

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

DANIEL GRAÇA FATORI DE SÁ

**Fatores ambientais relacionados a problemas de saúde mental de
crianças e adolescentes de comunidade urbana de baixa renda:
um estudo longitudinal**

São Paulo

2010

DANIEL GRAÇA FATORI DE SÁ

**Fatores ambientais relacionados a problemas de saúde mental de
crianças e adolescentes de comunidade urbana de baixa renda:
um estudo longitudinal**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da
Universidade Presbiteriana Mackenzie, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Cristiane Silvestre de Paula

São Paulo

2010

S111f Sá, Daniel Graça Fatori de.

Fatores de risco e proteção associados a problemas de saúde mental de crianças e adolescentes de comunidade urbana de baixa renda: um estudo longitudinal / Daniel Graça Fatori de Sá – 2010.

111 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) -
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

Bibliografia: f. 71-84.

1. Infância e juventude. 2. Violência. 3. Estudos longitudinais. 4.
Psicopatologia. 5. Epidemiologia. 6. Saúde mental I. Título.

DANIEL GRAÇA FATORI DE SÁ

**Fatores ambientais relacionados a problemas de saúde mental de
crianças e adolescentes de comunidade urbana de baixa renda:
um estudo longitudinal**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane Silvestre de Paula

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da
Universidade Presbiteriana Mackenzie, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre

Aprovado em 10 de agosto de 2010

BANCA EXAMINADORA

PROF^a DR^a CRISTIANE SILVESTRE DE PAULA
Universidade Presbiteriana Mackenzie

PROF^a DR^a MARIA CRISTINA TRIGUERO VELOZ TEIXEIRA
Universidade Presbiteriana Mackenzie

PROF^a DR^a MARIA FERNANDA TOURINHO PERES
Universidade de São Paulo

São Paulo
2010

Às crianças e adolescentes de todas as regiões
do Brasil vivendo em condições adversas.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Cristiane Silvestre de Paula, orientadora e responsável por me apresentar o extraordinário mundo da pesquisa científica, sempre salientando os atributos fundamentais de um pesquisador – compromisso, seriedade e rigor metodológico – assim delineando, definindo e guiando os caminhos de minha carreira nessa área.

À banca de examinadora, professora Dra. Maria Fernanda Tourinho Peres e a professora Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, por terem contribuído em pontos fundamentais no desenvolvimento e aprimoramento da dissertação aqui apresentada.

Aos docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, com quem compartilhei críticas e reflexões científicas importantes para a construção da qualificação e dissertação.

Ao Departamento de Psiquiatria Social da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) pela fundamental contribuição científica que foi o estudo BrazilSAFE e por terem compartilhado conhecimentos de metodologia científica.

À Bartira Marques Curto por ter oferecido o fundamental auxílio no tratamento do banco de dados, pela leitura crítica da qualificação/dissertação e por ter coordenado com rigor metodológico o estudo de follow-up do BrazilSAFE.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) por ter proporcionado minha bolsa de mestrado que contribuiu a autonomia necessária para realizar minha formação acadêmica e por ter financiado o estudo BrazilSAFE, fundamental para a realização do follow-up.

Ao Mackpesquisa por ter financiado o estudo de follow-up epidemiológico “Problemas de saúde mental e de desenvolvimento entre crianças de comunidade de baixa renda: estudo de *follow up*”, no qual a presente dissertação é baseada, assim como ter proporcionado uma bolsa de iniciação científica durante minha graduação.

Às famílias do município do Embu que participaram das duas pesquisas epidemiológicas que compõem as bases para essa dissertação por terem contribuído pacientemente na coleta de dados.

RESUMO

Introdução: o conhecimento científico atual acerca do desenvolvimento dos problemas de saúde mental na infância e adolescência aponta para a necessidade de uma visão direcionada para o desenvolvimento humano, logo estudos epidemiológicos longitudinais são fundamentais. Contudo, no Brasil, estudos dessa natureza ainda são escassos, principalmente em regiões marcadas por condições adversas. **Objetivo:** (1) investigar a associação de fatores de risco e proteção com os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes em um período de cinco anos; (2) descrever o curso longitudinal dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes. **Método:** Estudo epidemiológico longitudinal prospectivo. **Amostra:** 93 crianças e adolescentes (11-18 anos) que apresentavam problemas de saúde mental em 2002/2003 e foram reavaliados em 2007. **Desfecho clínico:** problemas de saúde mental das crianças e adolescentes da amostra na segunda avaliação em 2007 segundo o escore bruto da escala de total de problemas do *Child Behavior Checklist* (CBCL). **Fatores de risco:** (1) criança/adolescente: idade da criança/adolescentes em 2002/2003; trajetória da punição física severa (2) mãe: trajetória da violência física contra a mãe da criança/adolescente, trajetória dos problemas de saúde mental e escolaridade em 2002/2003; (3) família: classe social da família em 2002/2003. **Fatores de proteção:** criança/adolescente: suporte social e prática de atividades pró-sociais. **Variável de controle:** problemas de saúde mental das crianças e adolescentes em 2002/2003. **Instrumentos:** desfecho clínico e variável de controle: CBCL; fatores de risco: *WordSAFE Core Questionnaire* (dados de punição física severa e violência contra a mãe); *Self-Report Questionnaire* (avaliação de problemas de saúde mental maternos); Questionário de Classificação Econômica Familiar (nível socioeconômico da família); Fatores de proteção: Questionário de Fatores de Proteção (avaliação de fatores de proteção individuais). **Análise estatística:** correlação de Pearson e teste t para análise univariada e regressão linear múltipla para a análise multivariada. **Resultados:** a média dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes da amostra apresentou uma diminuição ao longo do tempo; o modelo final de análise multivariada apresentou os seguintes fatores: trajetória da punição física severa e trajetória dos problemas de saúde mental maternos e problemas de saúde mental das crianças e adolescentes em 2002/2003. **Discussão:** os resultados foram compatíveis com estudos nacionais e internacionais. **Conclusões:** o conjunto dos dados apresentados pela presente pesquisa, aliados a outros estudos epidemiológicos, formam

um arcabouço teórico que permite direcionar estratégias de intervenção, prevenção e promoção de saúde mental baseadas em evidências científicas.

Palavras-chave: criança; adolescente; violência; estudos longitudinais.

ABSTRACT

Introduction: current scientific knowledge about the onset and development of child and adolescent mental health problems (CAMHP) requires a perspective based on the human development, therefore longitudinal studies are essential. However, studies based on this methodological approach are rare in Brazil, particularly in regions noticeable for adverse conditions. **Objective:** (1) to examine the association between risk and protective factors related to CAMHP in a period of five years; (1) to describe the longitudinal course of CAMHP. **Method:** an epidemiological prospective longitudinal study. **Sample:** 93 children and adolescents (aged 11-18 years) with mental health problems in 2002/2003 that were reassessed in 2007. **Clinical outcome:** CAMHP in 2007 according to the raw score of the total problems scale of the Child Behavior Checklist. **Risk factors:** (1) child/adolescent: age in 2002/2003 and trajectory of being victim of severe physical punishment; (2) mother: trajectory of being victim of physical marital violence, trajectory of maternal mental health problems and years of schooling in 2002/2003; (3) family: socioeconomic status. **Protective factors:** child/adolescent: social support and pro-social activities in 2007. **Control variable:** child/adolescent mental health problems in 2002/2003. **Instruments:** clinical outcome and control variable: Child Behavior Checklist; risk factors: WordSAFE Core Questionnaire (child/adolescent trajectory of being victim of severe physical punishment; maternal trajectory of being victim of physical marital violence); Self-Report Questionnaire (trajectory of maternal mental health problems); Questionnaire of family economical classification (family socioeconomic status); protective factors: Protective factors questionnaire (child/adolescent protective factor data). **Statistical analyses:** Pearson's correlation and Student's t-test for bivariate analyses and multiple linear regression for multivariate analyses. **Results:** the mean score of CAMHP decreased throughout the study; the best associative model included the following factors: child/adolescent severe physical punishment trajectory, maternal mental health problems trajectory and CAMHP in 2002/2003. **Discussion:** results were compatible with national and international studies. **Conclusions:** results of this research combined with other epidemiological studies build up a theoretical framework to guide the implementation of mental health intervention, prevention and promotion programs based of scientific evidence.

Keywords: child; adolescent; violence; longitudinal studies.

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1</u> : Descrição dos fatores de risco investigados e variáveis de controle (Média e Desvio-Padrão; N=93).....	49
<u>Tabela 2</u> : Descrição das trajetórias dos fatores de risco relacionados à violência doméstica (punição física severa contra criança/adolescente e violência física perpetrada pelo marido/companheiro contra a mãe) entre 2002/2003 e 2007 (N=93).....	50
<u>Tabela 3</u> : Descrição dos fatores de proteção investigados em 2007 (N=93).....	52
<u>Tabela 4</u> : Análise univariada: correlações de Pearson entre desfecho clínico (problemas de saúde mental da criança/adolescente em 2007) e fatores de risco/proteção investigados (N=93).....	53
<u>Tabela 5</u> : Análise multivariada: modelo inicial e final de regressão linear múltipla, apresentando valor de B, erro padrão (EP), intervalo de confiança (95%) e <i>variance inflation factors</i> (VIF) dos fatores de risco e proteção associados a problemas de saúde mental das crianças/adolescentes em 2007 (N=93).....	55

ANEXOS

<u>ANEXO A</u> : “ <i>Child behavior checklist for ages 6-18</i> ” (Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos; CBCL/6-18).....	87
<u>ANEXO B</u> : <i>Core Questionnaire</i> (2007).....	96
<u>ANEXO C</u> : Questionário de Fatores de Proteção.....	109

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	14
2. INTRODUÇÃO.....	17
2.1. Saúde mental e Desenvolvimento	17
2.2. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância e adolescência.....	22
2.3. Fatores de proteção para problemas de saúde mental na infância e adolescência...	31
2.4. Revisão de estudos epidemiológicos longitudinais sobre problemas de saúde mental na infância e adolescência no Brasil.....	32
2.5. Objetivos do estudo	34
3. MÉTODO	35
4. RESULTADOS	48
5. DISCUSSÃO	57
5.1. Curso longitudinal dos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes	58
5.2. Trajetória da punição física severa contra crianças e adolescentes	60
5.3. Trajetória dos problemas de saúde mental maternos.....	63
5.4. Limitações	65
5.5. Recomendações	66
6. CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS	70

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado faz parte de uma ampla linha de pesquisa científica iniciada na década de 1990 pelo estudo intitulado *World Studies of Abuse in the Family Environment* (WorldSAFE), realizado com a participação de pesquisadores de seis países: Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e Estados Unidos (Bangdiwala, Paula *et al.*, 2003; Bangdiwala, Ramiro *et al.*, 2004). Este estudo multicêntrico foi uma iniciativa de pesquisadores do *International Clinical Epidemiology Network* (INCLEN), sendo o componente brasileiro coordenado pela psiquiatra da infância e adolescência Dra. Isabel A. Bordin do Departamento de Psiquiatria Social da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Como principal objetivo, o WorldSAFE visava averiguar a magnitude da violência no ambiente familiar em culturas de países diversos. Neste contexto, os coordenadores do estudo em cada país tiveram a autonomia de ampliar a coleta de dados de acordo com interesses específicos, dessa forma, o Brasil se tornou o único país a avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes participantes da pesquisa. O componente realizado no Brasil foi denominado: Estudo Brasileiro de Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente (BrazilSAFE).

Devido a complexa interação dinâmica entre os países participantes do WorldSAFE e a dificuldade de lidar com o tema da violência doméstica, a estruturação do BrazilSAFE exigiu um longo e intrincado trabalho preliminar à coleta de dados. Profissionais com especialização em saúde mental foram treinadas na aplicação de instrumentos padronizados, de acordo com protocolo padronizado para o estudo multicêntrico. O treinamento foi composto de aulas teóricas e práticas acerca dos instrumentos utilizados, além de instruções sobre estratégias para lidar com questões éticas.

Antes do início do estudo completo do BrazilSAFE foi conduzido um estudo piloto com 89 famílias (Bordin, Paula *et al.*, 2006; Fatori, Bordin *et al.*, 2010). Ajustes e aprimoramentos metodológicos do projeto original foram realizados a partir dos dados deste estudo piloto, financiado pelo INCLEN e pelo “Fundo de Auxílio aos Docentes e Alunos” (FADA) da UNIFESP.

O estudo completo do BrazilSAFE avaliou 813 famílias (pares mãe/filho), no período de 2002 a 2003 e foi realizado com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Informações relativas à violência doméstica e dados sócio-demográficos foram coletadas. Foram realizadas avaliações de saúde mental da mãe/cuidadora e da criança/adolescente, juntamente com uma extensa investigação de fatores de risco do ambiente familiar para problemas de saúde mental na infância/adolescência. Os resultados finais do BrazilSAFE suscitaram uma vasta contribuição a literatura científica nacional (Paula, Duarte *et al.*, 2007; Bordin, Duarte *et al.*, 2009; Miranda, Paula *et al.*, 2010), entre outros ainda sendo elaborados.

A Dra. Cristiane S. de Paula, Professora do Programa de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) e Pesquisadora do Departamento de Psiquiatria Social da UNIFESP havia participado como colaboradora em todos os estudos mencionados acima. Após o término do BrazilSAFE, a Dra. Cristiane S. de Paula juntamente com a equipe do estudo original e de professores da UPM, iniciou um delineamento de pesquisa longitudinal com o intuito de reavaliar as famílias participantes do BrazilSAFE.

Partindo dos pressupostos teóricos das disciplinas da Psicopatologia do Desenvolvimento e da Epidemiologia do Desenvolvimento, em 2007 foi realizado o estudo “Problemas de saúde mental e de desenvolvimento entre crianças de comunidade de baixa renda: estudo de *follow up*” com apoio financeiro da agência de fomento Mackpesquisa da UPM. O estudo de *follow-up* do BrazilSAFE avaliou 93 famílias (pares mãe/filho) com o mesmo rigor metodológico da pesquisa anterior acerca dos procedimentos. O objetivo geral do estudo era reavaliar crianças e adolescente que haviam apresentado problemas de saúde mental no estudo original, com o intuito de averiguar a trajetória psicopatológica desses casos. Novamente foram investigados fatores de risco do ambiente familiar que poderiam influenciar o curso dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes da amostra. Adicionando uma inovação em relação ao estudo original, foram acrescentadas medidas relativas a fatores de proteção para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes.

Sob orientação da Dra. Cristiane S. de Paula desde 2006, o autor desta dissertação teve oportunidade de realizar sua monografia de conclusão do curso de Psicologia da UPM com uma análise do estudo piloto do BrazilSAFE, focando em fatores de risco ambientais para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes que resultou em um artigo científico submetido (Fatori, Bordin *et al.*, 2010). Posteriormente, teve participação em reuniões científicas e do treinamento do estudo de follow-up, adquirindo conhecimentos sobre aplicação de instrumentos, metodologia e procedimentos científicos. Além disso, como aluno de Iniciação Científica do Curso de Psicologia da UPM e bolsista da agência de fomento Mackpesquisa, o presente autor realizou uma análise preliminar dos dados do estudo de follow-up especificamente sobre o comportamento anti-social e fatores de risco ambientais (Fatori, Curto *et al.*, 2009).

Prosseguindo esta linha de pesquisa acerca dos problemas de saúde mental da infância e adolescência e fatores de risco psicossociais associados, consolidada pelo professores do Departamento de Psiquiatria Social da UNIFESP e do Programa de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da UPM, assim como por experiências acadêmicas anteriores, apresenta-se esta dissertação de mestrado intitulada “Fatores ambientais relacionados a problemas de saúde mental de crianças e adolescentes de comunidade urbana de baixa renda: um estudo longitudinal”. Para esta análise foi utilizado parte do banco de dados do BrazilSAFE e parte do estudo de follow-up, atendo-se às informações sobre o curso longitudinal de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (faixa de 6-13 anos em 2002/2003) e trajetórias temporais de fatores de risco ambientais e fatores de proteção individuais.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Saúde mental e Desenvolvimento

A saúde mental é foco de interesse mundial na atualidade. A relação intrínseca da saúde mental no contexto da saúde geral é apontada com veemência na presente década (WHO, 2001; Prince, Patel *et al.*, 2007). Dentre as causas de anos de vida perdidos devido a doenças, um terço é atribuído a transtornos mentais e neuropsiquiátricos (WHO, 2008a). Dados de prevalência revelam que cerca de 20% da população geral tem algum transtorno mental (United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General., Center for Mental Health Services (U.S.). *et al.*, 2001). Ressalta-se que estes são problemas que causam importante limitação e sofrimento ao indivíduo afligido (WHO, 2001).

O conhecimento científico acerca do surgimento e da continuidade dos problemas de saúde mental aponta para a necessidade de uma visão direcionada para o desenvolvimento humano (Rutter, 1988; Cicchetti e Toth, 2009). Transtornos diagnosticados na idade adulta podem ter relação direta com sintomas surgidos na infância ou adolescência (Costello, Farmer *et al.*, 1997) que, por sua vez, tendem a cursar uma trajetória crônica (Rutter, Kim-Cohen *et al.*, 2006).

Dentro deste contexto é fundamental apontar que problemas de saúde mental na infância e adolescência não constituem um fenômeno raro. Sabe-se que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes sofrem com algum transtorno mental. Considerando este cenário, a capacidade de intervenção dos sistemas de saúde já é apontada como insuficiente e as iniciativas de prevenção ainda são escassas (Patel, Flisher *et al.*, 2007). Para a tomada de medidas efetivas é necessário recorrer a pesquisas científicas focadas no desenvolvimento.

A psicopatologia do desenvolvimento é um campo da ciência que há quatro décadas visa investigar os trâmites entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais do desenvolvimento em relação ao surgimento e o curso dos transtornos mentais e de comportamentos mal adaptativos (Cicchetti, 1984).

Anterior ao advento da psicopatologia do desenvolvimento, evidências empíricas já revelavam a natureza temporal da psicopatologia (Rutter, 1988). Neste sentido, a necessidade de um campo científico que pudesse dar conta dessa característica se tornou fundamental. A partir disso, o foco das investigações se desloca da procura por uma origem simples e única dos transtornos mentais, para um entendimento sobre múltiplos e diversos precursores, incluindo padrões comportamentais não necessariamente relacionados em primeira instância ao transtorno mental desenvolvido (Rutter e Sroufe, 2000), diferindo, então, da psicopatologia clássica, da psiquiatria e da psicologia clínica.

Na intenção de cumprir esses objetivos propostos, a psicopatologia do desenvolvimento propõe como característica essencial a integração entre disciplinas. A função desta integração é sintetizar conhecimentos científicos voltados para explicação dos processos que perpassam a psicopatologia. Dessa forma, faz-se necessário a junção de dados empíricos da epidemiologia, genética, clínica, neurociência, entre outras, para a formação de um corpo teórico que possa dar conta das múltiplas facetas que permeiam o surgimento, a manutenção e a reabilitação dos transtornos mentais no curso da vida (Cicchetti, 1984; Sroufe e Rutter, 1984).

As últimas décadas de pesquisas científicas na área da psicopatologia do desenvolvimento revelaram que os transtornos mentais possuem trajetórias múltiplas, determinadas por uma dinâmica probabilística, isto é, o entrecruzamento de aspectos que caracterizam o indivíduo resultam na maior ou menor probabilidade de cursar uma dada trajetória. Considerando indivíduos já afligidos por transtorno mental, evidências científicas apontam diferentes e variados desfechos em longo prazo, dependendo da influência de aspectos biológicos, sociais e psicológicos (Angold, Costello *et al.*, 1999; Rutter, Kim-Cohen *et al.*, 2006).

No que tange o estudo das trajetórias dos problemas de saúde mental, a psicopatologia do desenvolvimento aponta que indivíduos com transtornos mentais podem cursar uma trajetória psicopatológica homotípica ou heterotípica. O indivíduo que mantém a sintomatologia estável ao longo do tempo, isto é, permanece com o mesmo diagnóstico, tem uma trajetória homotípica. Por outro lado, se um indivíduo modifica o conjunto de

sintomas, ou seja, seu diagnóstico se altera no curso do tempo, este tem uma trajetória heterotípica (Angold, Costello *et al.*, 1999; Reinke e Ostrander, 2008). Neste sentido, somente com a realização de estudos longitudinais é possível compreender e aprimorar os conhecimentos relativos a estas trajetórias psicopatológicas (Rutter e Sroufe, 2000).

No campo de pesquisa de trajetórias psicopatológicas os cientistas da psicopatologia do desenvolvimento têm como recurso o foco em indivíduos com alto risco para desenvolver problemas de saúde mental. Assim, há uma ênfase na compreensão de aspectos que possuem potencial de determinar uma trajetória mal adaptativa. Essa mesma linha de pesquisa pode ser aplicada ao seguimento de indivíduos com transtornos mentais já instalados, almejando apreender características que apontam na direção de uma trajetória de adaptação positiva (Rutter e Sroufe, 2000; Sameroff, 2000). Dessa forma, essas modalidades de pesquisa visam levantar dados empíricos para contribuir com o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção.

Um estudo paradigmático na área da investigação de trajetórias psicopatológicas de sujeitos com problemas de saúde mental é o “*Developmental Trends Study*” (Estudo de Tendências do Desenvolvimento; Loeber, Green *et al.*, 2000). No ano de 2000 já se somavam 35 artigos publicados em revistas científicas que utilizaram esta amostra para análise. Iniciado em 1987 em três cidades dos Estados Unidos da América, esta pesquisa conduzida por Rolf Loeber e colaboradores vem seguindo anualmente, há duas décadas, uma amostra clínica de garotos que na primeira avaliação tinham entre sete e doze anos (N=177), encaminhados para clínicas universitárias em razão de manifestar algum transtorno comportamental. A investigação da trajetória psicopatológica e possíveis interações com outros transtornos mentais e potenciais etiologias foram os objetivos gerais desse estudo. Os achados científicos do estudo são inúmeros e abaixo serão apresentados os principais resultados da sua primeira década.

Por meio do recurso estatístico de análise fatorial, foi demonstrado que a amostra, na primeira avaliação, dividia-se em três grupos: (1) garotos com alto nível de sintomas de transtorno de oposição-desafiante (TOD); (2) garotos com alto nível de sintomas de transtorno de conduta (TC) e TOD; (3) garotos com baixo nível de sintomas de TOD e CD. A primeira constatação foi de que raramente o TC severo se apresenta clinicamente

na ausência de TOD severo. Além disso, assim como já identificado em outros estudos, nesta amostra os garotos desenvolviam primeiramente o TOD, precedendo o TC. Por outro lado, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) não se revelou preditor do TC. Tratando-se mais especificamente da análise de trajetória psicopatológica, os resultados apontaram para dois caminhos: (1) indivíduos que desenvolvem o comportamento anti-social no fim da infância/adolescência geralmente são caracterizados como do tipo não agressivo e seus sintomas têm menor probabilidade de persistirem ao longo da vida ou de cursar uma trajetória para criminalidade; (2) o desenvolvimento do comportamento anti-social no início da infância tende a levar à agressividade e a atos delinqüentes freqüentes, aumentando a probabilidade de persistência dos sintomas e curso para criminalidade. Quanto à persistência do diagnóstico de TC, os resultados revelaram que metade da amostra com este transtorno apresenta TC nos anos subseqüentes do estudo.

O estudo longitudinal realizado por Loeber e colaboradores, descrito acima, ilustra a ampla gama de análises e resultados que se pode extrair do seguimento de amostras de crianças e adolescentes que desde o início da pesquisa já apresentam problemas de saúde mental (Loeber, Green *et al.*, 2000). Muitos outros estudos também se utilizaram de métodos semelhantes (Biederman, Faraone *et al.*, 1996; Visser, Van Der Ende *et al.*, 1999; Willemen, Koot *et al.*, 2008; Richler, Huerta *et al.*, 2010). Compreendendo a trajetória temporal dos sujeitos, torna-se possível propor novas estratégias de intervenção e prevenção pautadas no desenvolvimento.

Métodos de pesquisas científicas vinculadas à disciplina da psicopatologia do desenvolvimento têm a contribuir no cenário da pesquisa brasileira. Dados acerca do surgimento e curso dos problemas de saúde mental, aliados aos dados empíricos já existentes na literatura científica nacional, contribuiriam para o entendimento de características específicas da população brasileira e para o planejamento da estrutura do sistema de saúde nacional. Partindo desses pressupostos, o papel da epidemiologia é fundamental.

Sendo assim, o contexto científico criado pela psicopatologia do desenvolvimento trouxe novas questões relativas aos aspectos temporais dos transtornos mentais que

precisavam de inovações metodológicas para serem respondidas (Rutter e Sroufe, 2000). É neste cenário que pesquisadores se utilizaram do corpo teórico e prático da epidemiologia psiquiátrica da infância e adolescência juntamente com as inovações da psicopatologia do desenvolvimento para gerar a epidemiologia do desenvolvimento (Costello, Foley *et al.*, 2006).

A epidemiologia do desenvolvimento pressupõe mudanças e inovações metodológicas para dar conta da perspectiva desenvolvimentista necessária para a compreensão dos transtornos mentais. Primeiramente, há de se considerar a importância dos momentos do desenvolvimento que possuem maior vulnerabilidade para o surgimento do risco ou do sintoma psicopatológico. Em relação à pesquisa de causalidade, parte-se do pressuposto que um mesmo fator causal pode ter diversos desfechos, enquanto que diversos fatores causais podem estar relacionados a um único desfecho, isto é, há uma relação dinâmica e complexa entre causa e desfecho (Costello, Foley *et al.*, 2006).

A pesquisadora Jane Costello, renomada pesquisadora na área de estudos epidemiológicos, aponta os principais objetivos da epidemiologia do desenvolvimento: (1) entender os mecanismos pelos quais os processos do desenvolvimento atuam sobre determinados fatores de riscos levando ao surgimento de transtornos mentais e, dessa forma, propor estratégias de prevenção apropriadas para os diversos estágios do desenvolvimento; (2) compreender como diversos fatores de risco se entrelaçam com as trajetórias psicopatológicas para, então, resultar no surgimento dos transtornos mentais com cursos de desenvolvimento específicos. Através desses objetivos, a epidemiologia do desenvolvimento visa à construção de uma sólida base teórica baseada em evidências científicas que permitam o estabelecimento de propostas de prevenção apropriadas para os estágios do desenvolvimento humano (Costello, Foley *et al.*, 2006).

Para exemplificar as contribuições que a Epidemiologia do Desenvolvimento pode trazer a ciência, apresenta-se a seguir o emblemático estudo “*Great Smoky Mountain study*” realizado por Costello e colaboradores. Importantes evidências científicas acerca das trajetórias psicopatológicas vieram à tona com os dados desta pesquisa (Costello, Mustillo *et al.*, 2003).

Este estudo longitudinal multi-fásico, com objetivo de averiguar o desenvolvimento de transtornos mentais, baseou-se no seguimento de uma amostra de jovens a partir dos nove anos de idade que foram reavaliados aos 11, aos 13 anos e finalmente aos 16 anos. A amostra de 1420 participantes era representativa da população do Estado da Carolina do Norte nos Estados Unidos da América. Diagnósticos psiquiátricos segundo critérios da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) foram obtidos ao longo da pesquisa por meio de instrumento semi-estruturado. Os resultados da análise final demonstraram que crianças com diagnóstico de transtorno mental em algum momento do estudo, tiveram três vezes mais chance de receber o mesmo diagnóstico ou outro em um momento subsequente da pesquisa. O tipo de trajetória homotípica se mostrou associada para todos os transtornos mentais investigados, exceto fobias específicas. Os transtornos mentais com maior nível de continuidade foram: transtornos de pânico, psicoses, transtorno de tique verbal, encoprese, enurese e transtorno de uso de substâncias. No que tange o tipo de trajetória heterotípica, transtorno depressivo se mostrou associado a transtornos de ansiedade e vice-versa, assim como transtorno de ansiedade se associou a transtorno de uso de substâncias, e como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) se mostrou associado a transtorno de uso de substâncias. Em geral, a trajetória heterotípica se mostrou mais associada ao sexo feminino (Costello, Mustillo *et al.*, 2003).

Em suma, a epidemiologia do desenvolvimento, como dito anteriormente sobre a psicopatologia do desenvolvimento, pode trazer contribuições fundamentais acerca dos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. Nesse contexto, considerando a questão do surgimento dos problemas de saúde mental, ressalta-se um importante conceito da epidemiologia: o fator de risco.

2.2. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância e adolescência

O conhecimento científico atual aponta o papel crucial que os fatores de risco exercem nesta dinâmica. Fator de risco pode ser definido como a presença de uma característica, experiência ou evento que aumenta a probabilidade da ocorrência de um dado desfecho (ex. doença física, problemas de saúde mental) quando comparado a mesma população

não exposta (Rutter, 1988; Fletcher, Fletcher *et al.*, 1996; Kazdin, Kraemer *et al.*, 1997; Jekel, Katz *et al.*, 2005).

Os fatores de risco podem ser classificados como biológicos, psicológicos e ambientais. Entre os biológicos, estão incluídos fatores genéticos, fisiológicos, neurológicos, entre outros. A literatura científica especializada nessa área traz inúmeras contribuições a compreensão dos problemas de saúde mental. Alguns exemplos relativos a esse campo: a relação entre sintomas depressivos e a interação gene e ambiente adverso (Taylor, Way *et al.*, 2006), maus-tratos na infância em conjunto com interação genética aumentam risco para o desenvolvimento de comportamento anti-social (Caspi, McClay *et al.*, 2002), a associação entre microdeleções no genótipo de pacientes com esquizofrenia e outros tipos de psicoses aumenta a probabilidade do desenvolvimento do transtorno em questão (Stefansson, Ophoff *et al.*, 2009), alterações em áreas cerebrais como o sulco temporal superior, área fusiforme de processamento facial e a amígdala têm relação com os transtornos do espectro autista (Golarai, Grill-Spector *et al.*, 2006). Estes são apenas exemplos de uma ampla gama de pesquisas focadas na biologia dos problemas de saúde mental e, devido ao foco da presente dissertação na epidemiologia e fatores de risco ambientais dos problemas de saúde mental, esse tema não será tratado aqui em extensão.

Os fatores de risco psicológicos incluem fatores comportamentais, cognitivos, neuropsicológicos, entre outros. Estes geralmente são focados em perfis individuais, como, contribuindo ao entendimento dos problemas de saúde mental. Entre inúmeros exemplos: déficits cognitivos em grupos de jovens pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos (Hooper, Giuliano *et al.*, 2010), o perfil de habilidades de memória em jovens pacientes com autismo é caracterizado por déficits no processamento de informações visuais/verbais e memória de trabalho espacial (Williams, Goldstein *et al.*, 2006). Da mesma forma que o fatores de risco biológicos, no que tange o foco do estudo aqui descrito, os fatores psicológicos não serão tratados nessa dissertação com maiores detalhes.

O quadro de fatores ambientais é constituído de fatores relativos a comunidade, vizinhança, violência, pobreza, entre outros. Esses são considerados como detentores de

grande influência na saúde mental da criança e adolescente (Halpern e Figueiras, 2004). Dentre esses, aponta-se os seguintes fatores de risco ambientais para o surgimento de problemas de saúde mental: conflitos familiares/domésticos, problemas de saúde mental de pais/cuidadores, pobreza/baixa-renda familiar, estresse dos pais/cuidadores, problemas na interação entre pais-filhos, disciplina severa, práticas disciplinares inconsistentes, supervisão parental de baixa qualidade, baixa escolaridade dos pais/cuidadores, violência comunitária, entre outros (Loeber e Hay, 1997; Connolly e Bernstein, 2007; Steiner e Remsing, 2007; Bayer, Hiscock *et al.*, 2008; Larson, Russ *et al.*, 2008; Rhoades, 2008; Shields, Nadasen *et al.*, 2008; Wille, Bettge *et al.*, 2008; Assis, Avanci *et al.*, 2009; O'connel., Boat. *et al.*, 2009). Entre estudos epidemiológicos realizados no Brasil, os seguintes fatores de risco ambientais são conhecidos atualmente: pobreza/baixo nível socioeconômico, problema de saúde mental materno, punição física, trauma familiar, nascimento de irmão/irmã em família com ausência paterna, exposição a violência conjugal (Fleitlich e Goodman, 2001; Benvegno, Fassa *et al.*, 2005; Vitolo, Fleitlich-Bilyk *et al.*, 2005; Bordin e Paula, 2006; Paula, Vedovato *et al.*, 2008; Bordin, Duarte *et al.*, 2009). Apesar dessa não ser uma descrição que contemple todos os possíveis fatores de risco ambientais existentes, estes aqui listados se revelam dados confiáveis, já que um pré-requisito fundamental para dada variável ser considerada um fator de risco é a consistência em diversos estudos, desde experimentos exploratórios até seguimento de coortes (Rutter, 1988).

A presente dissertação terá como foco a investigação de fatores de risco ambientais associados a problemas de saúde mental de crianças e adolescentes. Esta é uma linha de pesquisa já consolidada pelo grupo de pesquisadores responsáveis pelos projetos que fazem parte desse estudo. O principal motivo desse foco se dá em razão do fator de risco ambiental ser passível de alteração por meio de programas de intervenção e prevenção, dessa forma, os dados levantados podem auxiliar potenciais programas dessas naturezas. Quanto aos outros tipos de fatores de risco descritos anteriormente, esses possuem complexidades próprias e aspectos metodológicos distintos daqueles utilizados nessa pesquisa, assim, sem diminuir a importância de características biológicas e psicológicas, descrever-se-á a seguir, os fatores de risco ambientais avaliados no estudo epidemiológico longitudinal aqui descrito.

A violência física severa contra a criança e o adolescente é um dos fatores de risco para problemas de saúde mental mais estudado das últimas décadas no cenário científico internacional. A violência física é um grave e importante fator de risco para problemas de saúde mental na infância e adolescência (Kaplan, Pelcovitz *et al.*, 1998; Krug, Dahlberg *et al.*, 2002; Cicchetti e Toth, 2005; Springer, Sheridan *et al.*, 2007). Os efeitos da violência física contra crianças e adolescentes são amplamente discutidos na literatura científica há décadas e compreendem desde danos físicos imediatos a problemas de saúde mental e até mesmo problemas físicos na idade adulta (Springer, Sheridan *et al.*, 2007).

Estudos realizados no Brasil confirmam os dados da literatura mundial, demonstrando os efeitos deletérios da punição física severa (Fleitlich e Goodman, 2001; Benvegna, Fassa *et al.*, 2005; Vitolo, Fleitlich-Bilyk *et al.*, 2005; Bordin e Paula, 2006; Paula, Vedovato *et al.*, 2008; Bordin, Duarte *et al.*, 2009; Ribeiro, Andreoli *et al.*, 2009). Desde a década de 1980, a produção científica brasileira especializada na violência contra a criança e o adolescente tem crescido, gerando uma rede de conhecimento multidisciplinar fundamental para compreensão desta problemática (Minayo e Souza, 2003).

O presente estudo tem como foco uma variante específica da violência física: a punição física severa. Visando, então, compreender a temática da punição física, apresenta-se a seguir um modelo teórico no intuito de abarcar a relação desse fenômeno com a saúde mental na infância e adolescência. Assim, de acordo com a perspectiva da psicologia comportamental, a punição, de maneira geral e sem se restringir somente a atos físicos, pode ser definida como a perda de reforçadores positivos e/ou produção de reforçadores negativos. Esta é considerada um método de coerção, isto é, visa o controle, objetivando cessar ou evitar um comportamento particular. Contudo, a punição, ao invés de possibilitar o ensinamento de um comportamento, possui uma tendência a ensinar o que não fazer para que a punição ocorra (Sidman, 1995).

Uma importante implicação da punição tem relação com a perda da neutralidade do ambiente em que ela é perpetrada, em razão do próprio ambiente se tornar um agente punitivo. Esse efeito é denominado punição condicionada. O indivíduo que aplica a

punição, torna-se também um punidor condicionado, podendo gerar comportamentos de fuga e esquiva por meio de sua presença. Dentre as principais estratégias de fuga/esquiva estão: desligamento (sujeito prefere não entrar em contato com o punidor condicionado) e desistência (sujeito prefere desistir de qualquer tarefa/evento relacionada ao punidor condicionado) (Sidman, 1995).

Um ambiente marcado pela punição faz com que o sujeito punido esteja em constante vigilância, preocupado em reduzir a possibilidade futura de ações punitivas, negligenciando outras tarefas. Em relação ao perpetrador da punição, este se torna constantemente vigilante para manter o controle coercitivo. Como possibilidade alternativa e saudável a punição se apresenta o reforçamento positivo, já que em um ambiente caracterizado por esta, o sujeito permanece relaxado para realizar tarefas diversas (Sidman, 1995).

Pela ótica da psicologia cognitiva, o entendimento dos mecanismos da violência física que influenciam negativamente a saúde mental de crianças e adolescentes tem como possível explicação alterações na regulação do afeto, conceito que implica o controle e modulação das emoções (Cicchetti e Toth, 2005). Assim, a exposição à violência inicia uma trajetória de adaptação prejudicada a estímulos afetivos e emocionais, criando respostas de medo e agressividade excessiva ou inadequada. Possivelmente, isto acontece em razão dos processos atencionais de crianças violentadas serem sensíveis a estímulos agressivos. Dessa forma, tais problemas também afetam o processamento de informações sociais, assim, crianças que sofreram violência física tendem a interpretar estímulos sociais não violentos com hostilidade. Em suma, salienta-se que problemas na regulação do afeto contribuem para falhas no desenvolvimento da maturação psicológica da criança e do adolescente (Cicchetti e Toth, 2005).

Associada a violência física contra crianças e adolescentes também estão características comportamentais dos pais, como dificuldade de manejo de raiva, ausência de empatia, menos interação com o filho e menor compreensão do papel parental (Maia e Williams, 2005). Estas características prejudicam o cuidado dos pais em relação aos filhos, agravando os problemas causados pela violência física e criando um ambiente prejudicial ao desenvolvimento infantil.

Outro importante fator de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência relacionado a esta temática é a violência conjugal física contra a mulher, considerado um alarmante problema tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Estima-se que entre 10%-69% de mulheres no mundo já sofreram, em algum momento da vida, um ato de violência física perpetrado por seu marido ou companheiro, sendo que há uma tendência de que estes atos se repitam ao longo do tempo (Krug, Dahlberg *et al.*, 2002). Estudos brasileiros sobre o tema revelam taxas de prevalência entre 18% e 27% na cidade de São Paulo e 34% na zona da mata pernambucana (Garcia-Moreno, Jansen *et al.*, 2006; Schraiber, D'oliveira *et al.*, 2007; Miranda, Paula *et al.*, 2010).

Além de lesões físicas imediatas e desenvolvimento de problemas físicos a longo prazo, a violência conjugal contra a mulher pode gerar graves problemas de saúde mental na vítima, como: uso de álcool e drogas, sintomas psicopatológicos (depressão, ansiedade, problemas com o sono, fobias, pânico, estresse pós-traumático, comportamento suicida), baixa auto-estima, entre outros. Sensações subjetivas de medo, terror, degradação e desamparo podem permear a vida de mulheres afligidas pela violência conjugal, dependendo da gravidade e cronicidade dos atos. Somado a este contexto, sabe-se que mulheres vítimas de violência física conjugal estão susceptíveis a sofrer abuso psicológico e, em alguns casos, abuso sexual (Krug, Dahlberg *et al.*, 2002; Pico-Alfonso, Garcia-Linares *et al.*, 2006).

Além dos graves efeitos negativos a saúde geral da mulher, a violência conjugal física é um importante fator de risco para problemas de saúde mental de crianças e adolescentes (Ross, 1996; Maia e Williams, 2005). Há uma marcante associação entre este fator de risco e problemas de saúde mental dos tipos internalização, externalização (Essex, Klein *et al.*, 2003; Mcfarlane, Groff *et al.*, 2003; Holt, Buckley *et al.*, 2008) e sintomas de estresse pós-traumático (El-Sheikh, Cummings *et al.*, 2008). Crianças que vivem em um ambiente marcado pela violência contra a mulher também possuem tendência a desenvolver baixa auto-estima e a apresentar desempenho escolar insatisfatório (Holt, Buckley *et al.*, 2008).

Atos violentos realizados contra a mulher produzem um ambiente familiar problemático, dessa forma, surgem efeitos deletérios ao desenvolvimento de crianças e adolescentes que presenciam esse tipo de violência. As seqüelas causadas no desenvolvimento do indivíduo devido à exposição ao ambiente doméstico hostil podem gerar problemas de saúde mental persistentes até a idade adulta, além de contribuir para um ciclo de violência doméstica inter-geracional (Mcintosh, 2002; Holt, Buckley *et al.*, 2008).

As conseqüências da exposição à violência física conjugal contra mulher sobre a saúde mental dos filhos têm relações específicas com as diversas fases do desenvolvimento infantil. Nos primeiros anos de vida, a criança depende dos pais nos aspectos mais básicos, incluindo seus cuidados pessoais, assim um ambiente estruturado e organizado é fundamental para uma adequada provisão destes cuidados. Portanto, o estresse causado pelo ambiente familiar cercado de atos violentos e discórdia costuma gerar efeitos negativos no desenvolvimento da criança, criando sensação de insegurança, medo e desconforto, dessa maneira, prejudicando o vínculo de apego em relação às figuras parentais (Holt, Buckley *et al.*, 2008). Na idade pré-escolar, o impacto parece ser de outra natureza, com uma tendência ao surgimento de problemas de sociabilidade, sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e dificuldades de empatia. Em razão da criança nesse estágio do desenvolvimento ser auto-referente, isto é, tender a compreender o ambiente tomando como ponto de referência a si própria, pode surgir sentimentos de culpa. Deste modo, há um constante estresse psicológico vivenciado pela criança por achar que a violência familiar ocorre por culpa própria. Na adolescência, a presença deste fator de risco pode determinar dificuldade de formar vínculos de apego, gerando um comportamento persistente de esquiva devido à falta de segurança e confiança no outro (Holt, Buckley *et al.*, 2008).

O ambiente demarcado pela violência conjugal apresenta maior probabilidade da ocorrência da violência física perpetrada pelos pais contra criança/adolescente (Herrenkohl, Sousa *et al.*, 2008), portanto aumentando a possibilidade de fatores de risco se acumularem no ambiente familiar e, por conseguinte, prejudicar a saúde mental de crianças e adolescentes.

A literatura aponta também que problemas de saúde mental maternos também exercem efeitos negativos na saúde mental de seus filhos. Há décadas pesquisadores internacionais focam seus interesses na compreensão dessa associação, sendo que inicialmente os empenhos eram direcionados a área da esquizofrenia (Sameroff, 2000), gerando estudos pioneiros que demonstraram empiricamente o risco de crianças e adolescentes filhos de mães com diagnóstico de esquizofrenia desenvolverem problemas de saúde mental (Garmezy, 1974). Posteriormente, o interesse se desdobrou para outros transtornos, assim como enfoque em estudos longitudinais, apresentando um amplo quadro de evidências acerca dessa associação (Beardslee, Versage *et al.*, 1998; Klimes-Dougan, Free *et al.*, 1999; Ferro, Verdelli *et al.*, 2000; Pilowsky, Wickramaratne *et al.*, 2006).

No Brasil, estudos também confirmam essa associação. Pesquisas com amostras de crianças/adolescentes de todas as camadas sociais demonstraram que problemas de saúde mental maternos configuram um importante fator de risco para problemas de saúde mental nos filhos (Fleitlich e Goodman, 2001; Vitolo, Fleitlich-Bilyk *et al.*, 2005; Bordin e Paula, 2006; Goodman, Fleitlich-Bilyk *et al.*, 2007).

Em relação ao mecanismo que faz esse fator de risco atuar negativamente na saúde mental de crianças e adolescentes, o renomado especialista na área da psiquiatria da infância e adolescência, Michael Rutter, sugeriu que os problemas de saúde mental maternos, como a depressão, podem influenciar negativamente a prole por meio de quatro formas: (1) genética (herdabilidade); (2) impacto ambiental direto (ex. irritabilidade da mãe); (3) impacto ambiental indireto (ex. ambiente desestruturado) e; (4) correlatos dos problemas de saúde mental (ex. discórdia familiar; Rutter, 1985).

Em relação ao impacto ambiental direto, estudos demonstram que mães deprimidas provêm menos estímulos positivos, respondem menos a estímulos dos filhos e oferecem menos afeto aos filhos do que mães não deprimidas e, por sua vez, seus filhos também respondem menos a estímulos, são menos atentos e ativos do que filhos de mães não deprimidas. Dessa forma, o cuidado materno é prejudicado, aumentando a probabilidade de a criança desenvolver problemas de saúde mental, principalmente

quando a depressão materna coincide com os primeiros anos de vida da criança (Field, Sandberg *et al.*, 1985; Maughan, Cicchetti *et al.*, 2007).

Por fim, o nível socioeconômico baixo da família é um importante fator de risco para problemas de saúde mental na infância e adolescência (Bordin e Paula, 2006; O'connel., Boat. *et al.*, 2009). No entanto, discute-se que o nível socioeconômico baixo atua como um mecanismo de risco, isto é, seu funcionamento não é explicado pela variável em si, mas por outros fatores imbricados no conceito, revelando uma trama de fatores de risco ambientais. Uma possível explicação para este mecanismo de risco se dá através de três trajetórias que possivelmente definem a influência do nível socioeconômico baixo na saúde mental de crianças e adolescentes: (1) investimento parental: conceito mediado pelo ambiente domiciliar, representado pela quantidade e qualidade dos estímulos e pela capacidade dos pais de levar os filhos a lugares que estimulem o desenvolvimento cognitivo (ex. museus, parques); (2) comportamento e estresse parental: nesta trajetória, os pais se vêem sob elevados níveis de estresse em razão de dificuldades financeiras e outros eventos estressantes, nos quais eles possuem baixa capacidade de se adaptar, assim, tornam-se mais suscetíveis a problemas de saúde mental e discórdia familiar, que por sua vez empobrecem a supervisão parental; (3) vizinhança e comunidade: famílias de baixo nível socioeconômico tendem a viver em locais com poucos recursos que promovem o desenvolvimento cognitivo, atividades físicas e recreação, além de muitas vezes ocorrer exposição à violência e drogas nas comunidades de baixa renda (O'connel., Boat. *et al.*, 2009).

Considerando, então, o panorama de fatores de risco descrito acima, acrescenta-se a importância do efeito cumulativo dos fatores de risco, isto é, o agrupamento destes torna o indivíduo mais suscetível a desenvolver problemas de saúde mental (Rutter, 1988; Halpern e Figueiras, 2004). Para tal, modelos estatísticos de análise multivariada contemplam o efeito simultâneo de diversos fatores de risco (Jekel, Katz *et al.*, 2005; Field, 2009). Além disso, faz-se necessário considerar a investigação do efeito de fatores de risco em diversas faixas etárias. Estudos demonstram que a idade de surgimento do fator de risco pode determinar o problema de saúde mental e a trajetória do desenvolvimento dos sintomas (Rutter, 1988; Kazdin, Kraemer *et al.*, 1997; Trentacosta, Hyde *et al.*, 2008).

2.3. Fatores de proteção para problemas de saúde mental na infância e adolescência

A presença de fatores de risco não determina isoladamente o desenvolvimento de problemas de saúde mental. Fatores de risco e proteção influenciam de maneira dinâmica o desenvolvimento na infância e adolescência. Fator de proteção pode ser definido como uma característica ou experiência que efetua um decréscimo na probabilidade do desenvolvimento de determinado desfecho negativo (ex. problema de saúde mental) ou um aumento na probabilidade do desfecho positivo (ex. auto-estima) (Kazdin, Kraemer *et al.*, 1997). Outra importante característica do fator de proteção é o enfraquecimento dos efeitos negativos dos fatores de risco (Kim-Cohen, 2007), nesta perspectiva a presença de fatores de proteção atua através de um efeito compensatório. Dentre os fatores de proteção estudados na literatura, destacam-se o suporte social e a prática de atividades pró-sociais.

Os efeitos positivos de uma rede social que dê suporte ao indivíduo atuam sobre a saúde geral do indivíduo (Seeman, 1996). A importância deste aspecto na infância e adolescência tem ainda maior destaque devido à necessidade da socialização para maturação psicológica e desenvolvimento cognitivo. Lembrando também que a sociabilidade é uma característica inerente a um estado positivo de saúde mental (WHO. Dept. Of Mental Health and Substance Dependence., Herrman *et al.*, 2005). O suporte social também pode atuar como um mediador entre eventos estressores e sintomas de problemas de saúde mental. Neste caso, entende-se como estressor um evento que um indivíduo avalia como ameaçador e, por conseguinte, não se vê capaz de se adaptar. A sensação de incapacidade de adaptação ao evento estressor pode gerar sentimentos de impotência e baixa auto-estima, interferindo na saúde mental. Neste modelo o suporte social pode atuar de duas formas: (1) a percepção de suporte social pode prevenir a resposta mal adaptativa em relação ao evento estressor, isto é, o indivíduo tem a percepção de que terá auxílio e recursos em sua rede social para lidar com o problema; (2) o suporte social também pode intervir atenuando os efeitos negativos da resposta mal adaptativa ao evento estressor, neste caso, a resposta mal-adaptativa não pôde ser prevenida, mas seus efeitos deletérios são atenuados. Os efeitos positivos do suporte

social que ocorrem nestes dois modelos podem ser explicados através de recursos proporcionados por este, como a sensação de ser aceito e estimado por outras pessoas, a troca de informação a respeito de eventos problemáticos, o auxílio material ou financeiro e realização de atividades sociais de caráter recreativo (Cohen e Wills, 1985).

No contexto da sociabilidade como fator de proteção, atividades estruturadas, como prática de esporte ou *hobbies*, realizadas num contexto social, estão correlacionadas positivamente com a saúde mental de crianças e adolescentes (Jackson e Warren, 2000). Definidas como atividades pró-sociais, estas podem reforçar o suporte social vivenciado e auxiliar o desenvolvimento da criança ou adolescente. Devido ao fato de serem práticas que demandam disciplina para alcançar objetivos e exigem cooperação com colegas, desenvolve-se um senso de competência por adquirir novas habilidades e conhecimento, que por sua vez ajudam no desenvolvimento da identidade do jovem (Jackson e Warren, 2000; Mchale, Crouter *et al.*, 2001).

2.4. Revisão de estudos epidemiológicos longitudinais sobre problemas de saúde mental na infância e adolescência no Brasil

De forma geral, a pesquisa epidemiológica dos fatores de risco e proteção é essencial para a compreensão dos problemas de saúde mental e suas particularidades no Brasil. Para a realização de tal feito se faz necessário a realização de estudos longitudinais prospectivos. Este delineamento de pesquisa tem como característica fundamental o segmento no tempo de uma amostra. Dessa maneira, o estudo longitudinal é ideal para investigar a trajetória sintomatológica de problemas de saúde mental e sua relação de causa e efeito com fatores de risco e proteção (Fletcher, Fletcher *et al.*, 1996; Jekel, Katz *et al.*, 2005). Assim, a epidemiologia focada no desenvolvimento de problemas de saúde mental tem como principal delineamento de pesquisa o estudo longitudinal (Rutter, 1988; Cicchetti e Toth, 2009).

Recente revisão da literatura realizada na base de dados internacional MEDLINE sobre estudos longitudinais relacionados à saúde mental da infância e adolescência, conduzidos no Brasil, identificou apenas três estudos. Na primeira pesquisa, realizada em Pelotas, Rio Grande do Sul, foram avaliadas 634 crianças em duas fases. No

primeiro momento as crianças foram avaliadas quando tinham um, três, seis e doze meses de idade e, posteriormente, as mesmas crianças foram avaliadas com quatro anos de idade. Os resultados revelaram taxa de 31,8% de problemas de externalização e 15,2% de problemas de internalização, segundo o *Child Behavior Checklist* (CBCL; (Achenbach e Rescorla, 2001). Os autores identificaram os seguintes fatores de risco para problemas de saúde mental: idade dos pais, escolaridade da mãe, ausência do pai no domicílio, problema de saúde mental materno, além de qualidade do ambiente doméstico e número de hospitalizações da criança (Anselmi, Piccinini *et al.*, 2004).

Anselmi e colaboradores (2008) realizaram uma nova avaliação de parte daquelas crianças do estudo anterior (N=601), desde os quatro anos até que estas completassem 12 anos de idade. O principal objetivo do estudo longitudinal foi verificar o curso natural de problemas emocionais/comportamentais exibidos aos quatro anos de idade. Em ambas as fases, mães foram entrevistadas com base no instrumento de rastreamento CBCL. Conduzido com bom rigor metodológico, os principais resultados do estudo apontaram primeiramente certo decréscimo nas médias das taxas de total de problemas e da escala de sintomas de externalização, enquanto a escala de sintomas internalização mostrou-se estável. Os resultados também revelaram uma razoável continuidade nos tipos de sintomas, entre os quatro e os 12 anos de idade: estabilidade média e estatisticamente significativa nas escalas de total de problemas do tipo externalização e do tipo internalização. Assim, crianças que precocemente apresentavam determinados tipos de sintomas, seguem com a mesma linha sintomatológica sete anos depois. Em terceiro lugar, os autores demonstraram que certos tipos de sintomas identificados aos quatro anos de idade prediziam mais casos positivos aos 12 anos de idade, com destaque para as escalas de “violação de regras” e de “comportamento agressivo”, indicando que os sintomas do tipo externalização precoces teriam mais impacto no desenvolvimento de problemas emocionais/comportamentais na pré-adolescência (Anselmi, Barros *et al.*, 2008).

O terceiro estudo foi realizado no município de Taubaté, Estado de São Paulo, onde avaliaram 1251 crianças de 7 a 14 anos (Goodman, Fleitlich-Bilyk *et al.*, 2007). Em um seguimento de aproximadamente dois anos os autores investigaram problemas de saúde mental e fatores de risco relacionados a estes com base no instrumento *Strengths and*

Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997)) para avaliar a saúde mental das crianças/adolescentes da amostra; o *Self-Report Questionnaire* (SRQ; Mari & Williams, 1986) para medir o estresse vivido pelos pais, além de outros instrumentos de fatores de risco desenvolvidos pelos autores. Os resultados demonstraram que os seguintes fatores de risco eram preditores dos problemas de saúde mental na amostra estudada: ser do sexo masculino; viver numa família não tradicional (ausência de pai ou mãe no domicílio); apresentar saúde precária e baixo quociente de inteligência; ser vítima de punição física severa; além de ter pais com alto nível de estresse.

Considerando, então, a escassez de estudos longitudinais no Brasil, o presente estudo procura contribuir ao corpo de evidências da saúde mental de crianças e adolescentes vivendo em uma área urbana em condições socioeconômicas adversas acerca de fatores de risco do ambiente familiar e fatores de proteção individuais.

2.5. Objetivos do estudo

- 1) Verificar se fatores de risco, em conjunto fatores de proteção, influenciaram no prognóstico de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental ao longo de cinco anos;
- 2) Descrever o curso longitudinal dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes da amostra em um período de cinco anos;

3. MÉTODO

A presente pesquisa é um estudo epidemiológico longitudinal prospectivo baseado nos pressupostos teórico da psicopatologia do desenvolvimento e epidemiologia do desenvolvimento, no qual crianças e adolescentes (N=93) com problemas de saúde mental na primeira avaliação (2002/2003) foram reavaliadas cinco anos depois (2007) no intuito de verificar a influência de fatores de risco e proteção no prognóstico da amostra.

A presente pesquisa é uma continuidade do Estudo Brasileiro de Violência Doméstica (BrazilSAFE), que faz parte do projeto multicêntrico *World Studies of Abuse in Family Environments* (WorldSAFE), uma iniciativa internacional envolvendo dados do Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e Estados Unidos (Bangdiwala, Paula *et al.*, 2003). O BrazilSAFE, sob coordenação de Isabel A. Bordin e colaboração de Cristiane S. de Paula, recebeu financiamento de Auxílio à Pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). A partir deste projeto já foram publicados artigos em revistas científicas, além de dezenas de apresentações em congressos (Bordin e Paula, 2006; Paula, Duarte *et al.*, 2007; Bordin, Duarte *et al.*, 2009).

O estudo original do BrazilSAFE foi realizado entre 2002 e 2003 no Jardim Santo Eduardo, bairro de baixa renda do município de Embu, na região metropolitana de São Paulo. O Embu, com 232.165 habitantes no ano de 2002, é um município pobre caracterizado por urbanização caótica. É também um dos municípios mais violentos do país, com taxa de mortalidade por homicídio de 100,7 por 100 mil habitantes em 2002, taxa esta bastante superior à da cidade de São Paulo (38,9) e à da região a que pertence (55,2) no mesmo ano. Neste município, apenas 4,4% dos responsáveis pelos domicílios tinham rendimento maior que 10 salários mínimos em 2002, taxa inferior a do estado de São Paulo (14,3%) e à da região em que está situado (17,0%) no mesmo ano (Seade, 2009). O índice de desenvolvimento humano (IDH; criado pelas Nações Unidas para avaliar o nível desenvolvimento de países/cidades/Estados) do Embu é calculado em 0,772, valor considerado médio, enquanto a cidade São Paulo é de 0,841, valor considerado alto (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010). Sendo assim, observa-se que as condições adversas do município do Embu tornam as crianças

e adolescentes moradores desta região vulneráveis a problemas de saúde mental, já que estudos demonstram que o nível socioeconômico baixo atua como fator de risco (Bordin e Paula, 2006).

O plano de seleção da amostra do estudo transversal do BrazilSAFE compreendeu uma amostragem probabilística (com igual probabilidade) de conglomerados (áreas geográficas de homogeneidade interna máxima e tamanhos semelhantes). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sorteou 24 conglomerados do Jardim Santo Eduardo, correspondendo a aproximadamente 70% do total de habitantes do bairro. Todos os domicílios dos conglomerados sorteados foram visitados para a identificação de todos os domicílios elegíveis (com pelo menos uma mãe com idade entre 15 e 49 anos e pelo menos um filho menor de 18 anos). Quando havia mais de uma mãe e/ou mais de um filho elegível no mesmo domicílio foram realizados sorteios para identificar a mãe índice e a criança índice naquele domicílio; desta forma, apenas uma dupla mãe-filho foi selecionada em cada um dos domicílios. Não foram realizadas substituições dos casos perdidos. O cálculo do tamanho da amostra foi feito com base na estimativa de proporções com um determinado grau de precisão, adotando a prevalência de 10% de punição física grave contra a criança e o adolescente observada no estudo BrazilSAFE piloto com 89 indivíduos (Bordin e Paula, 2006) e determinando a precisão relativa como 20% (intervalo de confiança de p entre 8% e 12%) o tamanho da amostra foi calculado em 864 pares mãe-criança (Cochran, 1977). A amostra final foi composta de 813 famílias (perda de 17,6%), sendo que 478 crianças e adolescentes tinham entre seis e 18 anos de idade, faixa etária na qual foi investigada a saúde mental.

Para avaliar a amostra foram utilizados os seguintes instrumentos estruturados: *Core Questionnaire*, *Child Behavior Checklist*, *Self-Report Questionnaire* e o Questionário de Classificação Econômica Brasil (ABEP).

Questionário específico do WorldSAFE (*Core Questionnaire*) - instrumento padronizado desenvolvido pelo comitê de pesquisadores de todos os países participantes do WorldSAFE (Sadowski L, Hunter W, Runyan D, Bangdwala K, Bordin I, Munhoz S, Hassan F, Jain D, Jeyaseelan L, Ramiro L). O *Core Questionnaire* foi traduzido e retrotraduzido para o português por Isabel Bordin e Cristiane S. de Paula em 1998 e engloba

inúmeros dados familiares, entre eles, punição física contra criança/adolescente e fatores sócio-demográficos como idade, escolaridade e situação empregatícia dos pais. A seção relativa à punição física contra criança/adolescente é parcialmente baseada no instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (Straus, Hamby *et al.*, 1998) com permissão dos autores.

Child Behavior Checklist (CBCL) - o CBCL ou Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência é um dos instrumentos de sintomas para a avaliação da saúde mental de crianças e adolescentes mais utilizados internacionalmente (Achenbach e Rescorla, 2001; Duarte, Hoven *et al.*, 2003). Dados preliminares da validação da versão brasileira do CBCL anterior a usada no presente estudo demonstraram que o este instrumento possui alta sensibilidade quando aplicado a mães de baixo nível socioeconômico por entrevistadores treinados (Bordin, Mari *et al.*, 1995). Em estudo comparativo, 82,8% de pacientes com transtornos psiquiátricos avaliados através de entrevista semi-estruturada revelaram problemas de saúde mental em nível clínico segundo a escala de total de problemas da versão brasileira do CBCL (Brasil, 2003).

No estudo BrazilSAFE foi utilizada a versão brasileira do CBCL apropriada para a faixa etária de seis a 18 anos (Achenbach e Rescorla, 2001). O CBCL fornece o perfil comportamental da criança ou adolescente, com base em 118 itens, que agrupados correspondem a oito síndromes (ansiedade/depressão; retraimento/depressão; problemas com o relacionamento social; problemas com o pensamento; problemas com a atenção; violação de regras; comportamento agressivo). Permite também o estabelecimento de três escalas: total de problemas, problemas do tipo internalização (ansiedade/depressão) e problemas do tipo externalização (agressividade/violação de regras). A escala total de problemas é composta por todos os itens das oito síndromes, enquanto que a escala de internalização é composta pelos itens das síndromes ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas e, por fim, a escala de externalização é constituída de pelos itens das síndromes violação de regras e comportamento agressivo. Pontos de corte (escores T) classificam as crianças/adolescentes em três categorias: casos clínicos (> 63), limítrofes (≥ 60 e ≤ 63) e não clínicos (< 60), segundo a normatização realizada pelo autor do instrumento original nos Estados Unidos. O CBCL pode ser interpretado segundo as categorias acima, assim como por meio do escore

bruto, representado por uma pontuação contínua que indica a quantidade de problemas de saúde mental do caso investigado. Entre inúmeras vantagens de se trabalhar com o escore bruto está o fato de ser mais sensível para avaliar a variação individual de cada indivíduo no decorrer do tempo, sem se ater a normatização norte-americana (Achenbach e Rescorla, 2001).

Questionário de Rastreamento para Problemas de Saúde Mental em Adultos (SRQ) - o *Self-Report Questionnaire* (SRQ) é um instrumento de rastreamento com 20 itens para identificar problemas de saúde mental em adultos da comunidade, especialmente aqueles de países em desenvolvimento (Beusenberg, Orley *et al.*, 1994). O SRQ foi validado e sua confiabilidade atestada no Brasil, sendo considerados positivos os indivíduos com escore total acima de sete (Mari e Williams, 1986). Nesse estudo, o SRQ foi utilizado para avaliar a saúde mental das mães.

Questionário de Classificação Econômica Brasil (ABEP) - questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa para a determinação de classes econômicas. O questionário inclui uma combinação de itens para identificar a classe social da família: escolaridade do chefe da família, poder econômico familiar para adquirir bens de consumo (eletrodomésticos, veículos), número de banheiros no domicílio e número de empregados mensalistas. Cinco classes sociais podem ser estabelecidas segundo o escore total obtido: A (25-34), B (17-24), C (11-16), D (6-10) e E (0-5). Quanto mais baixo o escore, menor o poder de compra da família (Abep, 2003).

Em 2007 foi realizado o estudo **“Problemas de saúde mental e de desenvolvimento entre crianças de comunidade de baixa renda: estudo de *follow up*”**, onde foram feitas reavaliações dos casos pertencentes à amostra do estudo BrazilSAFE. A coleta de dados deste estudo foi concluída em janeiro de 2008 com apoio financeiro da agência de fomento Mackpesquisa (processo 1250/2008). Este estudo visava avaliar a trajetória sintomatológica de crianças e adolescentes que no estudo original tinham problemas de saúde mental em nível limítrofe e clínico segundo a escala de total de problemas do CBCL.

Cerca de cinco anos depois do estudo original, o município do Embu ainda permanecia um local de condições adversas. A taxa de homicídio por cem mil habitantes caiu para menos da metade em relação ao ano de 2002 (26,42), mas ainda assim superior a taxa da capital do Estado de São Paulo no mesmo ano (16,05). Enquanto o rendimento mensal médio advindo de vínculos empregatícios individuais era 695,7 reais em 2002, passou a ser 1.183,92 reais cinco anos depois, entretanto, este crescimento se situa também abaixo da capital do Estado de São Paulo (1.322,46 reais em 2002 e 1.931,59 reais em 2007) (SEADE, 2009). Nota-se que apesar de melhorias importantes no quadro sócio-demográfico, o município do Embu ainda se mostra um local de condições adversas quando comparado a regiões próximas.

Em relação à amostragem, identificou-se que existiam 345 crianças/adolescentes de seis a 13 anos de idade no ano de 2002/2003 na amostra do BrazilSAFE. Foram excluídos os adolescentes maiores de 13 anos porque atualmente estes teriam mais de 18 anos, faixa etária imprópria para utilização de alguns instrumentos utilizados e replicados no estudo longitudinal (vide descrição do *Child Behavior Checklist*). Daqueles 345, 124 crianças e adolescentes apresentavam problemas de saúde mental em nível clínico ou limítrofe no ano de 2002/2003, sendo considerados elegíveis para reavaliação, já que o objetivo do estudo era realizar um seguimento dos casos que apresentavam problemas de saúde mental.

Profissionais de nível superior que participaram do BrazilSAFE e que já possuíam experiência prévia e treinamento padronizado segundo critérios do estudo original, entraram em contato com as famílias por meio de visitas domiciliares, explicando sobre a continuidade do estudo. Diversas visitas foram necessárias para a localização de cada caso, pois muitas mães trabalhavam. Quando as famílias não residiam mais nos domicílios, os vizinhos eram contatados a fim de fornecerem informações sobre como localizar estas famílias. Em último caso, realizou-se uma busca ativa em serviços do Embu, como nos setores da educação, saúde e da justiça. Ao final deste processo foi possível localizar 93 famílias (perda de 25%). Os casos perdidos compreendem as famílias que se mudaram do endereço original e mesmo utilizando-se de outros métodos de busca, não foi possível localizá-las. A amostra final do presente estudo contou com 93 famílias (par mãe-criança/adolescente) com dados completos e que nos anos de

2002/2003 tinham entre seis e 13 anos de idade. Em 94,6% dos pares a mãe era biológica e em 5,4% não era biológica, mas era a principal cuidadora (criação intrafamiliar).

Considerou-se necessário verificar as características da perda amostral citada acima para avaliar a possibilidade de viés nos resultados do presente estudo. Logo, foram comparadas as características das crianças/adolescentes da amostra final em 2002/2003 (N=93) com as características das crianças/adolescentes no mesmo período não localizadas para reavaliação (N=31). Constatou-se semelhança nas médias das variáveis relativas à classe social (10,19 vs. 11,68), escolaridade materna (5,55 vs. 6,70), problemas de saúde mental da mãe (7,69 vs. 7,94) e idade da criança/adolescente (9,32 vs. 9,34). A distribuição da punição física severa (31,2% vs. 32,2%) e violência física contra a mãe (5,5% vs. 3,3%) também não apresentaram diferenças marcantes entre crianças/adolescentes da amostra final em 2002/2003 e crianças/adolescentes no mesmo período não localizadas para reavaliação. Por outro lado, o sexo da criança/adolescente diferiu entre os indivíduos não localizados para reavaliação comparando-os com indivíduos localizados para reavaliação em 2007 (*amostra final*: masculino 39,8% e feminino 60,2% vs. *perda amostral*: masculino 54,8% e feminino 45,2%). Em relação aos problemas de saúde mental segundo o escore bruto da escala de total de problemas do CBCL, os sujeitos que não foram localizados para reavaliação apresentavam escore maior (média: 60,0323 ± 20,468) do que os sujeitos que foram localizados para a reavaliação (54,33 ± 13,33).

No que tange a coleta de dados, as mães foram convidadas a participar do estudo e foram entrevistadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) da região. Quando necessário, solicitou-se a abertura da UBS aos sábados e domingo para entrevistar mães que trabalhavam durante a semana em período integral. Em entrevista única e individual, todas as mães responderam em sala privativa aos seguintes instrumentos (já aplicados em 2002/2003): *Core Questionnaire*, CBCL, SRQ e ABEP. A versão do CBCL utilizada na reavaliação dos casos foi a versão brasileira mais atual, apropriada para a faixa etária de seis a 16 anos, diferente da versão anterior aplicada no estudo BrazilSAFE (Achenbach e Rescorla, 2001). Por fim, os adolescentes também participaram da reavaliação, respondendo a um novo questionário acerca de fatores de

proteção. Os instrumentos que não foram incluídos no estudo BrazilSAFE serão descritos a seguir.

Questionário de suporte social e atividades pró-sociais - este breve questionário estruturado que visa avaliar potenciais fatores de proteção foi elaborado por pesquisadores especialistas na área da saúde mental da infância/adolescência e aplicado em estudo epidemiológico anterior (Paula, Vedovato *et al.*, 2008). Este questionário, respondido por adolescentes maiores de dez anos, investiga informações relativas à: (1) percepção de apoio que ele(a) tinha em relação à família, amigos/colegas, escola/trabalho e comunidade; (2) sua participação e frequência em atividades esportivas, de lazer e religiosas.

Abaixo serão apresentadas todas as variáveis específicas desta dissertação.

Desfecho clínico:

Problemas de saúde mental da criança/adolescente, definido segundo escore bruto da escala de total de problemas do CBCL na segunda avaliação em 2007.

Variáveis analisadas:

Fatores de risco:

(a) Trajetória da punição física severa perpetrada pelos pais contra a criança/adolescente.

A punição física severa contra a criança/adolescente, segundo critérios elaborados pelos pesquisadores do WorldSAFE, foi definida como a presença nos últimos dozes meses de um dos seguintes comportamentos por parte da mãe, pai/padrasto ou ambos: (1) bater nas nádegas com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau; (2) bater em outra parte do corpo com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau; (3) sufocar com as mãos ou o travesseiro; (4) chutar; (5) esganou-o colocando as mãos (ou alguma outra coisa) em volta do pescoço dele/dela; (6) queimar com fogo, cigarro, outros; (7) espancar; e (8) ameaçar com faca ou revólver; sendo que estes dados foram coletados na primeira e segunda avaliação do estudo.

Os dados referentes à punição física severa coletados através do *Core Questionnaire* passaram por dois estágios de processamento no intuito de chegar a variável que configura a trajetória da punição física severa. Primeiramente, criou-se uma variável contínua definida pelos comportamentos de punição física severa investigados. Dessa forma, foi gerada uma escala de zero a oito (onde zero é a ausência de comportamentos de punição física severa e oito é a presença dos oito comportamentos de punição física severa investigados). Posteriormente, a partir dessas variáveis contínuas relativas à primeira avaliação (2002/2003) e segunda avaliação (2007) do estudo, subtraiu-se o valor da segunda avaliação pela primeira avaliação, gerando uma nova variável contínua caracterizada pela trajetória da punição física severa perpetrada pelos pais/responsáveis contra a criança/adolescente, podendo variar de -8 a oito. Uma pontuação positiva nesta variável significa um agravamento na trajetória da punição física severa (ex. valor dois pode significar que a criança/adolescente não era punida na primeira avaliação, mas passou a ser agredida por dois tipos de comportamentos de punição física severa por partes dos pais/responsáveis), enquanto que uma pontuação negativa significa um decréscimo na gravidade da trajetória (ex. valor três negativo pode significar que a criança/adolescente era agredida por três tipos de comportamentos de punição física severa por partes dos pais/responsáveis na primeira avaliação e passou a não ser mais agredida na segunda avaliação)¹.

(b) Trajetória da violência física perpetrada pelo marido/companheiro contra a mãe da criança/adolescente;

A violência física contra a mãe da criança/adolescente perpetrada pelo marido/companheiro, segundo critérios elaborados pelos pesquisadores do WorldSAFE, foi definida como a presença nos últimos dozes meses de um dos seguintes comportamentos: (1) Tapa com mão aberta; (2) Chute; (3) Soco; (4) Espancamento (bater repetidamente); e (5) Uso de arma ou ameaça de uso de arma; sendo que estes dados foram coletados na primeira e segunda avaliação do estudo.

Através do mesmo método descrito para criar a trajetória da punição física severa contra criança/adolescente, criou-se também a trajetória da violência física contra mãe da

¹ Para maiores detalhes, ver tabela 2 na página 50.

criança/adolescente. Primeiramente, determinou-se uma variável contínua para as duas avaliações (2002/2003 e 2007) baseadas no número de comportamentos violentos perpetrados contra a mãe da criança/adolescente, assim, uma escala de zero a quatro (onde zero é a ausência de comportamentos de violência física e quatro é a presença dos quatro comportamentos de violência física investigados). Subtraindo o valor da segunda avaliação pela primeira avaliação, gerou-se uma nova variável contínua caracterizada pela trajetória da violência física contra a mãe da criança/adolescente perpetrada pelo marido/companheiro. Valores positivos nesta variável contínua significam um agravamento da violência física ao longo do tempo, enquanto que valores negativos significam um atenuamento da violência física no decorrer das duas avaliações².

(c) Trajetória dos problemas de saúde mental da mãe da criança/adolescente;

Os problemas de saúde mental da mãe da criança/adolescente foram identificados com base no escore total bruto obtido na aplicação do instrumento SRQ. Subtraiu-se, então, o escore total da primeira avaliação (2002/2003) pelo escore total da segunda avaliação (2007), resultando em uma variável contínua que revela a trajetória dos problemas de saúde mental da mãe da criança/adolescente. Assim um valor positivo nesta variável significa uma piora nos problemas de saúde mental ao longo do tempo, enquanto que um valor negativo significa uma melhora dos problemas de saúde mental no decorrer das duas avaliações.

(d) Problemas de saúde mental da criança/adolescente na primeira avaliação em 2002/2003

Almejando controlar as possíveis influências dos problemas de saúde mental das crianças e adolescente na primeira avaliação (2002/2003), tomou-se a decisão de incluir na análise a variável referente ao escore bruto do total de problemas do CBCL da criança/adolescente na primeira avaliação.

² Para maiores detalhes, ver tabela 2 na página 50.

(e) Escolaridade da mãe da criança/adolescente na primeira avaliação (2002/2003);
Utilizando-se do *Core Questionnaire* foi perguntado à mãe da criança/adolescente em 2002/2003 quantos anos de escolaridade ela havia completado ao longo da vida, assim foi criada uma variável contínua com esses dados.

(f) Classe social da família da criança/adolescente na primeira avaliação (2002/2003);
A classe social foi avaliada através do Questionário de classificação econômica da ABEP e a partir deste se criou uma variável contínua baseada na pontuação bruta, variando de zero a 34, sendo que quanto mais baixo o escore, menor o poder de compra da família e, por conseguinte, mais baixa a classe econômica da família.

(g) Sexo da criança/adolescente;
Variável categórica.

(h) Idade da criança/adolescente na primeira avaliação (2002/2003);
Por meio dos dados da idade da criança/adolescente em 2002/2003 foi criada uma variável contínua.

Fatores de proteção:

(a) Suporte social do adolescente em relação a quatro grupos sociais (família, amigos/colegas, escola/trabalho e a comunidade), segundo percepção do próprio adolescente com base em quatro perguntas estruturadas: (1) “Quanto você pode contar com as pessoas da sua família?”; (2) “Quanto você pode contar com seus amigos/colegas?”; (3) “Quanto apoio você tem na escola/trabalho?”; (4) “Quanto você pode contar com as pessoas do seu bairro?”. Ao entrevistado era dada a possibilidade de responder cada uma das quatro perguntas segundo quatro opções: “muito”; “um pouco, poderia ser melhor”; “muito pouco”; ou “nada”.

Primeiramente procurou-se discriminar os adolescentes que recebiam suporte social adequado (estabelecido neste estudo como o adolescente ter respondido “muito” nas questões relativas ao suporte social) e, assim, estabeleceram-se variáveis dicotômicas da resposta “muito” versus respostas “um pouco”, “muito pouco” e “nada”. Após este processo, foi criada uma única variável contínua decorrente da somatória do suporte

social das quatro perguntas do questionário, criando-se então uma escala com os seguintes níveis: zero (nenhum suporte social adequado), um (suporte social adequado em um grupo social), dois (suporte social adequado em dois grupos sociais), três (suporte social adequado em três grupos sociais) e quatro (suporte social adequado em quatro grupos sociais).

(b) Prática em atividades pró-sociais, segundo participação e frequência do adolescente em atividades esportivas, de lazer e/ou religiosas, segundo relato do próprio adolescente, com base em três perguntas estruturadas: (1) “Com que frequência vai ao culto/missa?”; (2) “O quanto você participa de atividades esportivas?”; (3) “Nos últimos 12 meses, o quanto você tem participado de outras atividades que não sejam esportivas?”. A primeira questão continha três alternativas: “uma vez por semana”, “uma a duas vez(es) por mês” e “menos de uma vez por mês”. As demais perguntas apresentavam quatro opções de respostas: “freqüentemente”, “alguma participação”, “muito raramente” e “não participa”.

Inicialmente, discriminou-se os adolescentes que praticavam atividades pró-sociais freqüentemente (estabelecido neste estudo como o adolescente ter respondido “uma vez por semana/freqüentemente” nas questões relativas a atividades pró-sociais) e, assim, estabeleceram-se variáveis dicotômicas da resposta “uma vez por semana/freqüentemente” versus respostas “uma a duas vez(es) por mês/alguma participação”, “menos de uma vez por mês/muito raramente” e “não participa”. Então, foi criada uma única variável contínua resultado da somatória da prática de atividades pró-sociais das três perguntas do questionário, resultando, então, em uma escala com os seguintes níveis: zero (nenhuma prática de atividade pró-social freqüente), um (freqüente em uma atividade pró-social), dois (freqüente em duas atividades pró-sociais) e três (freqüente em três atividades pró-sociais).

Variável de controle

Julgou-se necessário a inclusão de uma variável referente aos problemas de saúde mental da criança/adolescente em 2002/2003 no intuito de controlar uma possível influência no modelo de análise estatística referente ao objetivo primário, já que a

literatura científica aponta a correlação entre sintomas de problemas de saúde mental no curso longitudinal apontada pela (Anselmi, Barros *et al.*, 2008).

(a) Problemas de saúde mental da criança/adolescente, definido segundo escore bruto da escala de total de problemas do CBCL na primeira avaliação em 2002/2003.

Considerações éticas

As entrevistas foram realizadas após o consentimento por escrito das mães ou responsáveis, mantendo-se o sigilo das informações. Indivíduos com problemas de saúde física ou mental, com ideação suicida e vítimas de violência doméstica foram devidamente encaminhados a serviços apropriados e acompanhados por profissionais na área da saúde mental que trabalharam neste projeto de pesquisa em ambas as avaliações (2002/2003 e 2007). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, assim como o estudo original realizado em 2002/2003 teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

Análise estatística

Inicialmente foram realizadas frequências e tabelas cruzadas das variáveis de interesse do estudo (descritas anteriormente). Em seguida, verificaram-se possíveis associações entre os fatores de risco/proteção e o desfecho clínico através de uma análise univariada. Nesta primeira etapa foram obtidas correlações de Pearson quando a variável de risco/proteção era contínua e para as variáveis categóricas foram realizados testes t de Student para amostras independentes.

Para avaliar os efeitos simultâneos dos fatores de risco/proteção sobre o desfecho clínico, realizou-se uma regressão linear múltipla. Assim, primeiramente foi criado um modelo inicial com todos os fatores de risco/proteção, em seguida, a cada etapa a variável menos significativa estatisticamente era excluída do modelo manualmente (*backward stepwise*), até se manter no modelo somente variáveis estatisticamente significantes, configurando, então, um modelo final.

Os pressupostos teóricos da regressão linear múltipla (normalidade e homocedasticidade dos dados) foram confirmados e não demonstraram violações. A normalidade foi

verificada via teste de Kolmogorov-Smirnov e a homocedasticidade via gráfico de resíduos padronizados (diferença entre o valor observado e estimado pelo modelo de regressão). Não ocorreu multicolinearidade entre as variáveis ingressantes no modelo segundo análise do VIF (“*variance inflation factors*”).

Para todos os testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%.

Todo o processo de análise estatística foi realizado por meio do programa de computador *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.

4. RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 93 crianças e adolescentes com idade entre seis e 13 anos (média: 9,34, desvio-padrão: $\pm 2,29$) em 2002/2003 e que foram reavaliadas cinco anos depois. No ano de 2007 as crianças e adolescentes da amostra tinham entre nove e 18 anos de idade ($14,27 \pm 2,26$), sendo 37 (39,8%) do sexo masculino e 56 (60,2%) do sexo feminino.

As mães das crianças/adolescentes da amostra tinham idade entre 23 e 49 anos em 2002/2003. A escolaridade das mães, medida por números de séries completas, teve média de 6,70 anos em 2002/2003, já em 2007 a média da escolaridade materna aumentou para 7,48 anos. A média de pontos na escala de nível socioeconômico da família em 2002/2003 foi de 11,68 e 12,45 em 2007, confirmando que o município do Embu é marcado pelo nível socioeconômico baixo. Os dados descritos acima estão presentes na tabela 1.

Nesta amostra de crianças e adolescentes, foram identificadas as seguintes médias de problemas de saúde mental segundo escore bruto do CBCL: $54,33 \pm 13,3$ em 2002/2003 e $41,23 \pm 37,0$ no ano de 2007. Esta redução nos escores revela uma diminuição nos sintomas de problemas de saúde mental das crianças e adolescentes entre a primeira e a segunda avaliação. Tratando-se da saúde mental das mães das crianças e adolescentes da amostra, avaliadas através do escore bruto do instrumento SRQ, obteve-se média de $7,69 \pm 3,73$ pontos em 2002/2003 e $6,80 \pm 4,22$ pontos em 2007, ocorrendo também uma diminuição nos sintomas (tabela 1). A trajetória da saúde mental das mães da amostra entre os anos 2002/2003 e 2007 demonstrou o seguinte padrão: 49 (52,8%) passaram a apresentar menos sintomas de problemas de saúde mental, oito (8,6%) apresentaram estabilidade na sintomatologia e 36 (38,8%) passaram a apresentar mais sintomas de problemas de saúde mental.

Tabela 1. Descrição dos fatores de risco investigados e variáveis de controle (Média e Desvio-Padrão) (N=93).

Criança/adolescente	2002/2003	2007
Idade	9,34 ± 2,29	14,27 ± 2,257
Problemas de saúde mental	54,33 ± 13,33	41,23 ± 37,0
Trajetória da punição física severa contra criança/adolescente entre 2002/2003 e 2007		-0,12 ± 0,828
Mãe/cuidadora		
Escolaridade da mãe	6,70 ± 3,35	7,48 ± 3,69
Problemas de saúde mental	7,69 ± 3,73	6,80 ± 4,22
Trajetória dos problemas de saúde mental entre 2002/2003 e 2007		-0,89 ± 3,43
Trajetória da violência física contra a mãe entre 2002/2003 e 2007		-0,08 ± 0,53
Família		
Classe social da família	11,68 ± 3,72	12,45 ± 3,43

No que tange a punição física severa, a presença de pelo menos um comportamento de punição física severa (nos últimos 12 meses) por parte dos pais contra a criança/adolescente no ano de 2002/2003 esteve presente em 31,2% da amostra, sendo que 22,6% sofreram um comportamento de punição física severa, 7,5% sofreram dois comportamentos de punição física severa e um jovem sofreu três comportamentos de punição física severa. Na segunda avaliação (2007), a taxa da presença de pelo menos um comportamento de punição física severa por parte dos pais contra a criança/adolescente foi de 21,5%, sendo que 17,2% sofreram um comportamento de punição física severa, 3,2% sofreram dois comportamentos de punição física severa e um jovem sofreu quatro comportamentos de punição física severa.

Os comportamentos de punição física severa presentes na amostra foram: “bateu na bunda com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto”, “bateu na bunda com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto”, “esganou-o colocando as mãos (ou alguma outra coisa) em volta do pescoço dele/dela”, “ameaçou-o com uma faca ou revólver” e “espancou-o (bateu repetidamente com algum objeto ou punho)”. Demais comportamentos de punição física severa não ocorreram em nenhuma das duas avaliações, a saber: “chutou-o”, “sufocou-o com as mãos ou com o travesseiro” e “queimou-o com fogo, cigarro, água quente ou objeto quente”.

Utilizando a perspectiva de trajetória da punição física severa entre 2002/2003 e 2007 (tabela 2), observa-se que 23,7% das crianças e adolescentes passaram a sofrer menos, ou nenhum comportamento de punição física severa. Por outro lado, 13% dos sujeitos da amostra passaram a sofrer mais comportamentos de punição física severa. Finalmente, percebe-se que a quantidade de comportamentos de punição física severa ficou estável em 61,3% da amostra, incluindo crianças e adolescentes que não sofreram nenhuma punição física severa no período de investigação deste estudo (tabela 2).

Tabela 2. Descrição das trajetórias dos fatores de risco relacionados à violência doméstica (punição física severa contra criança/adolescente e violência física perpetrada pelo marido/companheiro contra a mãe) entre 2002/2003 e 2007 (N=93).

	-3	-2	-1	0	1	2	3	Total
Trajетória da punição física severa contra criança/adolescente*	--	5 (5,4%)	17 (18,3%)	57 (61,3%)	9 (9,7%)	2 (2,2%)	1 (1,1%)	91 (97,8%)
Trajетória da violência física contra a mãe	2 (2,2%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	85 (91,4%)	3 (3,2%)	--	--	93 (100%)

* 2 casos perdidos (2,2%)

Observando detalhadamente a trajetória da punição física severa, verificou-se que a maioria dos indivíduos (91,7%) com aumento desta exposição (pontuação igual ou acima de um na tabela 2), sofreu punição física severa somente na adolescência (segunda avaliação). Daqueles jovens com pontuação igual a zero, 90% nunca haviam sofrido punição física severa na primeira avaliação. Todos os indivíduos com pontuação igual ou menor que um haviam sofrido punição física severa na primeira avaliação e 13,6% no período da segunda avaliação. Demais valores não se apresentam na tabela em razão de não ter ocorrido resultados relativos à trajetória de punição física severa maior do que três e menor do que -2.

A presença de pelo menos um comportamento de violência contra a mãe/ da criança/adolescente perpetrado pelo marido/companheiro esteve presente em 4,3% da

amostra em 2002/2003 e 2,2% da amostra em 2007. Em 2002/2003, duas mães (2,2%) sofreram três comportamentos violentos cometidos pelo marido/companheiro, uma mãe/ (1,1%) sofreu um comportamento violento e duas mães (2,2%) sofreram um comportamento violento, sendo que a maioria não sofreu nenhuma violência (94,6%). Na segunda avaliação, em 2007, três mães (3,2%) sofreram um comportamento violento e 90 (96,8%) não sofreram nenhuma violência (tabela 2).

Em relação à trajetória da violência física conjugal contra a mãe/ da criança/adolescente entre a primeira avaliação (2002/2003) e a segunda avaliação (2007), nota-se que 5,5% das mães passaram a sofrer menos comportamentos de violência por parte dos maridos/companheiros, enquanto que 3,2% delas passaram a sofrer mais comportamentos violentos. A maioria das mães das crianças e adolescentes da amostra (91,4%) manteve o padrão durante os cinco anos de acompanhamento do estudo, ou seja, continuaram a sofrer o mesmo número de comportamentos violentos perpetrados pelo marido/companheiro ou mantiveram a ausência, incluindo aquelas que nunca sofreram violência física conjugal (tabela 2). Demais valores não se apresentam na tabela em razão de não ter ocorrido resultados relativos à trajetória de violência conjugal física contra a mãe maior do que um e menor do que -3.

Quanto aos fatores de proteção estudados (tabela 3), 15 (16,1%) crianças/adolescentes relataram não confiar plenamente em nenhum grupo social que os rodeia (família, amigos, trabalho/escola e comunidade), sendo classificados, portanto, como não apresentando suporte social adequado. Mais da metade da amostra (67,7%) demonstrou suporte social adequado entre um e dois dos quatro grupos sociais investigados. Apenas duas crianças/adolescentes (2,2%) atingiram o nível máximo de suporte social, isto é, estes confiavam plenamente em todos os grupos sociais investigados. Em relação ao fator de proteção prática de atividades pró-sociais, 28 (30,1%) não praticavam nenhuma atividade pró-social com frequência. Aproximadamente metade da amostra (53,8%) praticava com frequência entre uma e duas atividades pró-sociais. Somente 10 crianças/adolescentes (10,8%) praticavam três atividades pró-sociais com frequência.

Tabela 3. Descrição dos fatores de proteção investigados em 2007 (N=93).

Níveis de suporte social*	N (%)
Nenhum suporte social adequado	15 (16,1%)
Suporte social adequado em um grupo social	32 (34,4%)
Suporte social adequado em dois grupos sociais	31 (33,3%)
Suporte social adequado em três grupos sociais	8 (8,6%)
Suporte social adequado em quatro grupos sociais	2 (2,2%)
<hr/>	
Prática em atividades pró-sociais*	
Nenhuma prática de atividade freqüente	28 (30,1%)
Freqüente em uma atividade	34 (36,6%)
Freqüente em duas atividades	16 (17,2%)
Freqüente em três atividades	10 (10,8%)

* cinco casos perdidos (5,4%)

No intuito de investigar associações estatísticas entre todos os fatores de risco e proteção de interesse e os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes em 2007 (desfecho clínico do presente estudo), realizou-se, primeiramente, uma análise univariada (tabela 4). Segundo o teste de correlação de Pearson, a variável referente à trajetória dos problemas de saúde mental da mãe/ da criança/adolescente entre 2002/2003 e 2007 demonstrou uma correlação estatisticamente significativa em relação aos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes da amostra em 2007 ($p < 0,005$). A variável da trajetória de punição física severa contra criança/adolescente entre as duas avaliações também demonstrou associação estatisticamente significativa com os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes da amostra em 2007 ($p < 0,005$). Por fim, para analisar a variável categórica relativa ao sexo da criança/adolescente, realizou-se teste T para amostras independentes. Não houve associação estatisticamente significativa entre o desfecho clínico estudado e o sexo das crianças/adolescentes da amostra ($p = 0,253$; $t = 0,55$).

Tabela 4. Análise univariada: correlações de Pearson entre desfecho clínico (problemas de saúde mental da criança/adolescente em 2007) e fatores de risco/proteção investigados (N=93).

Variáveis	Correlação de Pearson
Problemas de saúde mental da criança/adolescente em 2002/2003	0,248*
Idade da criança/adolescente em 2002/2003	-0,014
Escolaridade materna em 2002/2003	0,084
Classe social da família em 2002/2003	-0,092
Trajetória da punição física severa contra criança/adolescente entre 2002/2003 e 2007 ^{##}	0,230*
Trajetória da violência física contra a mãe entre 2002/2003 e 2007	-0,015
Trajetória dos problemas de saúde mental da mãe entre 2002/2003 e 2007	0,209*
Suporte social da criança/adolescente em 2007 [#]	-0,097
Prática de atividades pró-sociais da criança/adolescente em 2007 [#]	-0,30

* p<0,05

5 casos perdidos (5,4%); ## 2 casos perdidos (2,2%)

Para concluir, realizou-se a análise multivariada através de uma regressão linear múltipla para verificar quais os fatores de risco e proteção envolvidos na variação dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes em 2007 (tabela 5). Assim, no modelo inicial foram incluídas as seguintes variáveis: (1) sexo da criança/adolescente, (2) idade da criança/adolescente em 2002/2003, (3) escolaridade materna em 2002/2003, (3) classe social da família em 2002/2003, (4) trajetória da punição física severa contra criança/adolescente entre 2002/2003 e 2007, (5) trajetória da violência física contra a mãe/ entre 2002/2003 e 2007, (6) trajetória dos problemas de saúde mental da mãe/ entre 2002/2003 e 2007, (7) suporte social da criança/adolescente em 2007, (8) prática de atividades pró-sociais da criança/adolescente em 2007 e (9) problemas de saúde mental da criança/adolescente em 2002/2003. Além dessas, é importante mencionar que neste modelo inicial de regressão foi incluída uma variável referente aos problemas de saúde mental da criança/adolescente na primeira avaliação (2002/2003) no intuito de controlar a possível influência desta no modelo de análise estatística.

Observa-se que permaneceram estatisticamente significantes no modelo final os seguintes fatores de risco: trajetória da punição física severa contra criança/adolescente entre 2002/2003-2007 e trajetória dos problemas de saúde mental da mãe entre 2002/2003-2007 (tabela 5).

Tabela 5. Análise multivariada: modelo inicial e final de regressão linear múltipla, apresentando valor de B, erro padrão (EP), intervalo de confiança (95%) e *variance inflation factors* (VIF) dos fatores de risco e proteção associados a problemas de saúde mental das crianças/adolescentes em 2007 (N=93).

	Modelo Inicial					Modelo Final				
	B	EP	p	Intervalo de confiança 95%	VIF	B	EP	p	Intervalo de confiança 95%	VIF
Constante	24,191	14,996	0,111	-5,682 - 54,064	--	17,892	8,384	0,036	1,229 - 34,555	--
Sexo da criança/adolescente										
Feminino										
Masculino (categoria de referência)	3,349	4,485	0,458	-5,586 - 12,284	1,117	--	--	--	--	--
Idade da criança/adolescente em 2002/2003	-1,084	1,019	0,291	-3,113 - 0,946	1,175	--	--	--	--	--
Escolaridade materna em 2002/2003	1,127	0,724	0,124	-0,315 - 2,569	1,243	--	--	--	--	--
Classe social da família em 2002/2003	-0,634	0,607	0,300	-1,842 - 0,575	1,154	--	--	--	--	--
Trajetória da punição física severa contra criança/adolescente entre 2002/2003 e 2007	5,936	2,666	0,029	0,625 - 11,247	1,073	6,384	2,406	0,009	1,601 - 11,166	1,016
Trajetória da violência física contra a mãe entre 2002/2003 e 2007	0,593	4,202	0,888	-7,778 - 8,964	1,193	--	--	--	--	--
Trajetória dos problemas de saúde mental da mãe entre 2002/2003 e 2007	1,039	0,627	0,102	-0,211 - 2,289	1,115	1,104	0,571	0,056	-0,030 - 2,238	1,001
Suporte social da criança/adolescente em 2007	-1,181	2,372	0,620	-5,906 - 3,545	1,162	--	--	--	--	--
Prática de atividades pró-sociais da criança/adolescente em 2007	-1,425	2,431	0,559	-6,267 - 3,417	1,297	--	--	--	--	--
Problemas de saúde mental da criança/adolescente em 2002/2003	0,556	0,172	0,002	0,213 - 0,898	1,209	0,455	0,149	0,003	0,158 - 0,752	1,015
R ²	22%					17%				

Desta forma, uma trajetória de punição física severa com tendência ao agravamento da violência ao longo do tempo trouxe conseqüências negativas à saúde mental das crianças e adolescentes da amostra ($p=0,009$; Intervalo de Confiança: 1,6-11,1). Para cada ponto positivo nesta variável, o modelo apontou um aumento de 6,384 no escore de problemas de saúde mental de crianças/adolescentes da amostra em 2007. De forma semelhante, o agravamento dos problemas de saúde mental maternos no decorrer do tempo também acarretou implicações negativas à saúde mental das crianças e adolescentes da amostra estudada ($p=0,05$; IC -0,03-2,23). O modelo apontou que para cada um ponto positivo nessa variável, aumenta-se 1,104 pontos no escore de problemas de saúde mental de crianças/adolescentes da amostra em 2007. Além destas, manteve-se no modelo final os problemas de saúde mental das crianças/adolescentes em 2002/2003 no intuito de controlar o efeito da influência desta variável ($p=0,003$; IC 0,15-0,75). Assim, para cada ponto no escore de problemas de saúde mental de crianças/adolescentes em 2002/2003, aumenta-se 0,455 no escore de problemas de saúde mental de crianças/adolescentes em 2007.

Por fim, este modelo final de análise multivariada explicou 17% da variação dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes da amostra em 2007.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o curso longitudinal dos problemas de saúde mental de crianças/adolescentes e os efeitos da trajetória de fatores de risco relacionados ao ambiente familiar e fatores de proteção individuais em relação à saúde mental de crianças e adolescentes vivendo em condições adversas em um município do Estado de São Paulo.

O curso longitudinal apontou para uma diminuição dos sintomas de problemas de saúde mental de crianças/adolescentes. Já o modelo final de regressão linear do presente estudo detectou três variáveis associadas ao desfecho clínico: trajetória de punição física severa contra crianças/adolescentes, problemas de saúde mental da mãe e, na função de variável controle, problemas de saúde mental das crianças/adolescentes na primeira avaliação (2002/2003). Esse modelo final foi capaz de explicar 17% da variação do escore de problemas de saúde mental das crianças e adolescentes em 2007. Devido à origem multifatorial dos problemas de saúde mental, taxas explicativas de modelos estatísticos costumam ter valores nessa faixa, como apontam outros estudos que utilizaram regressão linear e encontraram valores entre 17%-28% (Bayer, Hiscock *et al.*, 2008; Catani, Jacob *et al.*, 2008; Nguyen, Dunne *et al.*, 2009). A permanência no modelo final da variável controle “problemas de saúde mental das crianças/adolescentes na primeira avaliação” era esperada, já que autores apontam que a sintomatologia inicial está correlacionada ao prognóstico dos problemas de saúde mental em estudos longitudinais (Visser, Van Der Ende *et al.*, 1999; Anselmi, Barros *et al.*, 2008).

Os resultados levantados pelo presente estudo foram discutidos com a literatura científica a partir de levantamento na base de dados internacional MEDLINE e na base de dados brasileira Scielo, onde foram identificados artigos em periódicos científicos para embasar a discussão que se segue. Livros científicos na área da saúde mental da infância e adolescência também foram consultados.

5.1. Curso longitudinal dos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes

Inicialmente, nota-se a diminuição dos sintomas de problemas de saúde mental de crianças/adolescentes da amostra entre a primeira e a segunda avaliação (média de 54,3 em 2002/2003 vs. 41,2 em 2007).

O único estudo brasileiro epidemiológico longitudinal que tratou especificamente deste tema também revelou uma diminuição na média do escore de “total de problemas” do CBCL. As duas avaliações realizadas demonstraram as seguintes médias: 28,74 (aos quatro anos de idade) e 24,03 (aos 12 anos de idade). Contudo, estes dados não são diretamente comparáveis aos do presente estudo em razão de não ser um seguimento de crianças/adolescentes com problemas de saúde mental (Anselmi, Barros *et al.*, 2008).

Alguns estudos internacionais encontraram dados semelhantes. Mathijssen e colaboradores realizaram um seguimento pelo período de um ano de uma amostra de crianças/adolescentes (9-16 anos de idade) encaminhadas a serviços de saúde mental. Os dados deste estudo demonstraram diminuição nas médias do escore da escala de total de problemas (Mathijssen, Koot *et al.*, 1999).

Uma pesquisa de cunho longitudinal utilizou de uma amostra de crianças/adolescentes (9-16 anos de idade) encaminhadas a serviços de saúde mental avaliadas em três momentos com intervalos de seis meses. Os escores da escala de total de problemas do CBCL tiveram decréscimo ao longo do estudo. Oitenta por cento das crianças/adolescentes na avaliação inicial estavam na faixa clínica de problemas, enquanto que na avaliação seguinte esta taxa passou para 59% e, na última avaliação do estudo, a mesma taxa chegou a 43% (Willemen, Koot *et al.*, 2008).

Um estudo epidemiológico longitudinal (Bongers, Koot *et al.*, 2003), utilizando uma amostra representativa de crianças/adolescente entre 4-18 anos de idade, revelou que o curso temporal do escore bruto da escala de total de problemas do CBCL é decrescente. Contudo, esta pesquisa não é comparável ao presente estudo, já que não é um seguimento de sujeitos que inicialmente apresentavam problemas de saúde mental.

Por outro lado, uma avaliação longitudinal em dois momentos no tempo (inicial e follow-up, com intervalo médio de 6,2 anos) de uma amostra de crianças/adolescentes (4-18 anos) encaminhadas para uma clínica de psiquiatria da infância/adolescência de hospital holandês (sujeitos com problemas de saúde mental no momento inicial da pesquisa) demonstrou resultados diferentes do presente estudo. Os sujeitos da pesquisa apresentaram estabilidade dos escores de todas as escalas do CBCL, sugerindo continuidade dos problemas de saúde mental ao longo do tempo (Visser, Van Der Ende *et al.*, 1999).

O contexto geral das pesquisas descritas acima demonstra que crianças e adolescentes possuem uma tendência à diminuição dos sintomas ao longo do curso temporal de curto e médio prazo, isto é, seis meses a seis anos (Mathijssen, Koot *et al.*, 1999; Bongers, Koot *et al.*, 2003; Anselmi, Barros *et al.*, 2008; Willemen, Koot *et al.*, 2008). Do mesmo modo, considerando somente os seguimentos de amostras de crianças/adolescentes com problemas de saúde mental já instalados, duas pesquisas apontam dados semelhantes aos do presente estudo (Mathijssen, Koot *et al.*, 1999; Willemen, Koot *et al.*, 2008).

A diminuição dos sintomas de problemas de saúde mental de crianças/adolescentes no decorrer do tempo leva a reflexões de hipótese explicativas. Em primeira instância, a transição da infância para adolescência pode ter favorecido este processo de melhoria sintomatológica. Neste período do desenvolvimento a criança começa a se desvincular das figuras parentais e ampliar o círculo social, estendendo assim, possibilidades de suporte emocional. A maior autonomia do adolescente também o torna capaz de realizar novas atividades (cursos, esporte etc) e essas, por sua vez, podem trazer benefícios a sua saúde mental (Jackson & Warren, 2000). O curso temporal pode ainda favorecer a maturação cognitiva e, dessa forma, contribuir nessa melhoria sintomatológica. Assim, uma maior capacidade de integração e compreensão de experiências pessoais e sociais poderia trazer a amenização dos sintomas dos problemas de saúde mental (Yates, 1995).

Especificamente no presente estudo, além dos aspectos descritos acima, há também a possibilidade de que os progressos do município do Embu, no que se refere o combate a criminalidade e melhorias estruturais, possam ter interferido positivamente na saúde

mental das crianças/adolescentes. Como já citado anteriormente, apesar deste município ser marcado por condições adversas, observou-se avanços relacionadas à violência urbana e renda familiar (SEADE, 2009). Além disso, durante a primeira avaliação (2002/2003), os casos com sintomatologia grave foram encaminhados para serviços específicos de acordo com sua necessidade, o que pode ter contribuído para a melhoria do quadro clínico dessas crianças/adolescentes. Aliado a isto, sabe-se que na última década o Embu sofreu uma reestruturação do sistema de saúde apoiada pela UNIFESP, melhorando e otimizando os atendimentos³.

5.2. Trajetória da punição física severa contra crianças e adolescentes

Os resultados obtidos apontam que o agravamento da trajetória de punição física severa contra criança/adolescente por parte dos pais esteve associado à piora na sintomatologia dos problemas de saúde mental. Considerando este subgrupo que teve um agravamento na exposição a esse risco, ressalta-se que a maioria sofreu punição física severa somente na adolescência (91,7%), isto é, o agravamento da trajetória esteve justamente no fato de que estes não sofriram nenhuma punição física severa na infância (primeira avaliação) e passaram a sofrer punição física grave no período da adolescência (segunda avaliação).

Apesar de não haver escassez de estudos longitudinais na área da violência física contra crianças/adolescentes, nota-se uma variedade nas metodologias e medidas utilizadas para pesquisar esta temática, por conseguinte, a direta comparação com o presente estudo deve ser tomada com cautela, principalmente no que tange a faixa etária das amostras dos estudos, a definição dos desfechos e a inclusão de outros tipos de maus-tratos além da punição física. A seguir, descrevem-se estudos longitudinais relevantes para presente discussão da trajetória da punição física severa contra crianças e adolescentes.

Em artigo publicado em uma edição especial focada em maus-tratos na infância e adolescência do periódico científico voltado para estudos na área da psicopatologia do

³ Segundo informações da coordenadora de saúde mental da Prefeitura do Embu

desenvolvimento, o “*Development & Psychopathology*”, Thornberry e colaboradores no ano de 2001 apresentaram dados de um estudo longitudinal com foco no seguimento por 4,5 anos de crianças/adolescentes com alto risco de apresentar problemas de delinqüência e uso de drogas (N=738). Os resultados demonstraram que o grupo que sofreu abuso físico na infância tinha maior risco de estar envolvido com uso de drogas, de apresentar sintomas de externalização e múltiplos problemas (somatória dos fatores de risco investigados), já o grupo que havia sofrido abuso físico na adolescência tinha mais risco de apresentar problemas do tipo, delinqüência, uso de drogas, internalização e externalização. Analisando maus-tratos como um todo (abuso físico, sexual, emocional e negligência), o autor concluiu que maus-tratos somente na infância não tem forte associação com os desfechos investigados na adolescência e, por outro lado, maus-tratos na adolescência, com característica de persistência ao longo do tempo, possuem forte associação com desfechos negativos investigados neste mesmo período (Thornberry, Ireland *et al.*, 2001).

Em um estudo longitudinal publicado em 2010, Thornberry e colaboradores, acompanharam 907 adolescentes (73% do sexo masculino, 68% de afro-americanos) até a idade adulta, realizando um total de 14 avaliações ao longo da pesquisa. No intuito de analisar a associação de maus-tratos (violência física, negligência, abuso sexual) e possíveis associações com desfechos negativos, os autores separaram a amostra em dois grupos: maus-tratos na adolescência e maus-tratos somente na infância. Os resultados do estudo revelaram que o grupo que havia sofrido maus-tratos na adolescência tinha maior risco de apresentar 10 (entre 11) desfechos negativos analisados: ofensa criminal, crime violento, detenção oficial, uso de álcool, problemas com uso de álcool, uso de drogas, problema com uso de drogas, sexo inseguro, diagnóstico de doença sexualmente transmissível, pensamentos suicidas e sintomas depressivos que o grupo de maus-tratos somente na infância. O grupo de sujeitos que sofreu maus-tratos somente na infância não se mostrou associado a desfechos de criminalidade e comportamentos sexuais de risco, mas revelou uma associação causal com frequência de uso de drogas e problemas de uso de drogas, além de este grupo ter reportado mais problemas de sintomas depressivos e pensamentos suicidas. Os dados deste estudo longitudinal apontam que maus-tratos sofridos na adolescência possuem conseqüências negativas de característica mais invasiva, ou seja, que abrange diversos aspectos da vida do indivíduo. Segundo o

autor, o grupo de maus-tratos somente na infância apresentou reações ao estresse voltadas para emoções, enquanto o grupo que sofreu maus-tratos na adolescência teve efeitos mais invasivos. Salienta-se que os autores não discriminaram os tipos de maus-tratos na análise, considerando-os conjuntamente (Thornberry, Henry *et al.*, 2010).

As duas pesquisas realizadas por Thornberry e colaboradores apontam para resultados semelhantes aos do presente estudo. O início ou restrição da punição física no período da adolescência provou ter efeitos deletérios mais invasivos no curso temporal dos sujeitos. Os autores tentaram explicar esse dado argumentando que maus-tratos restritos ao período da infância tendem a ser mais brandos, no entanto, o presente estudo se utilizou somente de comportamentos de violência perpetrados contra criança/adolescente considerados severos, logo a hipótese desse grupo autores se torna frágil. Assim, uma possível explicação para este dado poderia estar relacionada à maturação cognitiva do adolescente. Em um período do desenvolvimento em que as noções de interação social e a compreensão da atitude parental se tornam complexas (Yates, 1995), surge a possibilidade de questionamentos quanto às punições aplicadas pelos pais. Autores relatam que as emoções de adolescentes vitimizados frente à punição física dos pais/cuidadores tendem a vergonha, medo, raiva, tristeza, entre outros, dessa forma, abre-se uma maior probabilidade para o surgimento de problemas de saúde mental caracterizados por essas emoções (Weber, Viezzer *et al.*, 2004). Considerando os dados levantados pelo presente estudo, no qual a maioria dos indivíduos do subgrupo com agravamento da trajetória de punição física severa não havia sofrido violência no período da primeira avaliação (infância), o surgimento da punição física no período da adolescência pode ter exacerbado as emoções negativas descritas anteriormente. Contudo, novas hipóteses podem ser levantadas e novos estudos são fundamentais para melhor compreensão desses resultados.

Por outro lado, outros estudos nessa área identificaram que o início da exposição à violência física na infância traz conseqüências mais negativas do que na adolescência (Keiley, Howe *et al.*, 2001; Manly, Kim *et al.*, 2001). Enquanto outros autores relataram maior importância à exposição à violência física crônica (Cohen, Brown *et al.*, 2001; Manly, Kim *et al.*, 2001; Ethier, Lemelin *et al.*, 2004). Concluindo, não há dúvidas dos efeitos deletérios da violência física contra crianças e adolescentes, mas quando se trata

do estágio do desenvolvimento no qual os efeitos podem se tornar mais avassaladores, ainda não há um consenso na literatura científica.

5.3. Trajetória dos problemas de saúde mental maternos

O agravamento dos problemas de saúde mental maternos exerceu influências negativas na saúde mental de crianças e adolescentes da amostra do presente estudo (entre 2002/2003 e 2007). Há décadas estudos vêm demonstrando os efeitos negativos dos problemas de saúde mental maternos na saúde mental de seus filhos. Segundo uma revisão publicada em 1998, a década de 1990 viu o surgimento de novos dados longitudinais, utilizando métodos diagnósticos, que confirmaram a relação entre problemas de saúde mental dos pais e de seus filhos (Beardslee, Versage *et al.*, 1998). Mais recentemente, inúmeros estudos epidemiológicos internacionais também demonstraram dados semelhantes (Oyserman, Bybee *et al.*, 2002; Najman, Hallam *et al.*, 2005; Rishel, Greeno *et al.*, 2006; Schreier, Wittchen *et al.*, 2008; Abela, Zinck *et al.*, 2009; Dietz, Jennings *et al.*, 2009; Leckman-Westin, Cohen *et al.*, 2009).

Considerando o fato de que houve na presente amostra um agravamento do quadro psicopatológico materno ao longo do período de cinco anos e este esteve relacionado à piora da saúde mental de seus filhos, pode-se supor que as mães com agravo dos problemas de saúde mental tenham algum transtorno mental de características crônicas. A literatura científica aponta que filhos de mães com transtornos dessa natureza têm risco de apresentarem problemas de saúde mental (Niemi, Suvisaari *et al.*, 2005; Petresco, Gutt *et al.*, 2009). Essa hipótese poderia explicar os efeitos deletérios desse fator de risco na presente amostra, lembrando, contudo, que o instrumento de rastreamento utilizado para avaliar a saúde mental das mães da amostra não permite a confirmação dessa suposição.

No que tange a comparação dos dados do presente estudo em relação ao cenário da pesquisa brasileira, nota-se que tanto estudos epidemiológicos transversais quanto longitudinais apontam nesta direção. Quatro estudos paulistas recentes, baseados em desenho do tipo transversal, já haviam identificado associações entre problemas de saúde mental maternos e problemas de saúde mental de crianças/adolescentes (Fleitlich

e Goodman, 2001; Vitolo, Fleitlich-Bilyk *et al.*, 2005; Bordin, Duarte *et al.*, 2009; Fatori, Bordin *et al.*, 2010). Outros dois estudos nacionais, com uso de desenho longitudinal, encontraram dados semelhantes: Anselmi e colaboradores, no município de Pelotas (Estado do Rio Grande do Sul; Anselmi, Piccinini *et al.*, 2004) e Goodman e colaboradores, em uma pesquisa realizada no município de Taubaté (Estado de São Paulo; Goodman, Fleitlich-Bilyk *et al.*, 2007), identificaram como fator de risco problemas de saúde mental materno, entre outros. Interessante ressaltar que ambos os estudos lançaram mão do uso do SRQ para medir os problemas de saúde mental maternos, mesmo instrumento utilizado no presente estudo, assegurando a homogeneidade das medidas no que tange a comparação dos dados. Os instrumentos utilizados para medir o desfecho clínico dos três estudos também foram de rastreamento (CBCL no presente estudo e no estudo de Anselmi e colaboradores; SDQ no estudo de Goodman e colaboradores), o que contribui a comparação dos dados. No entanto, as faixas etárias divergem: o estudo de Pelotas contou com crianças de um mês a quatro anos (seguimento após quatro anos); enquanto que o estudo de Taubaté contou com crianças e adolescentes entre 7-14 anos (seguimento após três anos). Os resultados da presente dissertação se mostram comparáveis ao estudo de Taubaté em razão da faixa etária semelhante, divergindo, então, da faixa etária do estudo de Pelotas.

Os dois estudos longitudinais citados, aliados ao presente estudo, somam dados empíricos referentes a duas regiões do Brasil (sul e sudeste), todos apontando problemas de saúde mental maternos como um importante fator de risco na infância-adolescência. Em concordância com pesquisas internacionais, esse é um fator de risco que ocorre de forma semelhante em diferentes culturas. Dados relativos aos aspectos transculturais de fatores de risco auxiliam na compreensão da etiologia dos problemas de saúde mental que, por sua vez, contribuem para o planejamento de intervenções baseadas em evidências científicas (Coll, Akerman *et al.*, 2000).

Além disso, percebe-se que a influência negativa dos problemas de saúde mental maternos perpassa o âmbito socioeconômico, uma vez que estas pesquisas demonstram esta associação em cenários diversos, ou seja, tanto em municípios desenvolvidos, como Taubaté e Pelotas, com índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,837 e 0,816 respectivamente (valores considerados altos), quanto em um município marcado pela

pobreza e violência, como o Embu, com o IDH de 0,772 (valor considerado médio; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010). Apesar de até o presente momento não haver estudos semelhantes em outras regiões brasileiras, o conhecimento atual já pode direcionar estratégias de prevenção e intervenção no Brasil.

5.4. Limitações

O presente estudo contém algumas limitações que precisam ser mencionadas. Primeiramente, o tamanho da amostra, considerado pequeno para uma pesquisa epidemiológica, pode induzir erros tipo I e II na análise estatística (Jekel, Katz *et al.*, 2005). Quanto à generalização dos dados apresentados, deve-se utilizar de cautela, lembrando que os resultados advêm de uma amostra situada em apenas um município de uma região com características específicas (região urbana, violenta e marcada pela pobreza), logo a comparação desses dados com as outras regiões brasileiras deve levar em conta essas características.

O perfil da perda amostral, descrito anteriormente, pode ter influenciado os resultados do presente estudo. Considerando que a média de problemas de saúde mental dos casos que não foram localizadas para reavaliação se apresentou maior do que nos casos localizados, há a possibilidade de que os resultados do modelo de análise estatística multivariada tenham sido subestimados. Assim, possivelmente, o modelo final de regressão linear múltipla poderia ter apresentado valores de B maiores, assim como um maior valor de R^2 . A distribuição do sexo dos sujeitos da perda amostral também se mostrou desigual em relação à amostra final: havia mais meninos entre os sujeitos da perda amostral. Uma possível consequência disso poderia ser uma alteração no modelo de análise estatística no que tange a permanência ou exclusão da variável referente ao sexo no modelo final.

Em relação às medidas utilizadas, o uso de instrumentos de rastreamentos de problemas de saúde mental (CBCL, SRQ) não permitiu o estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos, limitando a comparação com pesquisas que utilizam esse tipo de medida. Quanto aos fatores de proteção analisados, a limitação relaciona-se à utilização de um questionário não validado.

Por fim, para a criação das variáveis relativas à trajetória da violência doméstica foi utilizada uma estratégia de subtração do número de tipos de comportamentos de punição severa entre as duas avaliações realizadas (se necessário, consultar detalhes na página 44 e 45). Este método pode levar a interpretações imprecisas, em particular em relação ao resultado zero que não significa necessariamente que os indivíduos não haviam sofrido violência em nenhum dos períodos, a saber, 10% dos casos.

5.5. Recomendações

Levando em conta o panorama de pesquisas epidemiológicas longitudinais no Brasil, espera-se que novos estudos brasileiros possibilitem o surgimento de dados empíricos acerca da continuidade de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes e, por conseguinte, a comparação de dados entre estudos. Para tal, os próximos estudos longitudinais deveriam conter alguns aspectos ainda pouco explorados que poderiam ampliar a compreensão dessa problemática: (a) amostra com ampla faixa etária de crianças e adolescentes, com avaliações que perpassem marcos importante do desenvolvimento (ex. transição entre a infância-adolescência); (b) maior número de avaliações periódicas ao longo do estudo, ampliando o potencial analítico das trajetórias; (c) avaliação diagnóstica de transtornos mentais psiquiátricos em crianças/adolescentes e pais/cuidadores segundo critérios dos manuais diagnósticos internacionais; (d) uso de instrumentos padronizados focados na violência física e que investiguem severidade e cronicidade; (e) investigação de exposição a outros tipos de violência (ex. abuso sexual, negligência, violência psicológica, violência comunitária, entre outros); (f) avaliação de fatores de risco biológicos (ex. medidas de estresse por cortisol) e psicológicos (ex. habilidades cognitivas); (g) avaliação de uma maior gama de fatores de proteção com uso de instrumento validado (ex. interação intrafamiliar, auto-estima); (h) uso de análises estatísticas sofisticadas voltadas para estudos longitudinais (ex. *growth curve analysis*).

Essas sugestões visam expandir ao máximo as possibilidades de análise relacionadas a problemas de saúde mental de crianças e adolescentes e sua associação com fatores de risco, levantando pontos cruciais que ainda não foram desenvolvidos no Brasil,

sobretudo nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Importante advertir que não se espera que uma única pesquisa venha dar conta de todas as questões relativas a esse tema, mas, possivelmente, novos e variados estudos venham a levantar dados empíricos que contribuam ao panorama geral da literatura científica nacional e internacional.

Apesar dessa lacuna científica relativa aos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes brasileiras, não se pode deixar de tomar iniciativas de intervenção e prevenção. Ambos os fatores de risco encontrados pela presente pesquisa já estão bem estabelecidos na literatura e, portanto, devem ser considerados em programas de intervenção e prevenção em plano nacional.

Neste sentido, evidências já demonstram que programas de prevenção são mais eficazes e econômicos do que realizar intervenções para remediar os problemas de saúde mental já instalados (WHO, Herrman *et al.*, 2005). Programas de prevenção na área da saúde mental possuem enfoque nos sintomas psicopatológicos e são geralmente focados na redução de fatores de risco e promoção de fatores de proteção (WHO, Herrman *et al.*, 2005). Os fatores de risco identificados no presente estudo podem ser alvo de programas de prevenção.

Primeiramente, no que tange a violência física contra a criança e o adolescente, programas de prevenção baseados em dados científicos que comprovem eficácia e efetividade são escassos em países em desenvolvimento. Uma recente revisão focada em prevenção de maus-tratos gerais na infância-adolescência apontou que 99,4% dos artigos levantados eram oriundos de países de alta-renda, sendo que nenhum deles advinha de países de baixa-renda (Mikton e Butchart, 2009).

Uma recente revisão sistemática de programas de prevenção de maus-tratos na infância/adolescência relatou que o programa de visitas domiciliares por profissionais formados em saúde mental (caracterizado por visitas à famílias de alto risco, visando identificar problemas e orientar os pais) possui maior evidência relativa a efetividade na atualidade (Fergusson, Grant *et al.*, 2005; Olds, Kitzman *et al.*, 2007; Macmillan, Wathen *et al.*, 2009). Além desse, programas do tipo multi-componente (uso de diversas modalidades de prevenção em um mesmo programa) e programas de orientação para

país também apresentam bons resultados e merecem destaque (sendo estes focados em orientar os pais acerca do desenvolvimento de crianças/adolescentes e conseqüências negativas de maus-tratos; Macmillan, Wathen *et al.*, 2009; Mikton e Butchart, 2009). Outros modelos de programas de prevenção ainda não apresentam comprovação inequívoca de eficácia, como: programas de prevenção focados em abuso sexual, programas baseado no uso da mídia e, por fim, uso de grupos de suporte (Mikton e Butchart, 2009).

Os países em desenvolvimento são aqueles que mais sofrem com os problemas gerados pelos maus-tratos contra crianças/adolescentes, principalmente a violência física e, as conseqüências disso prejudicam o desenvolvimento econômico e social. Sugere-se a utilização de programas de prevenção com eficácia comprovada em outros países, contudo, deve-se levar em conta diferenças culturais e se recomenda adaptações para medir a real eficácia destes em países em desenvolvimento como o Brasil (Mikton e Butchart, 2009).

O fator de risco identificado no presente estudo, problemas de saúde mental maternos, também pode ser alvo de programas de prevenção. Recente revisão de estudos de intervenção e prevenção de problemas de saúde mental em países de baixa e média-renda detectou quatro ensaios clínicos preventivos na área da depressão e ansiedade, apenas um estudo na área de álcool e drogas e, por fim, nenhum estudo na área da esquizofrenia (Patel, Araya *et al.*, 2007). Mais especificamente, programas de intervenção focados na saúde mental de mães constituem uma opção no sentido de evitar que os filhos também desenvolvam sintomas psicopatológicos. Um estudo de meta-análise publicado na última década avaliou 26 estudos de intervenção nessa área, demonstrando que programas dessa natureza são eficientes no que tange a melhoria do quadro sintomatológico das mães a curto prazo (Barlow e Coren, 2004). Concluindo, nota-se que já existem iniciativas de prevenção e intervenção passíveis de réplica em países como o Brasil.

Além da prevenção, iniciativas direcionadas à promoção da saúde mental também são recomendadas. Programas dessa natureza visam melhorar características sócio-demográficas gerais da população, com enfoque na qualidade de vida e recursos

comunitários, evitando o surgimento ou o agravamento de problemas de saúde mental em crianças, adolescentes e adultos (WHO. Dept. Of Mental Health and Substance Dependence., Herrman *et al.*, 2005). Aliada a esta proposta está também a divulgação de conhecimentos acerca da saúde mental, contribuindo para que a população tenha as informações necessárias para identificação de potenciais sintomas e estratégias voltadas para adaptação. Esses conhecimentos podem ser divulgados a crianças e adolescentes em campanhas comunitárias e escolares (Kelly, Jorm *et al.*, 2007). Ressalta-se também que programas governamentais focados em reduzir a pobreza, desenvolvendo a autonomia econômica da população e melhorando a escolaridade, são fundamentais para um estado positivo de saúde mental da população (WHO., 2008b).

6. CONCLUSÕES

A presente dissertação apresentou dados de um estudo epidemiológico longitudinal (duas avaliações em um período de cinco anos) em que crianças e adolescentes com problemas de saúde mental foram seguidas no tempo no intuito de verificar a influência de fatores de risco e proteção no prognóstico dos casos. Assim, foram apresentados os resultados obtidos por meio da análise estatística, demonstrando a associação entre o agravamento da trajetória da punição física severa e da trajetória dos problemas de saúde mental maternos com os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes da amostra na segunda avaliação realizada. Notou-se também que os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes na primeira avaliação influenciaram o prognóstico.

A partir desses resultados, discutiu-se teoricamente, comparando-os a outros achados da literatura nacional e internacional. Em relação diminuição dos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes no período de cinco anos, há concordância com estudos realizados em outros países. Quanto à trajetória de punição física severa, a comparação com demais estudos relevou consistência quanto ao efeito deletério e controvérsias em relação à gravidade do efeito, segundo a faixa etária das amostras e das medidas utilizadas. Por fim, a influência dos problemas de saúde mental maternos foi discutida em paralelo com estudos longitudinais brasileiros, apontando que esse fator de risco é comum a outras pesquisas nacionais.

Em suma, o conjunto dos dados apresentados pela presente pesquisa, aliados a demais estudos epidemiológicos brasileiros e internacionais, formam um arcabouço teórico que permite direcionar estratégias de intervenção, prevenção e promoção de saúde mental baseadas em evidências científicas. Contudo, sabe-se que iniciativas dessa natureza são raras em países em desenvolvimento. Alerta-se quanto à suma importância de se começar a planejar e executar medidas baseadas em evidência que possam minimizar os efeitos deletérios dos problemas de saúde mental na infância e adolescência no Brasil.

REFERÊNCIAS

Abela, J. R., S. Zinck, *et al.* Contagious depression: negative attachment cognitions as a moderator of the temporal association between parental depression and child depression. J Clin Child Adolesc Psychol, v.38, n.1, Jan, p.16-26. 2009.

ABEP. Critério de classificação econômica. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Disponível em: www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=21

Achenbach, T. e L. Rescorla. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families. 2001

Angold, A., E. J. Costello, *et al.* Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry, v.40, n.1, Jan, p.57-87. 1999.

Anselmi, L., F. C. Barros, *et al.* Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. J Child Psychol Psychiatry, v.49, n.5, May, p.499-507. 2008.

Anselmi, L., C. A. Piccinini, *et al.* Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. J Child Psychol Psychiatry, v.45, n.4, May, p.779-88. 2004.

Assis, S. G., J. Q. Avanci, *et al.* Socioeconomic inequalities and child mental health. Rev Saude Publica, v.43 Suppl 1, Aug, p.92-100. 2009.

Bangdiwala, S. I., C. S. Paula, *et al.* Coordination of international multicenter studies: governance and administrative structure. Salud Publica Mex, v.45, n.1, Jan-Feb, p.58-66. 2003.

Bangdiwala, S. I., L. Ramiro, *et al.* Intimate partner violence and the role of socioeconomic indicators in WorldSAFE communities in Chile, Egypt, India and the Philippines. Inj Control Saf Promot, v.11, n.2, Jun, p.101-9. 2004.

Barlow, J. e E. Coren. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. Cochrane Database Syst Rev, n.1, p.CD002020. 2004.

Bayer, J. K., H. Hiscock, *et al.* Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. J Child Psychol Psychiatry, v.49, n.11, Nov, p.1166-74. 2008.

Beardslee, W. R., E. M. Versage, *et al.* Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.37, n.11, Nov, p.1134-41. 1998.

Benvegna, L. A., A. G. Fassa, *et al.* Work and behavioural problems in children and adolescents. Int J Epidemiol, v.34, n.6, Dec, p.1417-24. 2005.

Beusenbergh, M., J. H. Orley, *et al.* A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization. 1994. 81 p. p.

Biederman, J., S. V. Faraone, *et al.* Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.35, n.9, Sep, p.1193-204. 1996.

Bongers, I. L., H. M. Koot, *et al.* The normative development of child and adolescent problem behavior. J Abnorm Psychol, v.112, n.2, May, p.179-92. 2003.

Bordin, I. e C. Paula. Estudos Populacionais sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Brasileiros. In: M. Mello, A. Mello, *et al* (Ed.). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2006. Estudos Populacionais sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Brasileiros, p.119-142

Bordin, I. A., C. S. Duarte, *et al.* Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. Bull World Health Organ, v.87, n.5, May, p.336-44. 2009.

Bordin, I. A., J. J. Mari, *et al.* Validação da Versão Brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): Dados Preliminares. Revista Brasileira de Psiquiatria v.17, n.2, p.55-66. 1995.

Bordin, I. A., C. S. Paula, *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, Dec, p.290-6. 2006.

Brasil, H. H. A. Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children: Present and Lifetime Version) e estudo se suas propriedades psicométricas [dissertação]. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

Caspi, A., J. McClay, *et al.* Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science, v.297, n.5582, Aug 2, p.851-4. 2002.

Catani, C., N. Jacob, *et al.* Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. BMC Psychiatry, v.8, p.33. 2008.

Cicchetti, D. The emergence of developmental psychopathology. Child Dev, v.55, n.1, Feb, p.1-7. 1984.

Cicchetti, D. e S. L. Toth. Child maltreatment. Annu Rev Clin Psychol, v.1, p.409-38. 2005.

_____. The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. J Child Psychol Psychiatry, v.50, n.1-2, Jan, p.16-25. 2009.

Cochran, W. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons Inc. 1977

Cohen, P., J. Brown, *et al.* Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. Dev Psychopathol, v.13, n.4, Fall, p.981-99. 2001.

Cohen, S. e T. A. Wills. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull, v.98, n.2, Sep, p.310-57. 1985.

Coll, C. G., A. Akerman, *et al.* Cultural influences on developmental processes and outcomes: implications for the study of development and psychopathology. Dev Psychopathol, v.12, n.3, Summer, p.333-56. 2000.

Connolly, S. D. e G. A. Bernstein. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.46, n.2, Feb, p.267-83. 2007.

Costello, E. J., E. M. Farmer, *et al.* Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains Study. Am J Public Health, v.87, n.5, May, p.827-32. 1997.

Costello, E. J., D. L. Foley, *et al.* 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.45, n.1, Jan, p.8-25. 2006.

Costello, E. J., S. Mustillo, *et al.* Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry, v.60, n.8, Aug, p.837-44. 2003.

Dietz, L. J., K. D. Jennings, *et al.* Maternal depression, paternal psychopathology, and toddlers' behavior problems. J Clin Child Adolesc Psychol, v.38, n.1, Jan, p.48-61. 2009.

Duarte, C., C. Hoven, *et al.* Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. Int J Psychiatry Med, v.33, n.3, p.203-22. 2003.

El-Sheikh, M., E. M. Cummings, *et al.* Marital psychological and physical aggression and children's mental and physical health: direct, mediated, and moderated effects. J Consult Clin Psychol, v.76, n.1, Feb, p.138-48. 2008.

Essex, M. J., M. H. Klein, *et al.* Exposure to maternal depression and marital conflict: gender differences in children's later mental health symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.42, n.6, Jun, p.728-37. 2003.

Ethier, L. S., J. P. Lemelin, *et al.* A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. Child Abuse Negl, v.28, n.12, Dec, p.1265-78. 2004.

Fatori, D., I. A. S. Bordin, *et al.* Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. Psicologia: Teoria e Pesquisa, (submetido). 2010.

Fatori, D., B. M. Curto, *et al.* Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. Psicologia: Teoria e Prática, v.11, n.1, p.179-188. 2009.

Fergusson, D. M., H. Grant, *et al.* Randomized trial of the Early Start program of home visitation. Pediatrics, v.116, n.6, Dec, p.e803-9. 2005.

Ferro, T., H. Verdeli, *et al.* Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. Am J Psychiatry, v.157, n.3, Mar, p.375-9. 2000.

Field, A. Descobrendo a estatística usando o SPSS: Artmed. 2009. 688 p.

Field, T., D. Sandberg, *et al.* Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. Developmental psychology, v.21, p.1152-1156. 1985.

Fleitlich, B. e R. Goodman. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. BMJ, v.323, n.7313, Sep 15, p.599-600. 2001.

Fletcher, R. H., S. W. Fletcher, *et al.* Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996

Garcia-Moreno, C., H. A. Jansen, *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet, v.368, n.9543, Oct 7, p.1260-9. 2006.

Garnezy, N. Children at risk: the search for the antecedents of schizophrenia. Part II: ongoing research programs, issues, and intervention. Schizophr Bull, n.9, Summer, p.55-125. 1974.

Golarai, G., K. Grill-Spector, *et al.* Autism and the development of face processing. Clin Neurosci Res, v.6, n.3, Oct, p.145-160. 2006.

Goodman, A., B. Fleitlich-Bilyk, *et al.* Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.46, n.4, Apr, p.448-56. 2007.

Goodman, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry, v.38, n.5, Jul, p.581-6. 1997.

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

Herrenkohl, T. I., C. Sousa, *et al.* Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. Trauma Violence Abuse, v.9, n.2, Apr, p.84-99. 2008.

Holt, S., H. Buckley, *et al.* The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. Child Abuse Negl, v.32, n.8, Aug, p.797-810. 2008.

Hooper, S. R., A. J. Giuliano, *et al.* Neurocognition in early-onset schizophrenia and schizoaffective disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.49, n.1, Jan, p.52-60. 2010.

Jackson, Y. e J. S. Warren. Appraisal, social support, and life events: predicting outcome behavior in school-age children. Child Dev, v.71, n.5, Sep-Oct, p.1441-57. 2000.

Jekel, J. F., D. L. Katz, *et al.* Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre: ArtMed. 2005

Kaplan, S. J., D. Pelcovitz, *et al.* Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. Am J Psychiatry, v.155, n.7, Jul, p.954-9. 1998.

Kazdin, A. E., H. C. Kraemer, *et al.* Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. Clin Psychol Rev, v.17, n.4, p.375-406. 1997.

Keiley, M. K., T. R. Howe, *et al.* The timing of child physical maltreatment: a cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. Dev Psychopathol, v.13, n.4, Fall, p.891-912. 2001.

Kelly, C. M., A. F. Jorm, *et al.* Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Med J Aust, v.187, n.7 Suppl, Oct 1, p.S26-30. 2007.

Kim-Cohen, J. Resilience and developmental psychopathology. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, v.16, n.2, Apr, p.271-83, vii. 2007.

Klimes-Dougan, B., K. Free, *et al.* Suicidal ideation and attempts: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.38, n.6, Jun, p.651-9. 1999.

Krug, E. G., L. L. Dahlberg, *et al.* World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002. 346 p. p.

Larson, K., S. A. Russ, *et al.* Influence of multiple social risks on children's health. Pediatrics, v.121, n.2, Feb, p.337-44. 2008.

Leckman-Westin, E., P. R. Cohen, *et al.* Maternal depression and mother-child interaction patterns: association with toddler problems and continuity of effects to late childhood. J Child Psychol Psychiatry, v.50, n.9, Sep, p.1176-84. 2009.

Loeber, R., S. M. Green, *et al.* Findings on disruptive behavior disorders from the first decade of the Developmental Trends Study. Clin Child Fam Psychol Rev, v.3, n.1, Mar, p.37-60. 2000.

Loeber, R. e D. Hay. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. Annu Rev Psychol, v.48, p.371-410. 1997.

Macmillan, H. L., C. N. Wathen, *et al.* Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. Lancet, v.373, n.9659, Jan 17, p.250-66. 2009.

Maia, J. e L. Williams. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. Temas em psicologia, v.13, n.2, p.91-103. 2005.

Manly, J. T., J. E. Kim, *et al.* Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. Dev Psychopathol, v.13, n.4, Fall, p.759-82. 2001.

Mari e Williams. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. Br J Psychiatry, v.148, n.26, p.6. 1986.

Mathijssen, J. J., H. M. Koot, *et al.* Predicting change in problem behavior from child and family characteristics and stress in referred children and adolescents. Dev Psychopathol, v.11, n.2, Spring, p.305-20. 1999.

Maughan, A., D. Cicchetti, *et al.* Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. J Abnorm Child Psychol, v.35, n.5, Oct, p.685-703. 2007.

Mcfarlane, J. M., J. Y. Groff, *et al.* Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and Hispanic children. Pediatrics, v.112, n.3 Pt 1, Sep, p.e202-7. 2003.

Mchale, S. M., A. C. Crouter, *et al.* Free- time activities in middle childhood: links with adjustment in early adolescence. Child Dev, v.72, n.6, Nov-Dec, p.1764-78. 2001.

Mcintosh, J. E. Thought in the face of violence: a child's need. Child Abuse Negl, v.26, n.3, Mar, p.229-41. 2002.

Mikton, C. e A. Butchart. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. Bull World Health Organ, v.87, n.5, May, p.353-61. 2009.

Minayo, M. C. S. e E. R. Souza. Violência sob o olhar da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003

Miranda, M. P. M., C. S. Paula, *et al.* Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Revista Panamericana de Salud Pública, v.27, p.300-308. 2010.

Najman, J. M., D. Hallam, *et al.* Predictors of depression in very young children--a prospective study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, v.40, n.5, May, p.367-74. 2005.

Nguyen, H. T., M. P. Dunne, *et al.* Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. Bull World Health Organ, v.88, n.1, Jan, p.22-30. 2009.

Niemi, L. T., J. M. Suvisaari, *et al.* Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder: results from the Helsinki High-Risk Study. Br J Psychiatry, v.186, Feb, p.108-14. 2005.

O'connel., M. E., T. Boat., *et al.* Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities: National academies press. 2009

Olds, D. L., H. Kitzman, *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. Pediatrics, v.120, n.4, Oct, p.e832-45. 2007.

Oyserman, D., D. Bybee, *et al.* Influences of maternal mental illness on psychological outcomes for adolescent children. J Adolesc, v.25, n.6, Dec, p.587-602. 2002.

Patel, V., R. Araya, *et al.* Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. Lancet, v.370, n.9591, Sep 15, p.991-1005. 2007.

Patel, V., A. J. Flisher, *et al.* Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet, v.369, n.9569, Apr 14, p.1302-13. 2007.

Paula, C. S., C. S. Duarte, *et al.* Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. Rev Bras Psiquiatr, v.29, n.1, Mar, p.11-7. 2007.

Paula, C. S., M. S. Vedovato, *et al.* Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. Revista de Saúde Pública, v.42, p.524-528. 2008.

Petresco, S., E. K. Gutt, *et al.* The prevalence of psychopathology in offspring of bipolar women from a Brazilian tertiary center. Rev Bras Psiquiatr, v.31, n.3, Sep, p.240-6. 2009.

Pico-Alfonso, M. A., M. I. Garcia-Linares, *et al.* The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive

symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. J Womens Health (Larchmt), v.15, n.5, Jun, p.599-611. 2006.

Pilowsky, D. J., P. J. Wickramaratne, *et al.* Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study. J Clin Psychiatry, v.67, n.1, Jan, p.126-36. 2006.

Prince, M., V. Patel, *et al.* No health without mental health. Lancet, v.370, n.9590, Sep 8, p.859-77. 2007.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal, 1991 e 2000. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm). Acesso em 2010.

Reinke, W. M. e R. Ostrander. Heterotypic and homotypic continuity: the moderating effects of age and gender. J Abnorm Child Psychol, v.36, n.7, Oct, p.1109-21. 2008.

Rhoades, K. A. Children's responses to interparental conflict: a meta-analysis of their associations with child adjustment. Child Dev, v.79, n.6, Nov-Dec, p.1942-56. 2008.

Ribeiro, W. S., S. B. Andreoli, *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.31, p.S49-S57. 2009.

Richler, J., M. Huerta, *et al.* Developmental trajectories of restricted and repetitive behaviors and interests in children with autism spectrum disorders. Dev Psychopathol, v.22, n.1, Winter, p.55-69. 2010.

Rishel, C. W., C. G. Greeno, *et al.* Impact of maternal mental health status on child mental health treatment outcome. Community Ment Health J, v.42, n.1, Feb, p.1-12. 2006.

Ross, S. M. Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. Child Abuse Negl, v.20, n.7, Jul, p.589-98. 1996.

Rutter, M. Family and school influences on behavioural development. J Child Psychol Psychiatry, v.26, n.3, May, p.349-68. 1985.

_____. Studies of psychosocial risk - the power of longitudinal data. Cambridge: Cambridge University Press. 1988

Rutter, M., J. Kim-Cohen, *et al.* Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. J Child Psychol Psychiatry, v.47, n.3-4, Mar-Apr, p.276-95. 2006.

Rutter, M. e L. A. Sroufe. Developmental psychopathology: concepts and challenges. Dev Psychopathol, v.12, n.3, Summer, p.265-96. 2000.

Sameroff, A. J. Developmental systems and psychopathology. Dev Psychopathol, v.12, n.3, Summer, p.297-312. 2000.

Schraiber, L. B., A. F. D'oliveira, *et al.* [Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil]. Rev Saude Publica, v.41, n.5, Oct, p.797-807. 2007.

Schreier, A., H. U. Wittchen, *et al.* Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. Br J Psychiatry, v.192, n.4, Apr, p.308-9. 2008.

SEADE. Informações dos municípios paulistas. Acesso em 2009: disponível em: <http://www.seade.gov.br>

Seeman, T. E. Social ties and health: the benefits of social integration. Ann Epidemiol, v.6, n.5, Sep, p.442-51. 1996.

Shields, N., K. Nadasen, *et al.* The effects of community violence on children in Cape Town, South Africa. Child Abuse Negl, v.32, n.5, May, p.589-601. 2008.

Sidman, Murray. Coerção e suas implicações. Tradução: Andery, MA; Sério, TM. Campinas: Editorial Psy, 1995.

Springer, K. W., J. Sheridan, *et al.* Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. Child Abuse Negl, v.31, n.5, May, p.517-30. 2007.

Sroufe, L. A. e M. Rutter. The domain of developmental psychopathology. Child Dev, v.55, n.1, Feb, p.17-29. 1984.

Stefansson, H., R. A. Ophoff, *et al.* Common variants conferring risk of schizophrenia. Nature, v.460, n.7256, Aug 6, p.744-7. 2009.

Steiner, H. e L. Remsing. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.46, n.1, Jan, p.126-41. 2007.

Straus, M. A., S. L. Hamby, *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 Negl, v.22, n.4, Apr, p.249-70. 1998.

Taylor, S. E., B. M. Way, *et al.* Early family environment, current adversity, the serotonin transporter promoter polymorphism, and depressive symptomatology. Biol Psychiatry, v.60, n.7, Oct 1, p.671-6. 2006.

Thornberry, T. P., K. L. Henry, *et al.* The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. J Adolesc Health, v.46, n.4, Apr, p.359-65. 2010.

Thornberry, T. P., T. O. Ireland, *et al.* The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. Dev Psychopathol, v.13, n.4, Fall, p.957-79. 2001.

Trentacosta, C. J., L. W. Hyde, *et al.* The relations among cumulative risk, parenting, and behavior problems during early childhood. J Child Psychol Psychiatry, v.49, n.11, Nov, p.1211-9. 2008.

United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General., Center for Mental Health Services (U.S.), *et al.* Mental health : culture, race, and ethnicity : a supplement to Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville, Md.

Washington, DC ,: Dept. of Health and Human Services. 2001. 203 p. p.

Visser, J. H., J. Van Der Ende, *et al.* Continuity of psychopathology in youths referred to mental health services. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.38, n.12, Dec, p.1560-8. 1999.

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

Weber, L. N. D., A. P. Viezzer, *et al.* O uso de palmadas e surras como prática educativa. Estudos de Psicologia (Natal), v.9, p.227-237. 2004.

WHO. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. 2001. 178 p. p.

Wille, N., S. Bettge, *et al.* Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry, v.17 Suppl 1, Dec, p.133-47. 2008.

Willemen, A. M., H. M. Koot, *et al.* Change in psychopathology in referred children: the role of life events and perceived stress. J Child Psychol Psychiatry, v.49, n.11, Nov, p.1175-83. 2008.

Williams, D. L., G. Goldstein, *et al.* The profile of memory function in children with autism. Neuropsychology, v.20, n.1, Jan, p.21-9. 2006.

World Health Organization. The global burden of disease : 2004 update. Geneva: World Health Organization. 2008a. 146 p. p.

_____. mhGAP : Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization. 2008b. 36 p. p.

World Health Organization. Dept. Of Mental Health and Substance Dependence., H. Herrman, *et al.* Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization. 2005. xx, 288 p. p.

Yates, T. Teorias do desenvolvimento cognitivo. In: M. Lewis (Ed.). Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANEXOS

ANEXO A

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS
VERSÃO BRASILEIRA DO “CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18”
(CBCL/6-18)

Número de identificação: _____

DATA DE HOJE: ____/____/____
 dia mês ano

NOME DA CRIANÇA/ADOLESCENTE (completo): _____

SEXO: Masculino Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 dia mês ano

ESCOLARIDADE (série atual): _____

NÃO FREQUENTA ESCOLA:

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante): _____

Nome completo: _____

Sexo: Masculino Feminino

Grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente:

Pai/Mãe Biológico(a) Padrasto/Madrasta Avô/Avó

Pai/Mãe Adotivo(a) Outro (especificar): _____

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL, mesmo que não estejam trabalhando no momento. **Favor especificar o tipo de ocupação** – por exemplo: mecânico de automóveis, professor do segundo grau, dona de casa, pedreiro, torneiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento do exército.

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho, mesmo que outras pessoas não concordem. Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

I. Por favor, cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, voleibol, patins, skate, bicicleta, pescar, etc.

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada um desses esportes?

Menos Igual Mais Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada um desses esportes?

Pior Igual Melhor Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar, computador, vídeo-game, etc.
(Incluir brincadeiras em grupo)
(Não incluir rádio e TV)

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada uma dessas atividades?

Menos Igual Mais Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas atividades?

Pior Igual Melhor Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu filho pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc.

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele em cada um desses grupos?

Menor Igual Maior Não sei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. 1. Desempenho nas matérias escolares (esse item não se aplica à crianças que não iniciaram o ensino fundamental)

Se a criança ou adolescente não estiver freqüentando a escola, favor especificar o motivo: _____

Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares?
(Só deixe em branco as matérias que seu filho não estiver cursando)

	Insuficiente (abaixo da média exigida pela escola)	Pior	Igual	Melhor
a. Português ou Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemática ou Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, computação, etc.)
Não incluir educação física, trabalhos manuais ou artísticos.

e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Seu filho está em classe especial ou em escola especializada?

Não Sim – Especifique o tipo de classe ou escola:

3. Seu filho já repetiu de ano?

Não Sim – Especifique as séries e os motivos:

4. Seu filho já teve problemas no desempenho escolar ou outros tipos de problemas na escola?

Não Sim – Descreva-os:

Quando começaram esses problemas?

Esses problemas já se resolveram?

Não Sim – Quando?

Seu filho tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

Não Sim – Descreva:

Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho?

Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu filho.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de crianças e adolescentes. Considere seu filho ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento freqüentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

0 1 2 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade

0 1 2 2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais

Descreva: _____

0 1 2 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)

0 1 2 4. Não consegue terminar as coisas que começa

0 1 2 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer

0 1 2 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário/ penico

0 1 2 7. É convencido, conta vantagem

0 1 2 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo

0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)

Descreva: _____

0 1 2 10. É agitado, não para quieto

0 1 2 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente

0 1 2 12. Queixa-se de solidão

0 1 2 13. Parece estar confuso, atordoado

0 1 2 14. Chora muito

0 1 2 15. É cruel com os animais

0 1 2 16. É cruel, maltrata as pessoas

0 1 2 17. Fica no "mundo da lua", perdido nos próprios pensamentos (devaneios)

0 1 2 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se

0 1 2 19. Exige que prestem atenção nele

0 1 2 20. Destroí as próprias coisas

0 1 2 21. Destroí as coisas de sua família ou de outras pessoas

0 1 2 22. É desobediente em casa

0 1 2 23. É desobediente na escola

0 1 2 24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito)

0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes

0 1 2 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal

Descreva: _____

0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente

0 1 2 28. Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares

0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola)

Descreva: _____

0 1 2 30. Tem medo da escola

Descreva: _____

0 1 2 31. Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)

0 1 2 32. Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho

0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele

0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem

0 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior

0 1 2 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes

0 1 2 37. Entra em muitas brigas

0 1 2 38. É alvo de gozações freqüentemente

0 1 2 39. Anda em más companhias

0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem

Descreva: _____

0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar

0 1 2 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros

0 1 2 43. Mentira ou engana os outros

0 1 2 44. Rói unhas

0 1 2 45. É nervoso ou tenso

0 1 2 46. Tem "tique nervoso", cacoete

Descreva: _____

0 1 2 47. Tem pesadelos

0 1 2 48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele

0 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso

0 1 2 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais

0 1 2 51. Tem tonturas

0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado

0 1 2 53. Come exageradamente

0 1 2 54. Sente-se cansado demais sem motivo

0 1 2 55. Está gordo demais

56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):

0 1 2 a. Dores (**diferentes** das citadas abaixo)

0 1 2 b. Dores de cabeça

0 1 2 c. Náuseas, enjôos

0 1 2 d. Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos)

Descreva: _____

0 1 2 e. Problemas de pele

0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga

0 1 2 g. Vômitos

0 1 2 h. Outras queixas

Descreva: _____

0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas

0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo

Descreva: _____

0 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público

0 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas

0 1 2 61. Não vai bem na escola

0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)

0 1 2 63. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais velhos

0 1 2 64. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais novos

0 1 2 65. Recusa-se a falar

0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões)

Descreva: _____

0 1 2 67. Foge de casa

0 1 2 68. Grita muito

0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém

0 1 2 70. Vê coisas que não existem

Descreva: _____

0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele

0 1 2 72. Põe fogo nas coisas

0 1 2 73. Tem problemas sexuais

Descreva: _____

0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas

0 1 2 75. É muito tímido

0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes

0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite

Descreva: _____

0 1 2 78. É desatento, distrai-se com facilidade

0 1 2 79. Tem problemas de fala

Descreva: _____

0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"

0 1 2 81. Rouba em casa

0 1 2 82. Rouba fora de casa

0 1 2 83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada.

Descreva: _____

0 1 2 84. Tem comportamento estranho

Descreva: _____

0 1 2 85. Tem idéias estranhas

Descreva: _____

0 1 2 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade

0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos

0 1 2 88. Fica emburrado facilmente

0 1 2 89. É desconfiado

0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões

0 1 2 91. Fala que vai se matar

0 1 2 92. Fala ou anda dormindo

Descreva: _____

0 1 2 93. Fala demais

0 1 2 94. Gosta de "gozar da cara" dos outros

0 1 2 95. É esquentado, tem acessos de raiva

0 1 2 96. Pensa demais em sexo

0 1 2 97. Ameaça as pessoas

0 1 2 98. Chupa o dedo

0 1 2 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco

0 1 2 100. Tem problemas com o sono

Descreva: _____

0 1 2 101. Mata aula (cabula aula, gazeia)

0 1 2 102. É pouco ativo, movimentar-se vagarosamente ou falta-lhe energia

0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido

0 1 2 104. É barulhento demais

0 1 2 105. Usa drogas (**excluir** álcool e tabaco)

Descreva: _____

0 1 2 106. Estraga ou destrói coisas públicas (vandalismo)

0 1 2 107. Faz xixi na roupa durante o dia

0 1 2 108. Faz xixi na cama

0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha

0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto

0 1 2 111. É retraído, não se relaciona com os outros

0 1 2 112. É muito preocupado

113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima:

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

ANEXO B

B.6. Vou perguntar agora sobre alguns problemas de saúde comuns entre as criança/adolescente.
Ele/ela tem...

	Sim	Não	Não Sei
B.6a. Problema crônico de saúde – algo que é um problema contínuo como asma ou tuberculose? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8
B.6b. Problema permanente de audição, fala ou visão? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8
B.6c. Defeito físico ou incapacidade física permanente? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8
B.6d1. Problema de aprendizado (escolar)?	1	2	8
B.6d2. Retardo mental? (<i>se sim, pule para B.6e</i>) ? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8
B.6d3. É mais atrasado(a) que as outras crianças?	1	2	8
B.6e. Problema emocional ou de comportamento?	1	2	8
B.6f. Algum outro problema? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8

Todos os adultos usam certos métodos para ensinar as criança/adolescente a se comportar bem ou para lidar com problemas de comportamento. Eu vou ler vários métodos que podem ser usados e gostaria que você me contasse quantas vezes você (MI) ou (nome do M/C nos últimos 12 meses) usaram cada um deles com o/a (nome da criança/adolescente) de ... para cá (últimos 12 meses): nunca, uma ou duas vezes, três vezes ou mais:

Métodos		Nunca	1-2 vezes	3+ vezes	Não sei	NA
Explicou que o que ele estava fazendo era errado	B8a.MI	1	2	3		
	B8b.M/C	1	2	3	8	9
Disse para ele/ela parar de fazer aquilo ou disse para ele/ela fazer outra coisa (<i>atitude positiva</i>)	B9a.MI	1	2	3		
	B9b.M/C	1	2	3	8	9
Mandou-o ficar de castigo num determinado lugar Qual: _____	B10a.MI	1	2	3		
	B10b.M/C	1	2	3	8	9
Sacudiu-o, chacoalhou-o	B11a.MI	1	2	3		
	B11b.M/C	1	2	3	8	9
Bateu na bunda com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto	B12a.MI	1	2	3		
	B12b.M/C	1	2	3	8	9
Bateu em qualquer outra parte (não na bunda) com um objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto	B13a.MI	1	2	3		
	B13b.M/C	1	2	3	8	9
Deu alguma outra coisa para ele/ela fazer	B14a.MI	1	2	3		
	B14b.M/C	1	2	3	8	9
Puxou a orelha dele/dela	B15a.MI	1	2	3		
	B15b.M/C	1	2	3	8	9
Deu um "croque" na cabeça dele/dela	B16a.MI	1	2	3		
	B16b.M/C	1	2	3	8	9
Puxou o cabelo dele/dela	B17a.MI	1	2	3		
	B17b.M/C	1	2	3	8	9
Ameaçou ir embora ou abandoná-lo	B18a.MI	1	2	3		
	B18b.M/C	1	2	3	8	9
Gritou ou berrou com ele/ela	B19a.MI	1	2	3		
	B19b.M/C	1	2	3	8	9
Ameaçou chamar fantasmas, espíritos do mal ou pessoas ruins para pegá-lo	B20a.MI	1	2	3		
	B20b.M/C	1	2	3	8	9
Chutou-o	B21a.MI	1	2	3		
	B21b.M/C	1	2	3	8	9
Colocou pimenta na boca dele/dela	B22a.MI	1	2	3		
	B22b.M/C	1	2	3	8	9
Forçou-o a ajoelhar ou ficar em pé parado em algum lugar com mais algum castigo (no calor ou segurando um objeto pesado)	B23a.MI	1	2	3		
	B23b.M/C	1	2	3	8	9

Métodos		Nunca	1-2 vezes	3+ vezes	Não sei	NA
Xingou-o com palavrão	B24a.MI B24b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu palmada(s) na bunda dele/dela	B25a.MI B25b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Esganou-o colocando as mãos (ou alguma outra coisa) em volta do pescoço dele/dela	B26a.MI B26b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Ameaçou expulsá-lo de casa ou mandá-lo embora	B27a.MI B27b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Trancou-o para fora de casa	B28a.MI B28b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Proibiu-o de fazer alguma coisa que ele gosta (<i>tirar privilégios</i>) Qual: _____	B29a.MI B29b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Chamou-o de coisas ruins como burro, idiota, desgraçado, estúpido, ou disse que ele não servia para nada	B30a.MI B30b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Beliscou-o	B31a.MI B31b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu tapa na cara	B32a.MI B32b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu tapa atrás da cabeça	B32a1.MI B32b1.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Recusou-se a falar com ele/ela	B33a.MI B33b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deixou-o sem comida	B34a.MI B34b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Sufocou-o com as mãos ou com o travesseiro	B35a.MI B35b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Queimou-o com fogo, cigarro, água quente ou objeto quente	B36a.MI B36b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Espancou-o (bateu repetidamente com algum objeto ou punho)	B37a.MI B37b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Ameaçou-o com uma faca ou revólver	B38a.MI B38b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deixou-o amarrado em algum lugar	B39a.MI B39b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Bateu na bunda com chinelo	B40a.MI B40b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9

Seção C: Companheiro nos últimos 12 meses

(Se não houver companheiro masculino nos últimos 12 meses, pule para a questão D22)

Todo mundo sabe que os relacionamentos passam por momentos difíceis e enfrentam muitos desafios. Às vezes, quando isso acontece, as mulheres são maltratadas por seus maridos ou companheiros. Gostaríamos de saber mais sobre a sua própria experiência com estes assuntos. Lembre-se que esta entrevista é totalmente confidencial e ninguém saberá suas respostas.

Agora pensando no último ano, eu gostaria de perguntar como você foi tratada por seu marido/companheiro (M/C) de ... para cá (*últimos 12 meses*).

De ... para cá (*últimos 12 meses*), quantas vezes ele...

	Nunca	1-2 vezes	3+ vezes
D.10. Deu tapa em você (mão aberta)	1	2	3
D.11. Chutou você	1	2	3
D.12. Deu soco em você	1	2	3
D.13. Espancou você (bateu repetidamente)	1	2	3
D.14. Usou ou ameaçou usar arma contra você	1	2	3

(Entrevistador: Se a resposta a todas as questões D10-D14 foi NUNCA, pule para C15)

Quando ele fez isso/essas coisas com você ...

C.13. Alguma vez você teve que procurar ajuda de alguma das seguintes pessoas ou lugares? (*Leia a lista e marque todas as respostas possíveis*)

- C.13a. Alguém da sua família
- C.13b. Alguém da família de seu marido/companheiro
- C.13c. Amigos
- C.13d. Religioso(a) como um padre, pastor, freira, etc.
- C.13e. Organizações de proteção à mulher/abrigos
- C.13f. Polícia ou delegacia
- C.13g. Centro de saúde (hospital, pronto socorro)
- C.13h. Ambulatório de saúde mental (psicóloga, assistente social, psiquiatra)
- C.13i. Líder comunitário
- C.13j. Curandeiro, pai de santo, benzedeira.
- C.13k. Alguma outra pessoa ou local. Quem/qual? _____
- C.13l. Nunca procurou ninguém

C.16. Alguma vez você já largou seu M/C por causa dessas agressões (*violência física*)?

1 Sim ⇒ C.16a. Quantas vezes? /__ __/ vezes

2 Não ⇒ Vá para C.20

C.17. Para onde você foi? (**Não leia a lista; marque todas as respostas possíveis**)

C17a. Parentes dela

C17b. Parentes dele

C17c. Amigos dela

C17d. Hotel/Motel/Pensão

C17e. Abrigos

C17f. Igreja/Templo

C17g. Centro comunitário

C17h. Outros locais. (C17i. Especifique: _____)

C.20. Quantas vezes você foi agredida (fisicamente) o suficiente para pensar que precisava de cuidados médicos, mesmo que você não tenha procurado por estes cuidados?

/__ __/ __ __/ vezes (se NUNCA, marque 00; vá para C.24)

C.21. Nas vezes que você pensou que precisava de cuidados médicos, você de fato recebeu cuidados médicos?

1 Sim, todas as vezes (*vá para C.23*)

2 Sim, às vezes

3 Não

C.22. Porque você não recebeu assistência médica? (**Não leia a lista; marque todas as respostas possíveis**)

C22a. Não sabia onde ir

C22b. Sentiu-se envergonhada ou constrangida

C22c. Era muito longe

C22d. Não tinha transporte

C22e. Não tinha como pagar

C22f. Seu marido/companheiro ou família não a deixaram ir

C22g. Medo de represália

C22h. Polícia podia descobrir

C22i. Risco para a reputação familiar

C22j. Recebeu atendimento em casa

C22k. Achou que o serviço de saúde não poderia ajudar

C22l. Não podia pagar o transporte para ir até lá

C22m. Outra razão ⇒ Qual? C.22n. _____

C.23. Você já foi hospitalizada por esses machucados devidos a agressão de seu marido/companheiro?

- 1 Sim ⇒ C.23a. Quantas vezes? /__/_/ vezes
- 2 Não

C.24. Alguma vez você ficou tão machucada devido a essas agressões de seu marido/companheiro, que você não pode fazer suas tarefas domésticas do dia a dia?

- 1 Sim ⇒ C.24a. Por quantos dias? /___/ dias (*se ≥ 7 , marque 7*)
(*Tente obter a melhor a resposta*)
- 2 Não

C.25. Alguma vez você ficou tão machucada devido a essas agressões do seu marido/companheiro que não pode trabalhar (trabalho remunerado)?

- 1 Sim ⇒ C.25a. Por quantos dias? /___/ dias (*se ≥ 7 , marque 7*)
- 2 Não
- 9 Não se aplica (não tinha trabalho remunerado na ocasião)

C.15. Seus filhos alguma vez viram ou ouviram você sendo agredida fisicamente ou ameaçada pelo seu companheiro?

- 1 Sim
- 2 Não
- 8 Não Sei

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre bebidas alcoólicas e drogas.

D.15. O (*nome do M/C*) já tomou bebida alcoólica?

- 2 Não (*pule para D19*)
- 1 Sim ⇒ D.16. Ele ficou bêbado alguma vez de ... para cá (*últimos 12 meses*)?
 - 2 Não
 - 1 Sim ⇒ D.17. Quantas vezes ele fica/ficava bêbado?
 - 1 Diariamente ou quase (*5-7 dias/semana*)
 - 2 3-4 dias/semana
 - 3 1-2 dias/semana
 - 4 1-3 dias/mês
 - 5 Menos de uma vez por mês

D.19. O (*nome do M/C*) já usou maconha, cocaína, crack ou outras drogas, nos últimos 12 meses?

2 Não (*pule para a D22*)

1 Sim ⇒ D.20. Quantas vezes ele usa/usou esta(s) droga(s) de ... para cá (*últimos 12 meses*)?

1 Diariamente ou quase (*5-7 dias por semana*)

2 3-4 dias por semana

3 1-2 dias por semana

4 1-3 dias por mês

5 Menos de uma vez por mês

D.22. Você tomou bebida alcoólica nos últimos 12 meses

2 Não

1 Sim ⇒ D.23. Quantas vezes você fica/ficava embriagada?

1 Diariamente ou quase (*5-7 dias/semana*)

2 3-4 dias/semana

3 1-2 dias/semana

4 1-3 dias/mês

5 Menos de uma vez por mês

Seção F: Saúde Física e Mental da Mulher (SRQ20 = F.2-F.21)

F.1. No geral, você diria que sua saúde é...

1 Excelente/Muito Boa

2 Na média/Boa

3 Ruim/Má (*Descreva: _____*)

Questões	Sim	Não
F.2. Tem dores de cabeça freqüentes?	1	2
F.3. Tem falta de apetite?	1	2
F.4. Dorme mal?	1	2
F.5. Assusta-se com facilidade?	1	2
F.6. Tem tremores na mão?	1	2

Questões	Sim	Não
F.7. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	1	2
F.8. Tem má digestão?	1	2
F.9. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1	2
F.10. Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
F.11. Tem chorado mais do que de costume?	1	2
F.12. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
F.13. Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
F.14. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1	2
F.15. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1	2
F.16. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
F.17. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2
F.18. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1	2
F.19. Sente-se cansada o tempo todo?	1	2
F.20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
F.21. Você se cansa com facilidade?	1	2
F.22. Alguna vez você já pensou em se matar?	1	2
F.23. Alguna vez você já tentou se matar?	1	2

Seção H. Características do Domicílio

Agora eu gostaria de perguntar um pouco sobre sua casa e seu trabalho.

H.4. A casa em que você mora é sua? Você é o proprietário ou está comprando a casa a prestação? Você aluga? Ou você não paga nada pelo lugar onde você e sua família moram? (*Marque apenas um*).

- 1 Próprio ou pagando prestações
- 2 Alugado (pagamento monetário ou não monetário)
- 3 Ocupação ou não paga nada
- 2 Outros _____
- 3 Terreno da família (*não paga nada*)

H.6. Quantos cômodos existem na sua casa, sem contar os banheiros?

/_/_/_/_/ cômodos

Quadro ABEP

Preencher com o que a pessoa possui em casa (considerar itens quebrados há menos 6 meses)

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	2	2	2	2
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio (tudo que toca música, exceto rádio do carro)	0	1	2	3	4
Banheiro (privativo do domicílio)	0	2	3	4	4
Automóvel (sem uso profissional)	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar (se mencionar tanquinho, considerar)	0	1	1	1	1
Videocassete	0	2	2	2	2
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

H.9. Na sua casa, quem está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?
(*Não leia a lista. Marque todas as respostas possíveis*)

___ H.9a. MI

___ H.9b. M/C dos últimos 12 meses

___ H.9c. Chefe da casa (marque somente se diferente da MI ou M/C)

___ H.9d. Criança/Adolescente Índice

___ H.9e. Outro(s) adulto(s) (≥ 18 anos)

___ H.9f. Outra(s) criança(s) ou adolescente(s) (< 18 anos)

Perguntas para MI se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.10c. Você esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) \Rightarrow Pule para H.11c.

2 Não \Rightarrow H.10d. Você recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício (*bolsa família, renda mínima, etc*)?

1 Sim (*Qual:* _____)

2 Não

Perguntas para M/C se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.11c. O M/C dos últimos 12 meses esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) ⇒ Pule para H.18c.

2 Não ⇒ H.11d. Ele recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício (*bolsa família, renda mínima, etc*)?

1 Sim (*Qual:* _____)

2 Não

Perguntas sobre Criança/adolescente índice se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.18c. O <criança/adolescente índice> está trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) ⇒ Pule para H.18c.

2 Não

Perguntar se a Criança/adolescente índice estiver trabalhando atualmente ou se já trabalhou nos últimos 12 meses

24.e Quais os motivos que a/o levaram a trabalhar?

H.14. Até que série você estudou (séries completas)?
(*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)

/__/_/ série(s)

Se tiver M/C nos últimos 12 meses

H.13. Até que série seu marido/companheiro estudou (séries completas)?
(*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)

/__/_/ série(s)

8 Não sabe

~ FIM DA ENTREVISTA ~ Obrigado!

Seção J. Dados sócio-demográficos referentes ao domicílio

Preencher após o fim da entrevista utilizando os dados do censo domiciliar.

1. Número total de residentes no domicílio: ____ ____
2. Número total de adultos \geq de 18 anos (I + II + III): ____ ____
- 2.a. Número total de mulheres adultas \geq de 18 anos: ____ ____
- 2.b. Número total de homens adultos \geq de 18 anos: ____ ____
3. Número total de crianças e jovens < de 18 anos (IV + V) = ____ ____

5.a. Números de filhos/criança da MI (IV)? ____ ____

5.b. A CI é filha biológica da MI?

- 1 Sim
2 Não

5.c. A CI é filha biológica do M/C (dos últimos 12 meses)?

- 1 Sim
2 Não
9 Não se aplica (quando não há M/C nos últimos 12 meses)

J.9. Quadro ANEP (somar os pontos do Quadro ABEP, página 8)

Total de pontos da página 19	
------------------------------	--

J. 10. Grau de Instrução do chefe de família (COPIAR item 5.1 do censo)

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior Completo	5

J. 11. Marcar CLASSE, somando pontos J.9 + J.10

TOTAL	PONTOS	Classe
	25-34	A
	17-24	B
	11-16	C
	6-10	D
	0-5	E

ANEXO C

- 5B. Com que frequência vai ao culto/missa? () 1 vez por semana
() 1-2 vez/mês
() menos de 1 vez/ mês

6. O quanto você participa de atividades esportivas?
(INCLUI ESPORTES NA ESCOLA; EXCETO EDUCAÇÃO FÍSICA).
(LER ALTERNATIVAS):

0 = Frequentemente ou é membro de um time
1 = Tem alguma participação, mas não é sempre
2 = Muito raramente
3 = Não participa

7. Nos últimos 12 meses, o quanto você tem participado de outras atividades que não sejam esportivas (CONSIDERAR LAZER e EXCLUIR TV E VÍDEO GAME)?
(LER ALTERNATIVAS):

0 = Frequentemente está envolvido em outras atividades
1 = Às vezes está envolvido
2 = Raramente envolve-se ou abandona as atividades facilmente

Descreva as atividades: _____

3 = Nunca participa de outras atividades

8. Nos últimos 12 meses, o quanto você tem participado de atividades de lazer?
0 = Frequentemente está envolvido em outras atividades
1 = Às vezes está envolvido
2 = Raramente envolve-se ou abandona as atividades facilmente

Descreva as atividades: _____

3 = Nunca participa de outras atividades