em: 16.09.2014.

_____. Mental health. 2013c. Disponível em: < http://www.who.int/topics/mental_health/en/ >. Acesso em: 16.09.2014.

_____. Child Maltreatment. 2014. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> >. Acesso em: 17.03.2014.

WINGENFELD, K. et al. [The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ):Preliminary Psychometric Properties.]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, v. 60, n. 8, p. e13, Aug 2010.

WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WOOD, S. L.; SOMMERS, M. S. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, v. 24, n. 4, p. 223-36, Nov 2011.

XIUQIN, H. et al. Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, v. 13, n. 4, p. 401-6, Aug 2010.

ZIMMERMANN, J. J.; EISEMANN, M. R.; FLECK, M. P. Is parental rearing an associated factor of quality of life in adulthood? *Qual Life Res*, v. 17, n. 2, p. 249-55, Mar 2008.

ANEXO A – Instrumentos de Aferição

Instrumento s-EMBU

J. Abaixo há algumas afirmativas sobre o relacionamento entre você e seus pais. Antes de responder este questionário, por favor, leia as instruções cuidadosamente. Cada pergunta tem várias alternativas e você deverá escolher aquela que reflete melhor, tanto o comportamento do seu pai (P), como o de sua mãe (M), na sua educação. Se você não mora com seu pai ou sua mãe, marque a opção a respeito de seu padrasto (ou companheiro/marido/namorado de sua mãe) ou madrasta (ou companheira/mulher/namorada de seu pai), caso você tenha. A seguir, damos um exemplo de como você deve preencher o questionário.

		1	2	3	4
		Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, fre- quentemente	Sim, quase sempre
1. Meus pais são carinhosos comigo	P		X		
	M				X

Atenção: note que “P” se refere a pai (ou, se for o caso, padrasto ou companheiro/marido/namorado de sua mãe) e “M” se refere a mãe (ou, se for o caso, madrasta ou companheira/mulher/namorada de seu pai).

		1	2	3	4
		Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, fre- quentement e	Sim, quase sempre
J1. Meus pais ficam aborrecidos ou zangados comigo sem me dizer os motivos.	P				
	M				
J2. Meus pais me elogiam.	P				
	M				
J3. Eu gostaria que meus pais se preocupassem menos com o que eu faço.	P				
	M				
J4. Meus pais me batem mais do que eu mereço.	P				
	M				
J5. Quando eu chego em casa, tenho que dar satisfação do que eu estava fazendo.	P				
	M				
J6. Meus pais tentam tornar minha adolescência estimulante, interessante, instrutiva (por exemplo, me dando livros para ler, me incentivando a conhecer/ir a lugares interessantes/ que eu gosto).	P				
	M				
J7. Meus pais me criticam na frente dos outros, dizendo que eu sou preguiçoso(a) e/ou inútil.	P				
	M				
J8. Meus pais me proíbem de fazer coisas que outros adolescentes podem fazer com medo de que alguma coisa possa acontecer comigo.	P				
	M				
J9. Meus pais me pressionam para que eu me torne o melhor.	P				
	M				

		1	2	3	4
		Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, frequentemente	Sim, quase sempre
J10. Meus pais parecem ficar tristes, ou de alguma maneira mostram que eu me comporto mal, fazendo com que eu me sinta culpado.	P				
	M				
J11. Meus pais têm um medo exagerado de que alguma coisa me aconteça.	P				
	M				
J12. Se as coisas vão mal para mim, eu sinto que meus pais procuram me consolar e me encorajar.	P				
	M				
J13. Eu sou tratado como "o(a) diferente" ou "o(a) culpado(a) de tudo" da família.	P				
	M				
J14. Meus pais demonstram com palavras e gestos que gostam de mim.	P				
	M				
J15. Eu sinto que meus pais gostam mais do(s) meu(s) irmão(s) e/ou irmã(s) do que de mim. (ATENÇÃO: caso você não tenha irmãos ou irmãs, marque aqui: <input type="checkbox"/>)	P				
	M				
J16. Meus pais me tratam de um jeito que eu sinto vergonha de mim mesmo(a).	P				
	M				
J17. Eu tenho permissão para ir onde eu quiser sem que meus pais fiquem preocupados demais.	P				
	M				
J18. Eu sinto que meus pais interferem em tudo que eu faço.	P				
	M				
J19. Eu sinto que existe carinho e afeto entre mim e meus pais.	P				
	M				
J20. Meus pais costumam colocar limites claros sobre o que eu posso e o que eu não posso fazer, e seguem rigorosamente estes limites.	P				
	M				
J21. Meus pais me castigam com severidade, mesmo por coisas sem importância.	P				
	M				
J22. Meus pais querem decidir sobre como devo me vestir ou sobre minha aparência.	P				
	M				
J23. Eu sinto que meus pais se orgulham quando eu sou bem sucedido(a) em alguma coisa que eu me proponho a fazer.	P				
	M				
J24. As respostas nas linhas "P" acima se referem ao seu relacionamento com o seu...					
1 <input type="checkbox"/> Pai 2 <input type="checkbox"/> Padrasto 3 <input type="checkbox"/> Outro (informe o seu parentesco com ele):					
J25. As respostas nas linhas "M" acima se referem ao seu relacionamento com a sua...					
1 <input type="checkbox"/> Mãe 2 <input type="checkbox"/> Madrasta 3 <input type="checkbox"/> Outra (informe o seu parentesco com ele):					

Instrumento QUESI (Questionário sobre Traumas na Infância)

<p>Q. 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.</p>						
<p>Complete a frase: Desde que eu me lembro até os meus 10 anos de idade...</p>						
<p>Q1. ...eu não tive o suficiente para comer.</p>						
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
<p>Q2. ...eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.</p>						
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
<p>Q3. ...as pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".</p>						
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
<p>Q4. ...meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.</p>						
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
<p>Q5. ...houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.</p>						
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
<p>Q6. ...eu tive que usar roupas sujas.</p>						
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
<p>Q7. ...eu me senti amado (a).</p>						
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
<p>Q8. ...eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.</p>						
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
<p>Q9. ...eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.</p>						
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
<p>Q10. ...não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.</p>						
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
<p>Q11. ...alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.</p>						
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
<p>Q12. ...eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.</p>						
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...									
Q13.	...as pessoas da minha família cuidavam umas das outras.								
1	<input type="checkbox"/> Nunca	2	<input type="checkbox"/> Poucas vezes	3	<input type="checkbox"/> Às vezes	4	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	5	<input type="checkbox"/> Sempre
Q14.	...as pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.								
1	<input type="checkbox"/> Nunca	2	<input type="checkbox"/> Poucas vezes	3	<input type="checkbox"/> Às vezes	4	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	5	<input type="checkbox"/> Sempre
Q15.	...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
Q16.	...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
Q17.	...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
Q18.	...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
Q19.	...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
Q20.	...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
Q21.	...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
Q22.	...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
Q23.	...minha família foi uma fonte de força e apoio.								
1	<input type="checkbox"/> Nunca	2	<input type="checkbox"/> Poucas vezes	3	<input type="checkbox"/> Às vezes	4	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	5	<input type="checkbox"/> Sempre

Itens componentes das dimensões do instrumento QUESI

Abuso Emocional

- Q3. ...as pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.
- Q8. ...eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.
- Q14. ...as pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.
- Q18. ...eu senti que alguém da minha família me odiava.
- Q21. ...eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.

Abuso Físico

- Q9. ...eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.
- Q11. ...alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.
- Q12. ...eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.
- Q15. ...eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.
- Q17. ...eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.

Negligência Emocional

- Q5. ...houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.
- Q7. ...eu me senti amado (a).
- Q13. ...as pessoas da minha família cuidavam umas das outras.
- Q19. ...as pessoas da minha família se sentiam unidas.
- Q23. ...minha família foi uma fonte de força e apoio.

Negligencia Física

- Q1. ...eu não tive o suficiente para comer.
- Q2. ...eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.
- Q4. ...meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.
- Q6. ...eu tive que usar roupas sujas.
- Q22. ...houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.

Instrumento GHQ (General Health Questionnaire)

<p>R. Agora, gostaríamos de saber como você tem passado, <u>NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS</u>, 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.</p>			
<p><u>NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS</u>, você tem...</p>			
<p>R1. ...perdido muito sono por preocupação?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R2. ...se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R3. ...sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R4. ...sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R5. ...sido capaz de enfrentar seus problemas?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R6. ...se sentido capaz de tomar decisões?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R7. ...sentido que está difícil de superar suas dificuldades?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R8. ...se sentido feliz de um modo geral?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R9. ...tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R10. ...se sentido triste e deprimido(a)?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R11. ...perdido a confiança em você mesmo?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
<p>R12. ...se achado uma pessoa sem valor?</p>			
1 <input type="checkbox"/> De jeito nenhum	2 <input type="checkbox"/> Não mais que de costume	3 <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume	4 <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume