

LÍVIA GORETH GALVÃO SEREJO ÁLVARES

**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA ADOLESCENTES E TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

São Luís
2019

LÍVIA GORETH GALVÃO SEREJO ÁLVARES

**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA ADOLESCENTES E TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra
Soares de Britto e Alves

São Luís
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Galvão Serejo, Livia Goreth.

Violência psicológica contra adolescentes e Transtorno de Estresse Pós-traumático / Livia Goreth Galvão Serejo. - 2019.

138 f.

Orientador(a): Maria Teresa Britto e Alves.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - Maranhão, 2019.

1. Adolescentes. 2. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. 3. Violência psicológica. I. Britto e Alves, Maria Teresa. II. Título.

LÍVIA GORETH GALVÃO SEREJO ÁLVARES

**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA ADOLESCENTES E TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

Tese apresentada em 25 de fevereiro de 2019 à banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

Orientadora

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Cristina Marta Del-Ben

Examinador Externo

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Profa. Dra. Maria Helena Seabra Soares de Brito

Examinador Externo

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista

Examinador Interno

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos

Examinador Interno

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Às minhas filhas e netos, razões da minha vida,
luta e motivação para nunca desistir dos meus
sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à DEUS por, exatamente neste momento, ter finalizado esse trabalho, o qual representa mais uma etapa da minha vida. Foram muitos os obstáculos, mas nada significaram, comparados a alegria e satisfação de ter concluído essa Tese. Foi assim que ELE me ensinou a ver e enfrentar as situações adversas. Obrigada meu Senhor.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, a qual acreditou em mim e me proporcionou todas as condições para que eu pudesse executar esse trabalho. A senhora é uma pessoa muito especial. Aprendi muito com seus ensinamentos, sobretudo, a ter confiança e segurança naquilo que me proponho a fazer. A minha identificação com a senhora foi, talvez, pela existência de situações bastantes comuns em nossas vidas como: ser filha, mãe, avó e profissional. A senhora é um exemplo para mim. Obrigada por tudo e muito mais. Serei eternamente grata.

À minha mãe querida, Maria de Lourdes Galvão Serejo. Meu irmão maravilhoso, meu “tudo”, Gorgeas Galvão Serejo, os quais, infelizmente, não estão mais aqui para verem de perto o que acabei de conquistar, como sempre estiveram em todas as ocasiões da minha vida, mas sei que mesmo distante, posso senti-los, todos os dias da minha vida. Dedico a vocês tudo que aqui faço para servir de algo ao meu próximo, como espero que a realização dessa Tese possa vir a proporcionar.

Às minhas filhas, Anna Livia, Adrianne Laís e Anne Lourdes, por serem a razão da minha vida, por me proporcionarem todos os momentos felizes da minha vida, por estarem sempre ao meu lado nas horas mais difíceis. Tudo isso e mais: pelos meus netos maravilhosos: Arthur Lucas e Ariadne, minha felicidade completa.

Ao meu pai, Antonio de Jesus Pereira Serejo, o meu exemplo de dignidade e luta. Ao meu irmão Suetônio e minha irmã Darimar, por vocês existirem e pelo apoio e estímulo nas horas de cansaço.

Ao meu esposo, Luis Fernando, pela paciência e tolerância dedicadas naquelas horas difíceis, além de servir de “para-raios”. Obrigada pela compreensão.

À minha prima, Maria do Carmo Galvão Abreu, por diversas ajudas que me prestou. Por sempre estar disponível nas horas que precisei. Obrigada prima.

À Klauber de Araujo Souza Azevedo, pelo suporte profissional durante todo esse tempo e sempre. Não seria possível disponibilizar todo tempo para esse Doutorado se não fosse a sua dedicação em me ajudar em nosso ambiente profissional. Obrigada por tudo.

Às minhas companheiras, Nice e Simone, por tomarem conta da minha casa e dos meus netos, proporcionando toda tranquilidade para que eu pudesse me dedicar e concentrar na realização desse trabalho. A ajuda de vocês foi imensurável.

Ao Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, pela ajuda considerável na realização desse trabalho, sobretudo, na elaboração do segundo artigo. Obrigada por sua disponibilidade e generosidade em me ensinar.

À Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos, pelos ensinamentos, pelo apoio e por sempre me conceder parte do seu precioso tempo. Obrigada professora, por, também, acreditar em mim.

Aos meus colegas da PGSC, especialmente, Lia, Jerusa, Luana, Lilian e Mariane, por compartilhar momentos preciosos e pela amizade concedida. Lilian, meu eterno bebê, obrigada por tudo.

Às secretárias da PGSC, Sônia e Leila, pela disponibilidade constante.

À Luciana, por sempre estar disposta em ajudar.

Ao meu amigo e irmão, Adauto Amazaki, companheiro de todas as horas. Obrigada por compartilhar todos os momentos da minha vida, alegrias e tristezas, e ainda, pelo incentivo constante.

À minha amiga e irmã, Maria Nascimento Mendes, pelo suporte emocional e profissional que você dedica em todas as horas que necessito. O seu apoio foi fundamental em todas as etapas desse trabalho.

Finalmente, a todos que fizeram parte dessa história, meu muito obrigada.

“É melhor ser repreendido pelo sábio do que
alegrar-se com o canto dos insensatos.”

(Livro de Eclesiastes 6-7)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
AMPA	Alfa-Amino-3-Hidroxi-5-Metil14-isoxazolepropionato
APA	Associação Psiquiátrica Americana
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CEB	Classificação Econômica Brasil
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRH	Hormônio Liberador de Corticotrofina
CRF	Fator Liberador de Corticotrofina
CRH	Hormônio Liberador de Corticotrofina
DAG	Gráfico Acíclico Direcionado
EP	Escore de Propensão
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GC	Glicocorticoides
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Confiança
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclassa
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
IPS	Inverso da Probabilidade de Seleção
M.I.N.I.	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
NMDA	N-Metil-D-Aspartato
NPV	Núcleo Paraventricular
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TMC	Transtornos Mentais Comuns
VP	Violência Psicológica

ÁLVARES, Livia Goreth Galvão Serejo. **Violência psicológica contra adolescentes e Transtorno de Estresse Pós-traumático no Adolescente**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019, 138 p.

RESUMO

Introdução: A violência psicológica é uma forma de abuso que nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, isolando-a do convívio social. É considerada como risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, entre eles o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Contudo, ainda existe uma lacuna acerca dessa forma de violência, de maneira isolada, sobretudo na população de adolescentes. **Objetivo:** Analisar a ocorrência da violência psicológica contra adolescentes de uma coorte, associada ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. **Métodos:** Estudo transversal que utilizou dados de uma coorte, cujo seguimento, foi realizado em 2016. Com uma amostra de 2.515 adolescentes (18/19 anos) que responderam ao questionário autoaplicado onde foram abordados aspectos individuais, familiares, sociais e presença de eventos estressores, além do instrumento validado para ocorrência de violência psicológica. Foi utilizada a modelagem hierarquizada para analisar os fatores associados à violência psicológica em três blocos (fatores socioeconômicos e demográficos, fatores estruturais da família e do adolescente, além de fatores comportamentais). O Gráfico Acíclico Direcionado foi utilizado para construção do modelo teórico, controle dos fatores de confundimento e seleção das variáveis de ajuste. Para se obter a homogeneidade dos grupos de comparação em relação às variáveis, foi utilizado o Escore de Propensão como método para inferência causal, estimado pela regressão logística binária com o método de verossimilhança. **Resultados:** **ARTIGO 1:** Adolescentes do sexo feminino sofreram mais violência psicológica severa (OR: 1,38; IC 95%: 1,12-1,71). Possuir atividade laboral, uso de álcool e drogas ilícitas, além de insegurança no local onde reside, estiveram associados às duas formas de violência psicológica (moderada e severa). **ARTIGO 2:** A prevalência de violência psicológica severa foi 30,3%. Observou-se associação da violência severa com o Transtorno de Estresse Pós-traumático nas duas análises realizadas, porém, a magnitude no modelo estruturado pelo Escore de Propensão (OR:1,97; IC95%: 1,08-3,56) indicou ajuste da medida de associação da análise bruta (OR:3,40; IC95%: 2,03-5,69). **Conclusão:** A ocorrência de violência psicológica entre os adolescentes foi elevada. Em sua forma mais severa, as mulheres inseridas no mercado de trabalho, com hábitos de vida não saudáveis são as principais vítimas. A violência psicológica severa é um importante fator associado ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-traumático.

Palavras-chave: Adolescentes. Violência psicológica. Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

ÁLVARES, Livia Goreth Galvão Serejo. **Psychological violence against adolescents and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents**. Thesis (PhD in Collective Health) - Graduate Program in Collective Health, Federal University of Maranhão, São Luís, 2019, 138 p.

ABSTRACT

Introduction: Psychological violence is a form of abuse that names verbal or gestural aggressions in order to terrorize, reject, humiliate the victim, and isolate them from social interaction. It is considered as a risk for the development of mental disorders, among them the Post Traumatic Stress Disorder. However, there is still a gap on this form of violence, in isolation, especially in the adolescent population. **Objective:** To analyze the occurrence of psychological violence against adolescents in a cohort associated with the development of Posttraumatic Stress Disorder. **Methods:** A cross-sectional study using data from a cohort, followed up in 2016. With a sample of 2,515 adolescents (18/19 years old) who answered the self-administered questionnaire, where individual, family, social and presence aspects were addressed stressors, in addition to the instrument validated for the occurrence of psychological violence. Hierarchical modeling was used to analyze the factors associated with psychological violence in three blocks (socioeconomic and demographic factors, family and adolescent structural factors, as well as behavioral factors). The Directed Acyclic Graph was used to construct the theoretical model, control of confounding factors and selection of adjustment variables. In order to obtain the homogeneity of the comparison groups in relation to the variables, the Propensity Score was used as a method for causal inference, estimated by binary logistic regression with the likelihood method. **Results:** **ARTICLE 1:** Female adolescents suffered more severe psychological violence (OR: 1.38, 95% CI: 1.12-1.71). Possessing work, alcohol and illicit drug use, and insecurity in the place where he / she lives were associated with both forms of psychological violence (moderate and severe). **ARTICLE 2:** The prevalence of severe psychological violence was 30.3%. Severe violence was associated with Posttraumatic Stress Disorder in both analyzes, but the magnitude in the model structured by the Propensity Score (OR: 1.97; 95% CI: 1.08-3.56) indicated adjustment of the association measure of the crude analysis (OR: 3.40; 95% CI: 2.03-5.69). **Conclusion:** The occurrence of psychological violence among adolescents was high. In their most severe form, women entering the labor market with unhealthy living habits are the main victims. Severe psychological violence is an important factor associated with the development of Posttraumatic Stress Disorder.

Keywords: Adolescents. Psychological violence. Post-Traumatic Stress Disorder.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Violência – visão geral	18
3.2	Violência psicológica contra adolescentes	21
3.3	Saúde mental e violência na adolescência	25
4	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	29
4.1	Conceito e prevalência	29
4.2	Patogenia	31
4.3	Quadro clínico	33
4.4	Transtorno do Estresse Pós-Traumático no adolescente	34
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS	37
5.1	Delineamento do estudo	37
5.2	Local do estudo	37
5.3	População e amostra do estudo	37
5.4	Critérios de inclusão	38
5.5	Procedimentos de coleta de dados	38
5.6	Instrumentos utilizados	40
5.7	Variáveis utilizadas	40
5.8	Análise estatística	42
5.8.1	Análise descritiva	42
5.8.2	Modelos estatísticos	43
5.8.2.1	<i>Modelagem hierarquizada ou modelos multiníveis</i>	43
5.8.2.2	<i>Modelo de Inferência Causal – Escore e Propensão</i>	44
6	RESULTADOS	46
6.1	Artigo 1	46
6.2	Artigo 2	68

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	88
	ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase do ciclo vital caracterizada por marcantes mudanças que direcionam o ser humano a um crescimento fisiológico com rápido desenvolvimento cerebral, seguido por mudanças psicológicas, cognitivas e sociais (ZERACH; ELKLIT, 2017). É nessa fase que o indivíduo se depara com situações conflitantes, inclusive adaptações em seu próprio corpo na formação de uma identidade sexual e comportamental, quando ocorre uma busca por independência e autonomia (ZERACH; ELKLIT, 2017; MORAN *et al.*, 2002).

Neste momento, a relação com os pares pode gerar um afastamento parental, o que o torna suscetível a diversas situações de risco, que dependem não só dos aspectos individuais, mas também do contexto onde está inserido, que envolve desde o ambiente familiar aos valores socioculturais (ZERACH; ELKLIT, 2017; MORAN *et al.*, 2002; WASELFISZ, 2012).

A ocorrência de eventos estressores é comum na adolescência. Contudo, o efeito cumulativo intensifica as chances de transtornos mentais. Segundo Nooner *et al.* (2012), a taxa de exposição a um evento traumático chega a atingir taxas de 70% a 80% na fase da adolescência. Os tipos mais comuns de traumas documentados, segundo os autores, se caracterizam por violências testemunhadas, desastres naturais e abusos físicos. Outras exposições igualmente difíceis, são os abusos psicológicos e sexuais, negligência, perda de entes queridos e exposição a cuidadores infetuosos (XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009).

Das adversidades mais cotidianas da vida dos adolescentes, com efeitos deletérios potencialmente envolvidos no seu desenvolvimento, encontra-se a violência. A Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como: “O uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (KRUG *et al.*, 2002, p. 5).

A expressão de “uso de força física ou poder” infere negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, assim como suicídio e outros atos autoinfligidos (KRUG *et al.*, 2002). A definição de violência em relação às suas diferentes formas é de suma importância para que se possa, de maneira fidedigna, mensurá-la (KRUG *et al.*, 2002).

Dentre as diferentes formas de abusos no que diz respeito à violência psicológica, embora sua importância seja reconhecida, o enfoque observado é que se trata de um tipo de violência associada às demais. Com isso, o abuso psicológico deixa de ser uma forma de violência priorizada, cujas consequências são subestimadas e acondicionadas a outros tipos de agravos (ABRANCHES; ASSIS, 2011).

As questões conceituais sobre violência psicológica ainda se constituem um grande problema (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016; ABRANCHES; ASSIS, 2011). Além das dificuldades de conceituação, existe ainda a deficiência em instrumentalizar sua aferição. Ressalta-se que o uso de escalas é importante, quando se usa associações e correlações dos resultados obtidos com diferentes variáveis, o que reforça, assim, os estudos epidemiológicos (AVANCI; SANTOS; OLIVEIRA, 2005).

Utilizando-se a definição dada pela OMS, a violência psicológica

[...] é toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente, para atender às necessidades psíquicas de outrem (LIMA *et al.*, 2006).

A diversidade metodológica, baseada em diferentes contextos socioculturais, permite uma ampla variedade de achados sobre a prevalência de violência psicológica. Abranches e Assis (2011) detectaram que a maioria dos estudos ocorreram nos Estados Unidos (37,5%), e que os restantes foram distribuídos em diferentes culturas, como Canadá, Palestina, África do Sul, Israel e Brasil. As altas taxas de prevalência variaram entre 29% a 70,7%. No Brasil, os estudos apresentaram taxas de 26,5% a 58,3% (ASSIS *et al.*, 2004; ABRANCHES; ASSIS; PIRES, 2013; HILDEBRANDO *et al.*, 2015).

O interesse pela violência psicológica durante a adolescência se tornou crescente ao enfatizar os potenciais danos que podem ser desencadeados a curto, médio e longo prazos (BRAGA; DELL'AGLIO, 2012). Sobretudo os riscos de desenvolvimento de transtornos mentais, desajustamento psicossocial, problemas externalizantes e internalizantes. A vitimização aumenta os sintomas de estresse e repercute fora do ambiente familiar (SHARON; KWAK; TING, 2017). Aqueles adolescentes que sofrem violência no contexto familiar, provinda de pessoas significativas, se tornam mais suscetíveis a sofrerem violência em outros ambientes sociais e em relacionamentos afetivos (TRICHETT *et al.*, 2009; SHARON; KWAK; TING, 2017).

Entre os principais transtornos mentais resultantes da violência encontra-se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT (MCLAUGHLIN; BRENT; HERMANN, 2017). Esse tipo de transtorno mental, muitas vezes crônico e debilitante, que se desenvolve após a exposição a eventos traumáticos, é caracterizado pela presença de sintomas de evitação e embotamento – interesse diminuído das atividades diárias, sentimento de alheamento e espectro restrito do afeto; reexperimentação do evento traumático e excitabilidade aumentada – insônia,

irritabilidade, dificuldade de concentração, hipervigilância e resposta de sobressalto exagerada. Além do indivíduo vivenciar ou testemunhar o trauma, ele pode ter conhecimento da ocorrência do evento com algum familiar ou amigo próximo e ser exposto a detalhes aversivos ao trauma (APA, 2013).

A reação e apresentação clínica do TEPT estão relacionadas com a natureza do evento traumático, o número de exposições, reação diante do estressor, vulnerabilidade genética e rede de apoio pós-exposição. A prevalência do TEPT varia entre 1% a 14% na população em geral (MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JUREMA, 2017). Contudo, essa prevalência pode variar de acordo com a fase do desenvolvimento que, segundo alguns estudos, é maior em indivíduos adultos e do sexo feminino (BENETTI; BORGES; MEDINA-MORA, 2010).

Em crianças e adolescentes, o TEPT está associado a alterações do desenvolvimento a nível social, emocional e cognitivo (DORSEY *et al.*, 2017). Nos Estados Unidos, um estudo com mais de 6 mil adolescentes evidenciou que 62% experimentaram pelo menos um evento traumático na vida, incluindo a violência interpessoal, acidentes ou lesões graves, desastres naturais ou morte de um ente querido. A prevalência do TEPT, diagnosticada em acordo com a DSM-IV, foi de 4,7% (MCLAUGHLIN; BRENT; HERMANN, 2017).

Não são todos adolescentes expostos a eventos traumáticos que desenvolvem o TEPT. A prevalência nessa faixa etária sofre variações de acordo com os tipos de exposição e reação. Um estudo que analisou a múltipla exposição a situações traumáticas, associando-a aos estilos de enfrentamento, determinou uma prevalência de 9% do TEPT, na maioria do sexo feminino. As abordagens mais frequentes do TEPT em adolescentes ocorrem em situações catastróficas, incluído guerras e desastres naturais. Nessas situações, a prevalência chegou a até 70% (TRICKEY *et al.*, 2012; ZERACH; ELKLIT, 2017). Em vítimas de maus-tratos, jovens com histórico familiar de uso e abuso de álcool, em longo período de exposição, o TEPT também costuma ser frequente, com taxas variando entre 29,3% a 69% (SERAFIM, 2011).

Algumas pesquisas se apoiam na possibilidade real de se trabalhar na prevenção das consequências na saúde mental do adolescente, sabendo-se que essa fase é de alta suscetibilidade psicossocial, frente à exposição de eventos estressores, sobretudo em ambientes familiares. Os esforços da saúde pública para prevenir a exposição de eventos traumáticos em adolescentes requerem dados precisos de fatores de riscos. Adolescentes expostos à violência familiar são três vezes mais propensos a desenvolver problemas de saúde mental, em comparação àqueles que sofrem violência urbana. Isso enfatiza a importância das relações familiares no equilíbrio mental desta fase (ASSIS *et al.*, 2009; HILDEBRANDO *et al.*, 2015).

Ao lidar com a violência é necessário que se analise, entre outros, os fatores de riscos individuais, as medidas que possam modificar comportamentos, ambientes familiares, atuação profissional e as formas de apoio às famílias desintegradas – e mais ainda: analisar os efeitos deletérios sobre a saúde física e mental. Reunir todas as evidências e experiências existentes representa uma parte significativa do processo, na medida em que se garante aos elementos decisórios que algo pode ser feito – além de proporcionar uma orientação valiosa sobre quais ações poderiam reduzir a violência. Apesar dos avanços na notificação dos dados, é ainda indispensável o investimento nesse âmbito, pois muitas das situações ainda ocorrem longe do alcance das equipes de saúde, educação e assistência social.

Com isso, a determinação de um perfil populacional que possa constatar os fatores principais da violência em um dado território servirá de contribuição para aumentar sua visibilidade e despertar a atenção em todas as esferas sociais, para a necessidade emergencial de atuação perante o fenômeno. O objetivo é criar condições de vida que proporcionem a não violência nos ambientes intra e extrafamiliar.

Visando preencher lacunas nessa temática de tamanha relevância, a presente tese tem como objeto a exposição à violência psicológica como fator de risco para o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em adolescentes.

A organização da tese está exposta da seguinte forma:

- (1) Introdução e objetivos: principais questões a serem abordadas ao longo da tese.
- (2) Referencial teórico: descrição do quadro do TEPT na adolescência e contextualização do marco-teórico que norteou a pesquisa.
- (3) Aspectos metodológicos: metodologias utilizadas que possibilitaram o desenvolvimento da tese.
- (4) Resultados: apresentados em dois artigos. No primeiro artigo, investigou-se a ocorrência de violência psicológica em suas diferentes formas e sua associação com aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais. No segundo artigo analisou-se a influência da ocorrência de violência psicológica ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático.
- (5) Considerações finais: principais aspectos encontrados, com ênfase às especificidades da associação entre violência psicológica e TEPT.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a ocorrência da violência psicológica em adolescentes de uma coorte, associada ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-traumático

2.2 Específicos

- Caracterizar a amostra estudada segundo características socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida.
- Estimar a prevalência de violência psicológica na amostra estudada.
- Identificar os fatores associados à ocorrência de violência psicológica em uma cidade brasileira.
- Determinar a prevalência de Transtorno do Estresse Pós-Traumático.
- Verificar a associação entre Transtorno do Estresse Pós-Traumático e violência psicológica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Violência - visão geral

Ao analisar-se um fenômeno tão complexo como “violência”, torna-se imprescindível conceituá-lo (DAHLBERG; KRUG, 2007). Contudo, ao deparar-se com a diversidade de percepções em relação às suas manifestações e o grau de reconhecimento de acordo com o grupo social e/ou território nacional/cultural, já se observa a dificuldade na formação desse conceito. Esse fenômeno é difuso, manifestando-se em diversos níveis e os padrões econômicos/culturais de cada sociedade e de cada indivíduo interferem na construção de um juízo comum (AZEVEDO; GUERRA, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. Essa definição inclui injúria psicológica, privação e desenvolvimento precário (KRUG *et al.*, 2002).

São utilizados vários termos, tanto no âmbito nacional quanto internacional, para definir violência e/ou abuso contra criança e adolescente, como castigo, disciplina, maus-tratos, agressão ou vitimização. De qualquer maneira, todos esses termos convergem para ações caracterizadas por violação dos direitos humanos, abusos na relação de poder, relações discriminatórias e de exclusão (MAYER; KOLLER, 2012).

Tanto para os estudiosos da área de saúde coletiva quanto para os pesquisadores na área social, a violência se apresenta como um fenômeno complexo onde a sua abordagem requer uma visão integrada quanto a sua origem socio-histórica e subjetiva. Portanto, as manifestações de violência adquirem caráter específico, ao mesmo tempo que deve contextualizá-la no ambiente sociocultural. Daí pressupõe-se que a violência não pode ser estudada fora da sociedade que a produz porque ela se correlaciona com os fatos políticos, econômicos e culturais, os quais exercem papel dominante na relação (MINAYO, 2011).

A necessidade de se compreender os fatores e os contextos que propiciam comportamentos, ações e processos violentos, cada vez mais se faz presente, sobretudo quando se sinaliza o processo de conscientização sobre a importância das determinações sociais na escolha de possibilidades, ainda que sejam restritas as opções (MINAYO, 2011).

Para compreensão desse fenômeno que é a violência, se faz preciso classificá-lo quanto a sua tipologia e natureza. O Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2002), propõe três amplas

categorias, de acordo com a natureza do agente agressor. Isso, de uma forma empírica (KRUG *et al.*, 2002):

- Violência autoinfligida: direcionada a si mesmo, caracterizada por atitudes suicidas e autoabusos.
- Violência interpessoal: aquela que acontece no espaço familiar e comunitário. A primeira é a que ocorre entre membros da família e/ou parceiros íntimos. Na maioria das vezes sendo naturalizada, considerada como um episódio corriqueiro entre as várias gerações e culturalmente reforçada. A segunda, violência comunitária, é aquela que ocorre em ambientes como escolas, locais de trabalho, e outros ambientes sociais.
- Violência coletiva: subdividida em violência social, política e econômica, cuja motivação é múltipla e cometida por grandes grupos ou mesmo países.

Uma outra classificação criada diz respeito à violência estrutural. Não citada pelo relatório acima, mas definida com muita precisão por Abranches; Assis e Pires (2013), que retrata a hostilidade das adversidades no contexto socioeconômico e político, as quais perpetuam as desigualdades sociais, de gênero e etnia.

A natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades que estão inseridas nas categorias maiores e subcategorias acima descritas:

- Abusos ou maus-tratos físicos (uso de força física para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem);
- Psicológicos (nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda, isolá-la do convívio social);
- Sexual (ao ato ou ao jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexual e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças);
- Negligência ou abandono (ausência ou recusa de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados) (BRASIL, 2001).

A adolescência é considerada em diferentes culturas e épocas como importante momento de descoberta e monopólio das regras e valores da vida social, quando se faz presente o ganho de autonomia, de maturação física e psíquica. Independentemente da diversidade cultural e histórica que possa existir nessa etapa da existência, pode-se considerar que a adolescência é uma fase extremamente especial e marcante do desenvolvimento humano. É nesse período que o adolescente vai construir uma imagem de si e várias competências cognitivas e socioculturais, as quais lhe direciona à inserção nas relações da vida adulta (ASSIS *et al.*, 2004).

Crianças e adolescentes são as principais vítimas atingidas pela desigualdade social e econômica, como também, estão muito fragilizados pelas desigualdades raciais e de gênero. E é justamente nesse grupo (que no ano 2000 correspondeu a 21% da população brasileira) que as manifestações da violência provocam mais impacto. São os adolescentes e jovens os que

mais morrem por agressões e são os mais apontados como autores de agressões no país e na América Latina (KRUG *et al.*, 2002).

Apesar dos avanços ideológicos, sobretudo na sociedade ocidental, ainda persiste a arbitrariedade de condutas sobre este grupo. Basta observar registros que mostram os altos índices de homicídios. De acordo com o Atlas da Violência de 2018, produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), os indicadores mostraram a concentração do problema dos homicídios nos países latino-americanos, sendo que o Brasil, lamentavelmente, sempre faz parte da lista das nações mais violentas do mundo. Os homicídios respondem por 56,5% da causa de óbito de homens entre 15 a 19 anos. A região Nordeste concentra a maior proporção desses homicídios e supera a proporção nacional em cinco pontos percentuais (85,7%).

Como uma questão de saúde pública no Brasil, a partir da década de 1960 ganhou interesse quando profissionais da área passaram a alertar e denunciar as graves consequências biopsicossociais para as suas vítimas, uma vez que a prática geralmente levava a graves danos físicos, emocionais e morais (MOREIRA *et al.*, 2013). Muito embora, em 1927, houve o primeiro documento legal sobre infância e adolescência desamparadas que foi o Código de Menores, revisado em 1979, porém sem reconhecê-los como sujeitos de direitos e deveres (CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

No que diz respeito aos efeitos da violência, de maneira geral, são negativos e variados. Podem impedir ou mesmo retardar o desenvolvimento social, cognitivo e emocional, ou mesmo agravar o risco de patologias psíquicas. Em suma, a violência leva a consequências não só físicas, facilmente visíveis, mas também, psíquicas e sociais. O efeito da violência se destaca, sobretudo, em relação à saúde mental, entendida como um estado de bem-estar e não meramente a ausência de doenças (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016).

Em uma revisão sistemática, Patias; Silva e Dell'aglio (2016), que teve o objetivo de determinar os estudos sobre a exposição à violência em diversos contextos e suas relações com a saúde mental em adolescentes encontraram, em todos os artigos estudados, prevalência significativa de exposição à violência nos diferentes contextos do desenvolvimento desse grupo, ressaltando as consequências negativas dos vários tipos de exposição e formas de violência, na saúde mental, independente do contexto. Muito embora alguns autores tenham encontrado maior associação quando da exposição intrafamiliar.

Uma outra consequência que pode ser citada é o efeito sobre a autoestima. A violência, quando não leva à morte, produz graves consequências como: redução da expectativa de vida e/ou redução do potencial produtivo com comprometimento da saúde. Essas alterações são mais

percebidas durante a adolescência, quando a percepção se torna mais aclarada (ZAPPE; DIAS, 2016). De um modo geral, o impacto da violência de forma contextual sinaliza três aspectos principais que influenciam negativamente a autoestima: a insegurança, no que diz respeito ao sentimento gerado pela violência; a relação de poder enraizada nas relações violentas e o sentimento de frustração em decorrência da exposição, principalmente na violência do tipo psicológica (ASSIS *et al.*, 2012).

A história da violência contra esse grupo etário vem de uma dimensão secular de dependência social, política e cultural (MINAYO; SOUZA, 1999). Apesar do grande avanço das mobilizações sociais e das sanções morais, e mesmo legais, esse comportamento continua a ser praticado, sob as suas várias formas e consequências, pelos mesmos atores, quer sejam indivíduos, instituições e o próprio Estado (AZEVEDO; GUERRA, 2014).

Dos fatores predisponentes, o uso de álcool e o de outras drogas são considerados fatores relevantes nas ocorrências de violência contra adolescentes. Essa prática social, não saudável, quase sempre se associa à violência intrafamiliar, assim como à violência ligada às infrações de trânsito e às relações interpessoais. O uso de armas de fogo, seja de forma legal pela população civil, seja de forma ilegal por delinquentes, é outro fator extremamente importante e gerador de mortes de jovens. O consumo de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (maconha, cocaína e outras) e o uso de armas de fogo têm uma relação de mão dupla com a violência que ocorre com crianças e jovens (BRASIL, 2001).

Ao mesmo tempo em que são usadas pelos jovens para perpetrar atos infracionais, armas de fogo são também os principais fatores desencadeadores de suas mortes. Importante percentual das mortes de jovens das grandes cidades no Brasil se deve aos conflitos oriundos por tráfico de drogas, dos acertos de contas entre usuários e fornecedores e dos confrontos entre policiais e traficantes. Em todas essas situações, as armas de fogo encontram-se presentes. No entanto, tudo isso é consequência de uma sociedade que oferece poucas perspectivas saudáveis aos jovens pobres, principais vítimas, os quais, por sua vez, se afirmam socialmente pelo machismo cultural que a violência promove pelo uso de armas (CERQUEIRA *et al.*, 2017).

3.2 Violência psicológica contra adolescentes

Entre os adolescentes brasileiros, a violência intrafamiliar é um problema extremamente importante, estando na origem de fatos lastimáveis como a saída de crianças e adolescentes do lar, passando a viver nas ruas dos centros urbanos, sendo vítimas de exploração sexual, formas

vis de trabalho, dependência de drogas, suicídio e infrações juvenis (AZEVEDO; GUERRA, 2014).

O conhecimento teórico sobre a violência psicológica teve seu início em meados da década de 1980, quando foram abordadas crianças e adolescentes em conjunto. Ainda assim, é pouco reconhecida a sua importância, haja visto não ocupar posição de destaque em serviços de proteção à criança e ao adolescente no Brasil (BRASIL, 2006).

Dados na literatura observaram uma preocupação crescente com o tema, uma vez que diversidades metodológicas sempre estiveram presentes, devido a amplitude dos conceitos e dos diferentes instrumentos de aferição. A dificuldade em unificá-la, utilizando vários termos para designá-la, se faz presente em muitos estudos, como violência, abuso ou maus-tratos. De qualquer maneira, em ambiente familiar, todos ecoam a forma abusiva que são estabelecidos de forma negativa, induzindo a sérios distúrbios de comportamento (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências destaca pela primeira vez, em âmbito nacional, a importância do diagnóstico e da notificação da violência psicológica, pouquíssimo valorizada no país. Considera esse problema como sinônimo de maus-tratos psicológicos, definindo-o da seguinte forma: “agressões verbais ou gestuais, com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social” (BRASIL, 2001, p. 51). Ou ainda, violência psicológica contra o adolescente consiste em toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

Embora o abuso psicológico seja uma das formas mais comuns de maus-tratos na infância, muitos estudos enfatizam os abusos físico e sexual e o psicológico tem sido ignorado (ABRANCHES; ASSIS, 2011; ARSLAN, 2017). Talvez isso ocorra pela sua invisibilidade, por não deixar evidências físicas como as outras formas de abuso (ABRANCHES; ASSIS, 2011; ANTONI, 2012). Quando existem atos simultâneos de agressão física e/ou sexual, a violência psicológica se torna rebaixada diante dessas formas, devido ao perigo imediato à segurança da vítima. É uma questão central em todas as formas de maus-tratos e causam prejuízo à saúde e ao desenvolvimento da vítima, não sendo necessário o contato físico para seus efeitos (ARSLAN, 2017).

James Garbarino; Guttman e Seeley (1986), citados por Avanci *et al.* (2005), definem violência psicológica como a agressão de um adulto sobre o desenvolvimento do “eu” e da competência social de uma criança ou de um adolescente, configurando um comportamento psicologicamente destrutivo. São apresentadas cinco formas distintas de abuso:

- 1) Rejeitar: o adulto se recusa a reconhecer o valor e a legitimidade das necessidades infantis;
- 2) Isolar: o adulto exclui a criança de experiências normais, a impede de estabelecer amizades e a faz acreditar que está só no mundo;
- 3) Aterrorizar: o adulto agride verbalmente a criança, cria um clima de medo, humilha, amedronta e a faz acreditar que o mundo é imprevisível e hostil;
- 4) Ignorar: o adulto nega estímulo e responsabilidade para com a criança, reprimindo seu crescimento emocional e desenvolvimento intelectual;
- 5) Corromper: o adulto socializa erroneamente a criança, estimulando-a a se engajar em comportamento antissocial destrutivo, reforçando o desvio das normas sociais e a fazendo adotar atitudes impróprias para a vida social.

Moran *et al.* (2002), na tentativa de melhor discernir a relação da gravidade da violência psicológica, identificou nove formas de abuso:

- 1) Humilhação/degradação: a principal característica desta categoria são aqueles comentários que degradam e humilham a criança e têm o potencial para invocar o sentimento de vergonha.
- 2) Aterrorizar: envolve tentativas de provocar medo extremo através de ameaças. Isto inclui, por exemplo, obrigando a criança a varrer insetos fora do porão quando é conhecida sua aversão a este tipo de animal.
- 3) Desorientação cognitiva: este tipo de abuso inclui uma série de técnicas que visam confundir e desorientar a criança. Aqui leva-se em conta aquelas situações onde a criança é proibida de conhecer seu pai, ou, ainda, quando um dos pais (mãe/pai) separados tenha ido a óbito.
- 4) A privação de necessidades básicas: isto implica privar a criança de necessidades básicas tais como luz, sono, alimentação, ou a companhia de outros. Este tipo de abuso é estreitamente relacionado com o abandono, mas pode ser distinguido do último pela maneira em que o recurso é controlado pelo pai/mãe/agressor. Pode-se diferenciar da negligência, onde privar uma criança muitas vezes é um subproduto da má gestão e situações limítrofes.
- 5) Privação de objetos valiosos: esta forma de abuso implica em privar a criança de um objeto específico ao qual ela atribui o maior afeto. Este pode ser um objeto inanimado, como um brinquedo precioso, ou pode ser, como um animal de estimação, mas pode ocasionalmente também se estender a outros entes significativos, cuja pessoa a criança está proibida de falar (como pais separados ou parentes).
- 6) Rejeição extrema: isto envolve picos de rejeição ou abandono que indicam que a criança estava morta. Aqui cabem situações de abandono de uma criança em um lugar desconhecido e, em seguida, retornando algum tempo depois, sem explicação, sobretudo em momentos onde o responsável passa por momentos difíceis e cria uma aversão àquele menor.
- 7) Infligir sofrimento ou desconforto: embora a angústia e o desconforto são características que acompanham a maioria dos tipos de abuso, nomeadamente o abuso físico e sexual, existem elementos distintos neste tipo de abuso psicológico. Um é a alimentação forçada, não só com alimentos, mas também com substâncias nocivas. Muitas vezes, vômitos e dor física, desconforto ou repulsa estão presentes na vítima.
- 8) Chantagem emocional: a principal característica desta categoria de abuso é o uso de graves ameaças para garantir o controle da situação.
- 9) A corrupção/exploração: este tipo de abuso envolve forçar a criança a fazer parte em atividades ilícitas (geralmente) como roubo ou drogas. A exploração da atividade sexual também está incluída nesta categoria, por exemplo, tirando fotografias pornográficas da criança para distribuição, ou envolvimento em grupos de pedofilia. Esta taxa seria tanto abuso psicológico e sexual.

Uma outra forma de violência psicológica, que esses autores definiram, é o abuso psicológico complexo – quando o abuso psicológico ocorre em conjunto com outras formas de abuso: físico/sexual. Um abuso psicológico chamado "complexo" só existe apenas quando o abuso constitui parte integrante do mesmo incidente, físico e/ou sexual (MORAN *et al.*, 2002).

Em uma pesquisa realizada com 1.685 estudantes de escolas públicas e particulares do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, em 2002, os autores evidenciaram que 48% dos adolescentes sofreram violência psicológica de pessoas que consideravam significativas em suas vidas. O mesmo estudo detectou que os alunos vivenciavam, cotidianamente, um clima emocional tenso em seus lares, onde eram humilhados, criticados, desvalorizados ou cobrados excessivamente. Continuando a análise, na mesma pesquisa, observaram que sofrer violência psicológica na família esteve associado com ser vítima de violência na comunidade e na escola, repetindo um ciclo de violência e vitimização (ASSIS; AVANCI, 2004).

É o que mostrou Temple *et al.*, em 2016, quando analisou a violência durante o namoro com adolescentes, onde múltiplos fatores dentro do contexto familiar contribuem para perpetração da violência durante essa fase, associado ao sofrimento emocional. Pesquisas apontam sempre atenção maior aos diferentes tipos de violência, física e sexual, quando, na maioria das vezes, a violência psicológica acompanha esses tipos de abusos, tornando-se negligenciadas, atingindo prevalência maior (ELBEDOUR *et al.*, 2006; TRICHETT *et al.*, 2009).

Alguns autores ainda suspeitam da sua subnotificação por questões culturais, ou seja, o abuso psicológico, frequentemente, é tido como forma de educar com rigor (MINAYO, 2001; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012). Dos casos registrados no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, 16,0% é representado pelos casos de violência psicológica (GESSNER; FONSECA; OLIVEIRA, 2014).

Dos poucos estudos que documentam seus efeitos a longo prazo, os autores relatam que o abuso psicológico na infância induz a baixa autoestima, distúrbios alimentares, depressão e comportamentos suicidas, além de distúrbios psicológicos e baixa rede social na vida adulta (SHARON; KWAK; TING, 2017).

Assis e Avanci (2004) evidenciaram que adolescentes com baixa autoestima sofreram violência psicológica severa por parte de pessoas significativas, quase duas vezes mais em comparação àqueles que apresentavam elevada autoestima. O diferencial é importante: 21,6% dos alunos com elevada autoestima e 45% dos de baixa autoestima sofreram violência psicológica severa por parte de pessoas significativas que os cuidam.

Em um estudo realizado com o objetivo de investigar a repercussão dos traumas na infância na psicopatologia da vida adulta, Waikamp e Serralta (2018) identificaram que o sofrimento derivado da sintomatologia atual dos pacientes investigados está positivamente associado a ocorrências de traumas infantis. O abuso emocional, junto à negligência emocional, fez parte de 88% dos casos. A violência psicológica interfere no desenvolvimento emocional, ao colocar em questão a competência da vítima, sobretudo em fases como a infância e adolescência. Isso diz respeito na habilidade de desenvolver sentimentos de confiança básica nas decisões quando em situações de desafios diários (PULLE; FERNANDO, 2003).

A ocorrência da violência na juventude, quando não resulta em óbito, produz graves consequências, como a redução da expectativa de vida, redução do potencial produtivo, além do comprometimento da saúde, tanto física quanto mental (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016). A violência psicológica é um fenômeno que não tem limites socioculturais ou geográficos e, apesar de acompanhar todo o período histórico de violência contra criança e adolescente, o interesse em estudá-la só veio a ser despertado recentemente, quando vários autores perceberam a gravidade de suas consequências e a dificuldade em detectá-la (ABRANCHES; ASSIS, 2011).

3.3 Saúde mental e violência na adolescência

A adolescência é marcada por intensos períodos de desenvolvimento corporal, mudanças cognitivas e emocionais, sendo necessário condições afetivas positivas que sirvam de apoio para o completo aprimoramento de suas capacidades vitais. Essa necessidade, se não atendida, pode comprometer a saúde, o bem-estar ou desempenho social do adolescente. Daí, ao se pensar em juventude e saúde mental, deve-se reportar ao equilíbrio entre oportunidade e risco (ERSKINE *et al.*, 2015).

O interesse na área da saúde mental da infância e adolescência foi escasso até o final da década de 1990 (FATORI DE SÁ *et al.*, 2010). Entender os efeitos imediatos e a longo prazo na saúde mental resultantes da exposição da violência torna-se imprescindível, visto sua prevalência que vem se tornando crescente. Para jovens que vivem em bairros urbanos, nos Estados Unidos, um incidente de exposição à violência é relatado por semana. Testemunhar violência é comum entre adolescentes e sua associação com alterações na saúde mental, maior ainda (ODGERS; RUSSEL, 2017).

Dados da OMS apontam que até o ano de 2020 os transtornos neuropsiquiátricos na infância e na adolescência tendem a crescer em todo o mundo acima de 50%, tornando-se uma

das cinco causas mais comuns de adoecimento e mortalidade nessa faixa etária (SAGGESE; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

Ribeiro e Minayo (2014) afirmam que a violência tem sido a propagadora de danos à saúde mental de adolescentes. Devido ao trauma, estes jovens acabam desenvolvendo comportamentos de risco que podem interferir no seu desenvolvimento.

O estudo de Benetti; Borges e Medina-Mora (2010) teve por objetivo identificar as situações individuais, familiares e contextuais associadas às manifestações de problemas de saúde mental em 245 adolescentes estudantes da região metropolitana de Porto Alegre, RS. Nesse estudo os resultados apontaram que as práticas parentais positivas (monitoria positiva e comportamento moral) tiveram escores muito baixos, o que indicou pouco envolvimento dos pais no cuidado e supervisão dos filhos e sua pouca preocupação na transmissão de valores baseados em comportamentos de honestidade e justiça. Ainda nesse estudo foi possível constatar a alta prevalência de transtornos psiquiátricos, pela aplicação do *Child Behavior Checklist* (CBCL). Dos 245 adolescentes avaliados, 13,9% dos jovens apresentaram diagnóstico clínico de internalização, manifestações estas caracterizadas por sintomas de ansiedade, depressão, somáticos e obsessivos; 17,1% dos jovens apresentaram diagnóstico clínico de externalização, quadro diagnóstico referente aos comportamentos agressivos, uso de substâncias, conduta antissocial e delinquência (BENETTI; BORGES; MEDINA-MORA, 2010).

Avanci *et al.* (2007) investigaram os problemas de saúde mental de adolescentes escolares e identificaram alguns aspectos individuais, sociais e familiares associados ao seu desenvolvimento. Neste estudo os autores concluíram que a prevalência de transtornos psiquiátricos foi representada por 29,4% dos 1.923 adolescentes participantes da pesquisa. Avanci *et al.* (2009) em um estudo de associação entre o comportamento retraído/depressivo de crianças em idade escolar e a presença/ausência de violências vividas em casa, na escola e na comunidade, cujos participantes foram 479 alunos entre 6 e 13 anos de idade, da 1ª série do ensino fundamental de escolas públicas de um município do Rio de Janeiro, os autores indicaram que a não-vivência de experiências violentas é característica da ausência do comportamento de retraimento/depressão nessa amostra. Ainda nesse estudo foram apresentadas associações entre o sexo masculino e a violência (na escola e no ambiente familiar) da realidade dos indivíduos.

Identificar potenciais fatores de risco leva a possibilidade de desenvolvimento de medidas de intervenção direcionadas na prevenção, ou mesmo, atenuação dos efeitos deletérios destes na saúde mental dessa população. Em um estudo realizado com crianças e adolescentes

em uma comunidade urbana brasileira, os pesquisadores identificaram que o sexo masculino, violência intrafamiliar na sua forma física, além de problemas mentais com a mãe e violência conjugal dos pais, estiveram associados aos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, mostrando a prioridade desses grupos em propostas de prevenção e/ou tratamento (SÁ *et al.*, 2010).

Para Amparo (2008), fatores de risco podem ainda ser caracterizados por condições de pobreza, rupturas na família e vivência de algum tipo de violência. Na mesma linha de pensamento seguem outros autores que apontam a idade, o sexo, a classe socioeconômica, geralmente a mais baixa, e a composição familiar, além da vitimização, que por si só, funciona como fator de risco para outras agressões (AVANCI; ASSIS; OLIVEIRA, 2009; AVANCI *et al.*, 2009, XIMENE; OLIVEIRA; ASSIS, 2009). Este tipo de dado torna-se fundamental para que ocorra uma ação de prevenção contra o surgimento de tais malefícios e uma melhor qualidade de vida destes jovens.

Para Abreu *et al.* (2018), que analisaram processos clínicos de adolescentes entre 10 a 18 anos, em um serviço ambulatorial, observaram tendência para o aumento dos problemas mentais ao longo dos anos, assumindo estas patologias um papel cada vez mais importante na consulta (32%), ocupando o segundo lugar. A nível mundial, os Transtornos Mentais Comuns (TMC) também assumem um papel central na saúde do adolescente, afetando, em média, 10 a 20%.

Bontempo e Pereira (2012), em uma revisão bibliográfica, observaram que, independentemente dos instrumentos utilizados, os sintomas mais citados pelos autores foram comportamento depressivo, ansiedade e condutas antissociais como comportamento desafiador, violento/agressivo ou disruptivo e delinquência e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Estas patologias são a principal causa de incapacidade nas crianças e jovens em todo o mundo (ERSKINE *et al.*, 2015). A carga destas doenças aumenta ao longo da infância e tem um pico no final da adolescência e início da idade adulta, com metade dos casos detectados em adultos começarem aos 14 anos. Por tudo isto, a adolescência é um período crítico para identificar e tratar distúrbios mentais. Relativamente a estratégias de prevenção, parece importante que sejam ativadas em uma fase mais precoce da adolescência (ERSKINE *et al.*, 2015).

Em um estudo longitudinal, cujo objetivo foi observar associações imediatas entre exposição à violência e os sintomas de saúde mental dos adolescentes ou, se os sintomas diários ou a reatividade comportamental marcam problemas futuros, os autores identificaram maior comprometimento mental naqueles que foram expostos à violência. Porém, um dos achados mais evidentes foi a relação bidirecional entre comportamentos antissociais e arriscados e

exposição à violência (PERKONIGG *et al.*, 2005). Continuando a análise, observaram menor reatividade naqueles expostos a um maior número de eventos, da mesma forma que Kennedy e Cebalo (2016), que mostraram a dessensibilização emocional à medida que aumenta a violência na comunidade, isso pela resposta diminuída dos níveis de cortisol quando confrontada com um estressor. E também aqueles que apresentaram maior reatividade tiveram maior chance de uso de drogas. Em suma, a existência de uma reatividade comportamental (associações mais fortes entre exposição à violência e sintomas de problemas de conduta) funcionou mais como preditivo do que a frequência de eventos em predizer o uso de substâncias.

A autorregulação é um componente subjacente essencial a todo processo cognitivo, que é a capacidade de gerenciar informações usando habilidades que incluem inteligência, planejamento, velocidade de processamento, memória e atenção. De forma mais ampla, experiências anteriores de abuso e outros eventos estressores no início da vida levam a diminuição da capacidade de autorregulação, com consequente interpretação como estímulos ameaçadores. Isso se relaciona ao enfrentamento do tipo evitativo, hostilidade, depressão, ansiedade como consequências da associação entre violência intrafamiliar e comprometimento da saúde mental (PERKINS *et al.*, 2012).

Chen e Lee (2017), com o objetivo de examinarem o uso do serviço de saúde mental na melhora dos ajustes psicológicos entre adolescentes vítimas de violência comunitária em vários estágios da vida, os autores revelaram que os adolescentes que apenas testemunharam a violência na comunidade (ou foram vitimados indiretamente) apresentaram uma probabilidade significativamente maior de apresentar sintomas depressivos durante a adolescência, mas não durante a idade adulta jovem. Uma explicação possível pode ser fornecida pelo argumento sobre a mudança drástica na percepção da vulnerabilidade de futuras vitimizações diretas por essas vítimas indiretas antes e depois de testemunhar esses eventos violentos traumáticos. Antes de testemunhar ou aprender sobre os eventos violentos, os indivíduos se percebem como invulneráveis à vitimização. No entanto, quando testemunharam pessoalmente eventos violentos traumáticos em suas comunidades, das quais as vítimas eram muitas vezes alguém que conheciam, a experiência traumática real poderia abalar sua sensação de invulnerabilidade. E, ainda, testemunhar violência estava associado a pensamentos e sentimentos intrusivos, dificuldade de concentração e vigilância. Essas experiências podem levar a mais sofrimento psicológico e emocional (PERKINS *et al.*, 2012).

4 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

4.1 Conceito e prevalência

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático teve suas origens ligadas ao neurologista alemão Hermann Oppenheim, quando descreveu o termo “neurose traumática” como lesão orgânica, sendo esta a principal desencadeadora da síndrome em questão. Com isso, a causa da “neurose traumática” está atrelada a variações moleculares que ocorrem no sistema nervoso central devido ao trauma. Essa ideia foi bastante criticada por psiquiatras à época, pois acreditavam que experiências infantis traumáticas induzissem sintomas de histeria durante a vida adulta (RUIZ *et al.* 2007; HORDOFF, 2011).

Foi só após as duas Grandes Guerras Mundiais que surgiram as evidências de problemas mentais em ex-combatentes. Também houve a percepção desse acometimento fora do contexto de guerra, quando foram descritos severos quadros psiquiátricos em vítimas sobreviventes de um incêndio em casa noturna, por Erich Lindemann, em 1944. Posteriormente, após a guerra travada entre os Estados Unidos e o Vietnã, vários foram os veteranos identificados com sérios problemas mentais, cujas famílias recorriam ao auxílio saúde. Houve, então, a necessidade de inclusão desse diagnóstico na nosografia oficial existente (SCHESTATSKY *et al.*, 2003).

Desde sua primeira edição, em 1953, quando foi publicado pela Associação Psiquiátrica Americana - APA, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais sofreu uma série de revisões sobre questões relacionadas às doenças mentais, com enfoque e critérios mais descritivos e organizados de diagnóstico, o que ofereceu ferramentas para clínicos e pesquisadores (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

O TEPT é caracterizado pela presença de sintomas de medo intenso, horror ou impotência, que surgem após exposição a um ou mais eventos traumáticos, envolvendo experiência pessoal direta ou um evento real ou ameaçador. Essa definição dada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV-TR, detalha que a ocorrência do evento pode estar envolvida com mortes, ferimentos, agressões ou ameaças à integridade física de uma pessoa ou de outros indivíduos (APA, 2014). A descrição detalhada dos critérios diagnósticos do TEPT pode ser observada no Quadro 1.

A quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), de 2013, manteve o quadro psicopatológico do TEPT e ressaltou que esse diagnóstico resulta em sofrimento psicológico importante, prejuízo social e profissional, além de outras áreas na vida do indivíduo. A principal modificação realizada no DSM-V, para os critérios diagnósticos

do TEPT, foi a expansão do Critério A, em que, além do indivíduo vivenciar ou testemunhar o trauma, ele pode ter conhecimento da ocorrência do evento traumático com algum familiar ou amigo próximo, e ainda ser exposto a detalhes aversivos.

Quadro 1: Critérios diagnósticos para TEPT: DSM-IV-TRTM.

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes: 1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros; 2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror. B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras: 1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções; 2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento; 3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de <i>flashbacks</i> dissociativos); 4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático; 5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático. C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos: 1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma; 2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma; 3. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma; 4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas; 5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas; 6. Faixa de afeto restrita; 7. Sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida). D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos: 1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono; 2. Irritabilidade ou surtos de raiva; 3. Dificuldade em concentrar-se; 4. Hipervigilância; 5. Resposta de sobressalto exagerada. E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C, e D) é superior a 1 mês. F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
Especificar se: Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses. Crônico: se a duração dos sintomas é superior a 3 meses. Especificar se: Com início tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor.

Fonte: APA, 2003

Uma segunda alteração foi especificada no Critério D do TEPT, onde as alterações negativas em cognições e no humor foram associadas ao evento traumático, iniciado ou agravado após o evento, de maneira que o sintoma depressivo passou a ser um critério importante para caracterização do quadro psicopatológico (MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JUREMA, 2017).

A incidência do TEPT, de um modo geral, varia de 1% a 14%, sendo maior em indivíduos adultos, sobretudo em mulheres (APA, 2014).

No Brasil, Serafim (2011) encontrou uma prevalência de 68,4% em mulheres atendidas em um serviço ambulatorial. Estudos apontaram, também, que além dessa condição variar com a fase de desenvolvimento, ela também está relacionada à ocupação do sujeito, a exemplo dos veteranos de guerra, policiais, bombeiros e socorristas, que alcançam taxas de 3% a 58% em seu meio (MELLO; PUPO, 2011).

É de fundamental importância identificar os fatores preditores envolvidos no desencadeamento do TEPT e que podem ocorrer antes do trauma, como: problemas emocionais na infância, até aos seis anos de idade; transtornos mentais prévios; situação socioeconômica

precária; sexo feminino e idade mais jovem; além da exposição a estressores na infância (HEIM; NEMEROFF, 2009).

Não são todos os indivíduos expostos a eventos traumáticos que desencadeiam sintomas do TEPT. O seu desenvolvimento constitui uma interação entre componentes genéticos e ambientais, o que leva ao desequilíbrio entre os fatores de risco e a capacidade individual de superação ou adaptação às situações de risco (MELLO; PUPO, 2009; AFIFI *et al.*, 2009).

Segundo a quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR; APA 2002) o evento estressor traumático pode ser definido como uma situação de estresse que foi experimentada, testemunhada ou confrontada, na qual houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela. Diante desses eventos, a pessoa reage com medo e desesperança, além de tentar evitar a rememoração da experiência (RAABE; SPENGLER, 2013).

4.2 Patogenia

As evidências científicas estabelecem uma relação entre o corpo, a mente e o ambiente, através da interação do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) e o sistema nervoso autônomo. O córtex pré-frontal, o hipocampo e a amígdala são estruturas relacionadas ao eixo HPA. O hipocampo e o córtex pré-frontal são essencialmente inibidores, enquanto a amígdala ativa o eixo HPA. O eixo HPA é altamente sensível às alterações externas. A resposta aos glicocorticoides (GC) poderia ser iniciada pela ativação direta do núcleo paraventricular, por via nociceptiva (estímulos dolorosos); respostas defensivas inatas ou associação sensorial multimodal (medo condicionado). Essas estruturas cerebrais estão profundamente relacionadas ao hipotálamo, onde o Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH) é produzido pelos neurônios hipofisiotrópicos no núcleo parvocelular medial do núcleo paraventricular (NPV) (BRANCHI *et al.*, 2006).

A estimulação do hipocampo diminui a cortiscosterona e o cortisol em estudos experimentais em humanos, sugerindo que essa região iniba a ativação do eixo HPA. As lesões amídaloides reduzem a cortiscosterona ou o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) após o estresse, ao passo que a estimulação aumenta a ativação do eixo HPA. A condição de estresse prolongado leva a um aumento na secreção de glicocorticoides e catecolaminas pela adrenal. A exposição prolongada à glicocorticoide causa a destruição dos neurônios localizados na área

CA3 a do hipocampo, reduzindo as entradas de glicose e aumentando as de cálcio nessas células (BRESSAN *et al.*, 2009).

Devido aos níveis aumentados de glutamato e de glicocorticoides, uma maior mobilização de cálcio é gerada pela ativação dos receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) e alfa-amino-3-hidroxi-5-metil14-isoxazolepropionato (AMPA) e por uma ativação de um sistema intracelular de segundos mensageiros, o que leva a uma cascata de efeitos celulares. Mecanismos celulares de defesa tentam recapturar o glutamato da fenda sináptica ou tamponar os íons de cálcio que migraram para evitar a acumulação dos radicais livres e consequente morte celular (SANTA ANA *et al.*, 2006).

A redução da neurogênese, a neurotoxicidade e o prejuízo da capacidade neuronal de sobreviver parecem ser responsáveis pela atrofia do hipocampo, descrita em alguns pacientes com TEPT, além da redução de alguns neurotransmissores como serotonina, dopamina e noradrenalina que desempenham, também, um papel nesse processo, juntamente com os baixos níveis de cortisol e os altos níveis do hormônio liberador da corticotrofina - CRH (CYSNEIROS; ARIDA; SUCHECKI, 2006).

Em um estudo de base populacional realizado no Brasil com vítimas de violência urbana que apresentavam sintomas de TEPT, os autores analisaram a integridade estrutural do córtex órbito-frontal e do hipocampo, além da redução de receptores dopaminérgicos, e detectaram redução desses receptores associada ao desenvolvimento do TEPT. Isso reforça a hipótese da predisposição do indivíduo, quando em contato com o evento estressor, funcionando como biomarcadores característicos, tendo papel fundamental no diagnóstico diferencial em relação a outras comorbidades, como transtornos de humor, ansiedade, abuso de substâncias e desarranjos de conduta e personalidade (RUIZ *et al.*, 2007).

Ainda em relação aos receptores envolvidos na resposta do eixo HPA em pacientes de TEPT, evidências científicas sugerem que indivíduos suscetíveis expostos à violência extrema têm uma reação persistente ao estressor. E que a grande responsividade dos receptores de glicocorticoides leva a uma diminuição na produção de adrenocorticotrofina (ACTH) e de cortisol. Níveis reduzidos de cortisol podem ser incapazes de desativar o sistema nervoso autônomo, o que causa hiperativação autonômica (levando a um aumento maior dos níveis de catecolaminas). O Fator Liberador de Corticotrofina (CRF) aumentado pode ser parcialmente responsável por sintomas como insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, hiperexcitação e resposta de sobressalto exagerada em pacientes com TEPT (SANTA ANA *et al.*, 2006).

O indivíduo exposto a uma intensa experiência traumática leva a um processo mental que cria uma sensação persistente de perigo imaginário, com sensação de realidade. O organismo reage com uma hiperativação do eixo HPA. É possível formular a hipótese de que, devido à intensidade da experiência (em um indivíduo suscetível a um estresse precoce na vida), a sensibilidade dos receptores de glicocorticoides aumenta, diminuindo a produção de ACTH e de cortisol. A iminência das sensações de perigo leva à persistência na ativação simpática, já que o baixo nível de cortisol plasmático é incapaz de desativá-la (RUIZ *et al.*, 2007).

Estudos funcionais de imagem evidenciam hiperativação do núcleo da amígdala e uma resposta embotada do córtex pré-frontal. Esses achados são consistentes com a reverberação da memória e com a falta de elaboração da experiência traumática. O indivíduo, além de não se sentir capaz de evitar o trauma, que ele mesmo acredita ser real, as memórias sobre o evento são revividas com frequência e o indivíduo se coloca em constante vigília, como se fosse revivê-la (BRESSAN *et al.*, 2009).

4.3 Quadro clínico

Geralmente, o quadro clínico do TEPT pode se manifestar dentro dos primeiros três meses após exposição ao evento traumático, contudo, esse início pode ocorrer após meses ou anos. A apresentação dos sintomas está diretamente relacionada com a natureza do evento traumático, a frequência das exposições, a reação diante do estressor, a vulnerabilidade genética e a rede de apoio do indivíduo após a exposição (VALENTE *et al.*, 2011).

O TEPT caracteriza-se por um conjunto de sintomas que se manifesta após a exposição a um evento estressor traumático, incluindo revivência persistente, embotamento relacionado à responsividade geral, esquiva e excitabilidade aumentada. Os sintomas de revivência mais típicos do TEPT manifestam-se na forma de recordações ou pesadelos, que tendem a ser cenas ou aspectos relacionados à experiência traumática (APA, 2003).

Quanto à esquiva, esta tende a acontecer pela necessidade que o indivíduo tem de proteger-se do afeto negativo e da excitabilidade associada à revivência da experiência. Autor como Litz (1992), citado por Haller (2014), acredita que o embotamento (também observado como entorpecimento) pode ser descrito como um déficit seletivo do processamento emocional, combinado ou não com medo de perder o controle, visto que a deficiência emocional provoca reatividade elevada aos eventos negativos.

Para a 5ª edição do DSM algumas modificações conceituais foram propostas em um primeiro esboço do manual (APA, 2013). O conceito de trauma sofreu alterações no critério

A1, pois era tido como ambíguo e amplo em algumas situações e restrito em outras, sendo facilmente manipulado em processos judiciais. Dessa maneira, na nova proposta, tal critério vem com a intenção de facilitar a distinção entre evento traumático e evento estressor sem características traumáticas. Ao mesmo tempo, o critério A2 foi excluído após estudos mostrando que ele era dispensável para o diagnóstico do TEPT. Então, evento traumático seria a pessoa ser exposta ou ameaçada de morte, grave ferimento ou abuso sexual, em uma ou mais das seguintes maneiras: (1) vivenciando o evento ela mesma; (2) assistindo o evento ocorrido com outros; (3) recebendo a notícia de que o evento atingiu alguém próximo e envolveu morte ou ameaça de forma violenta ou acidental; (4) vivenciando o evento de forma repetida ou de maneira extrema – esta não inclui exposições via mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que estejam relacionadas com o trabalho (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

4.4 Transtorno do Estresse Pós-Traumático no adolescente

Grande parte dos estudos epidemiológicos se refere a eventos traumáticos que atingem um grande número de crianças e adolescentes ao mesmo tempo. A abordagem realizada desses estudos se dá com vítimas expostas a diferentes tipos de eventos traumáticos, como guerras, acidentes de carro, desastres naturais e maus-tratos (abuso físico ou sexual) (BORGES *et al.*, 2010).

Em uma pesquisa realizada com adultos jovens, em relação a ocorrência de eventos traumáticos, associados à presença de sintomas de depressão e TEPT, aqueles que relataram um evento traumático durante a infância tinham 5,8 vezes mais chances (*Odds Ratio*) de desenvolver depressão, em comparação com 0,91 de acometimento de TEPT. Em contrapartida, aqueles que relataram a ocorrência do evento durante a adolescência tiveram uma OR de 0,19 de desenvolver depressão, comparada a 1,10 de TEPT. Isso reforça a hipótese da vulnerabilidade dessa população exposta a um evento estressor, no desenvolvimento desse tipo de transtorno (LINNING; KEARNEY, 2004).

Os adolescentes são mais propensos a desenvolver sintomas do TEPT semelhantes aos adultos, como reexperimentação, evitação, embotamento e hiperexcitação/alerta. Os adolescentes tendem a compreender mais as consequências do evento a longo prazo, o que provoca uma incerteza em relação ao seu futuro (MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JUREMA, 2017). A cronicidade desse transtorno em adolescentes, sobretudo naqueles que são submetidos a repetidos eventos traumáticos, tende a estar associada a características

dissociativas, comportamento autodestrutivo, além do abuso de substâncias (CHARAK *et al.*, 2018).

Em uma revisão sistemática, onde os autores estudaram o curso do TEPT em adolescentes que foram internados por lesões traumáticas, foi evidenciado prevalência de 25% a 29,9% em um mês após o trauma, com redução em 17,5% a partir do quarto mês. Todavia, foram observados estudos que mostravam o aparecimento de sintomas do TEPT um ano após o trauma. Esse percentual foi de 49,3%, havendo redução dos sintomas em 20% em um período de 24 meses. Dentre os fatores associados ao desenvolvimento do TEPT, estão relacionados: ser do sexo feminino, baixa escolaridade, situação socioeconômica precária ou morar sozinho (VISSER; GOSENS, 2015). Em um estudo prospectivo realizado com mais de 2.500 adolescentes, metade das vítimas com TEPT recuperou-se em três a quatro anos. Faziam parte das características desses indivíduos, baixa renda, presença de transtorno bipolar e experiências com eventos traumáticos após o trauma que o originou (PERKONIGG; PFISTER; STEIN, 2005).

A prevalência nessa população do TEPT, em uma amostra comunitária de adolescentes norte-americanos, foi de 6,3% (DYREGROV; YULE, 2006), bem similar à prevalência encontrada em um estudo realizado por Charack et al. (2018) – 6,2%. Essa investigação abordou vítimas que sofreram múltiplos eventos estressores, desenvolvendo TEPT associado ao uso de drogas ilícitas, problemas comportamentais e ideia suicida.

Identificar fatores que predizem o curso crônico é importante na abordagem terapêutica dessa população, já que esses fatores são diferentes dos que predizem o aparecimento da doença. Os estressores mais frequentes nessa faixa etária compreendem os do tipo: acidentes de automóvel, abuso sexual, agressão física por membros não familiares, hospitalização por lesão grave ou internação de um parente e a morte inesperada de um ente querido (MCLAUGHLIN; BRENT; HERMANN, 2017).

Em um estudo realizado por McLaughlin et al. (2013) foi utilizada uma amostra nacional de 6.483 pares, pais/adolescentes, onde 61,8% estiveram expostos a algum evento estressor, com idade entre os 13 e 15 anos. Desse total, 4,7% apresentaram diagnóstico compatível com TEPT. Os eventos estressores do tipo violência doméstica, testemunhar violência ou doenças graves, foram mais frequentes na infância e início da adolescência, enquanto que desastres e acidentes automobilísticos foram observados na fase tardia da adolescência. A maioria dos eventos traumáticos que ocorreu no início da adolescência, esteve associada àqueles que não viviam com pais biológicos.

Este achado reflete que estrutura familiar é um determinante importante da exposição ao trauma nesta fase, a partir do momento em que está associada a sentimentos de apoio emocional, que podem servir como efeito protetor às diversidades que ocasionam sintomas desse transtorno (HALLER; CHASSIN, 2014).

Os distúrbios de comportamento na adolescência estão ligados à impulsividade e comportamentos de risco, o que também predispõem o jovem à exposição de estressores. Essa condição proporciona o contato com grupo de pares desviantes no ambiente social, onde a violência é comum. Existe uma associação inversa entre sintomas do TEPT e apoio social, devido ao aprendizado que este último ocasiona ao adolescente, quando exposto a uma situação de risco. Violência interpessoal apresenta-se como fator de maior importância entre os eventos estressores que acometem os adolescentes (MCLAUGHLIN; BRENT; HERMANN, 2017).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico de base populacional aninhado a uma coorte retrospectiva e prospectiva, cujo seguimento foi realizado em 2016. Esse seguimento faz parte do projeto coortes RPS – consórcio de coortes brasileiras de nascimento de Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís – “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental”. Em 2016, em projeto conjunto com Pelotas (RS) e Ribeirão Preto (SP) foi desenvolvido o terceiro seguimento dessa coorte.

5.2 Local do estudo

São Luís é o município mais populoso do Maranhão, com 1.094.667 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), sendo o 15º município mais populoso do Brasil e o 4º da região Nordeste. Sua área é de 831,7 km², desse total 283 km² estão em perímetro urbano. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de São Luís, segundo dados da Organização das Nações Unidas (PNUD, 2010) é de 0,768, acima da média brasileira, o 3ª melhor IDH entre as capitais da região Nordeste do Brasil, e 4º entre todos os 1.794 municípios da região.

5.3 População e amostra do estudo

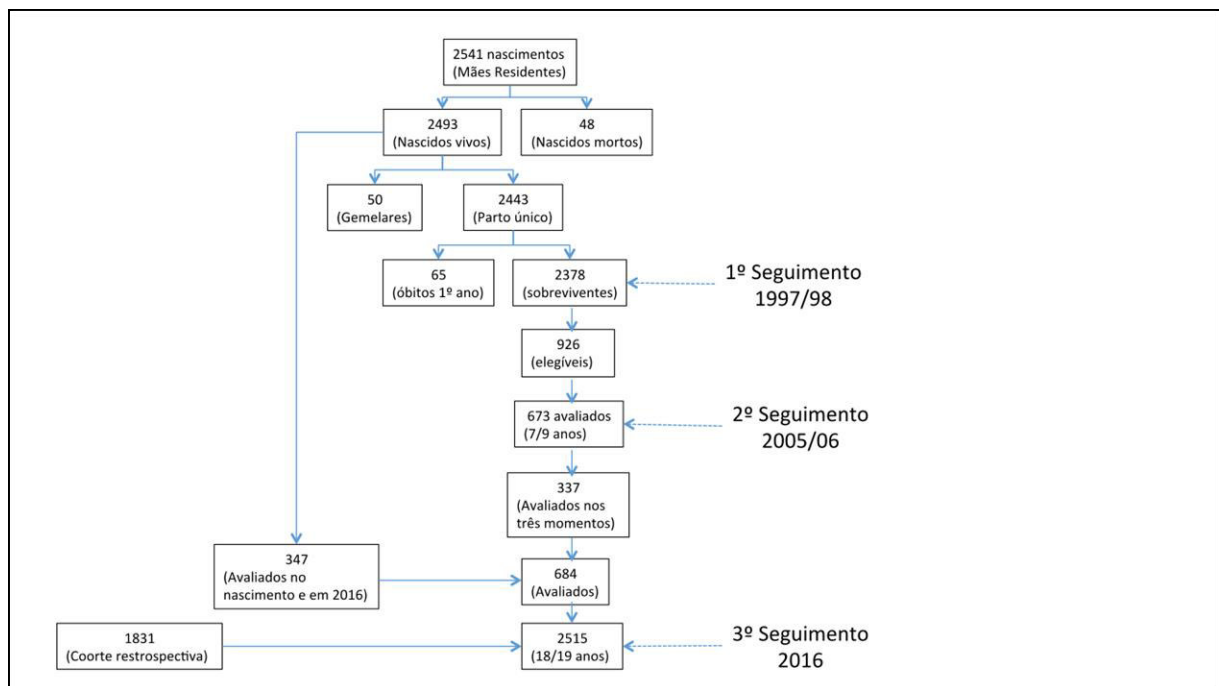
No primeiro momento da coorte, o estudo foi conduzido em dez hospitais da cidade, públicos e privados, de março de 1997 a fevereiro de 1998. Foram incluídos 2.542 nascimentos, com 5,8% de perdas, devido a recusas ou alta precoce. A coorte foi seguida aos 7-9 anos de idade em 2005/2006. Foram elegíveis todas as crianças com baixo ou alto peso ao nascer e um terço das demais, totalizando 926 crianças. A taxa de participação foi de 72,7% (673 indivíduos). A terceira fase do estudo foi realizada com adolescentes aos 18/19 anos, em 2016. Todos os participantes incluídos na primeira fase do estudo foram buscados nas quatro juntas de Alistamento Militar na ilha de São Luís, no Censo Escolar de 2014 e em universidades, totalizando 684 participantes. O foco da avaliação foram os desfechos relacionados à nutrição, composição corporal, aos precursores de doenças crônicas, à saúde mental e ao capital humano.

Com o objetivo de aumentar o poder da amostra, e para prevenir perdas futuras, a coorte foi aberta para incluir outros indivíduos nascidos em São Luís-MA no ano de 1997. Eles foram incluídos a partir de sorteio utilizando o banco do SINASC e identificados nas escolas e universidades, totalizando 1.831 participantes. Foram submetidos aos mesmos testes e questionários que os demais.

Além disso, foi aplicado um questionário às mães desses adolescentes para coletar dados perinatais de forma retrospectiva.

A Figura 1 sintetiza o fluxograma das três fases do estudo.

Figura 1 – Fluxograma da coorte de nascimentos RPS de São Luís, MA, 1997/98



5.4 Critérios de inclusão

Utilizou-se o terceiro seguimento realizado da coorte, realizado na cidade de São Luís, onde 2.515 adolescentes foram entrevistados.

5.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi organizada em estações sequenciais, englobando os diferentes questionários e equipamentos de avaliação.

Foram utilizados os seguintes instrumentos e variáveis:

- 1) Características socioeconômicas: sexo (masculino/feminino); classe econômica pelo critério CEB - Classificação Econômica Brasil 2016 (A, B1, B2, C1, C2, D/E), sendo a classe A a mais rica e escolarizada e a classe D/E a mais pobre e menos instruída; estuda atualmente (sim/não); trabalha atualmente (sim/não); não trabalha, nem estuda (sim/não); tem alguma religião (sim/não); cor da pele (branca, preta/negra, parda/mulata/cabocla/morena); pais separados ou divorciados (sim/não); plano de saúde (sim/não).
- 2) Hábitos de vida e eventos estressores: conversa com amigos (telefone fixo/celular/torpedo/whatsapp/facebook); tempo de tela (< 2 h; 2-4,9 h; 5+); assaltado alguma vez (sim/não); alguma vez sentiu insegurança no bairro (sim/não); fumo atual (sim/não); fumo passado (sim/não); uso de drogas ilícitas (nunca usou/já usou ou usa atualmente); uso de bebidas energéticas (sim/não); dor de cabeça (sim/não); hipertensão ($PAS \geq 130\text{mmHg}$, utilizando a média de três medidas); consumo de álcool (baixo <8/alto risco $8 \geq$, utilizando o instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)).
- 3) Saúde mental: risco de suicídio (baixo/moderado/alto); depressão (sim/não); transtorno bipolar (sim/não); transtorno de ansiedade (sim/não); transtorno do humor (sim/não), transtorno comum (sim/não), utilizando Questionário M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview - Brazilian version 5.0.0 - DSM IV*) (SHEEHAN *et al.*, 1998).

5.6 Instrumentos utilizados

Dos questionários utilizados pela coorte, utilizou-se dados de três instrumentos de coleta (Anexo A):

▪ Questionário Geral

Bloco B: dados sobre escolaridade

Bloco C: dados sobre ocupação

Bloco D: dados sobre família, moradia e renda

Bloco I: Escala de Eventos Estressores

- **Questionário Confidencial**

Dados sobre uso de álcool (AUDIT) e drogas ilícitas

Escala de Violência Psicológica contra adolescentes

- **Questionário versão Plus do MINI:**

Dados sobre TEPT

5.7 Variáveis utilizadas

Para se alcançar um dos objetivos desta tese, como variável de exposição investigou-se violência psicológica, definida como “agressões verbais ou gestuais, com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social” (BRASIL, 2001, p. 51).

O instrumento utilizado para avaliação da violência psicológica foi a escala específica: Escala de Violência Psicológica. Essa escala avalia as experiências vividas por jovens que foram diminuídos em suas qualidades, capacidades, desejos, emoções, além de serem, excessivamente, cobrados por pessoas significativas em seu convívio. É constituída por dezoito itens com opções de respostas que variam do “nunca” até o “sempre”, sendo adaptada transculturalmente à realidade brasileira, apresentando propriedades psicométricas de α de Cronbach de 0,91 e Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) de 0,8629 (AVANCI; SANTOS; OLIVEIRA, 2005).

As principais variáveis independentes utilizadas para o 1º artigo foram:

- Fatores econômicos e sociodemográficos dos adolescentes: sexo (masculino e feminino), idade completa em anos, cor da pele autorreferida (branca, negra e mestiça), escolaridade (em anos completos de estudo), nível socioeconômico, que segue o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Estratos A B e C correspondem às camadas alta e média; D e E às camadas populares.
- Fatores estruturais da família: pais separados (sim ou não); chefe de família (pai, mãe e outros), situação conjugal do adolescente (com ou sem companheiro); atividade laboral (sim ou não); prática religiosa (sim ou não); nem trabalha nem estuda (sim ou não).
- Fatores comportamentais: uso de drogas ilícitas (sim ou não); Consumo de álcool (baixo < 8 /alto risco ≥ 8 , utilizando o instrumento *Alcohol Use Disorder Identification*

Test (AUDIT) (SHEEHAN et al., 1998); evento estressor: para medir a ocorrência de evento estressor nos últimos 12 meses, utilizou-se o item: alguma vez sentiu insegurança no bairro (sim/não).

Para o 2º artigo as variáveis independentes foram:

- Sexo (masculino e feminino);
- Idade: corresponde a idade completa em anos no dia da entrevista.
- Cor da pele auto referida durante a entrevista: branca, negra e mestiça.
- Índice de Massa Corpórea - IMC - (Índice de Massa Corporal): obesidade grau I – 30.0 – 34.9; obesidade grau II – 35.0 – 39.9; obesidade grau III - ≥ 40 .
- Escolaridade correspondendo ao nível escolar no ato da entrevista: menos de 9 anos de estudo, 9 a 11 anos e 12 anos ou mais.
- Classe econômica, segundo o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Classificação Econômica. <http://www.abep.org>), divididas em estratos A B e C correspondem às camadas alta e média; D e E às camadas populares.
- Situação conjugal dos pais no ato da entrevista definida como pais separados (sim ou não).
- Chefe de família na ocasião da entrevista (pai, mãe e outros).
- Situação conjugal do adolescente no ato da entrevista definida: com ou sem companheiro.
- Atividade laboral atual: categorizada em sim ou não.
- Prática religiosa no ato da entrevista: sim ou não.
- Nem trabalha; nem estuda, definida como sem atividade laboral ou estudo atual: sim ou não.
- Uso de drogas ilícitas definida como uso atual: sim ou não.
- Consumo de álcool (baixo < 8 /alto risco ≥ 8 , utilizando o instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (WHO, 2001). Eventos estressores: (sim ou não).

Como Variável dependente: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) definida segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – IV, realizado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA).

Para identificação de TEPT foi utilizado o questionário Mini (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). Utilizou-se a versão Plus do Mini, mais detalhada, que compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV. Explora

sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. No entanto, para esta pesquisa, foi utilizada apenas o Módulo I – Transtorno de Estresse Pós-Traumático, com 5 itens (sim ou não), com início dos sintomas a partir dos últimos trinta dias, anteriores à data da entrevista.

5.8 Análise estatística

5.8.1 Análise descritiva

A análise dos resultados foi realizada, para o 1º artigo, através da descrição da frequências absoluta e relativa em tabelas. Como a prevalência de violência psicológica foi maior que 10% calculou-se razão de prevalência (RP) por meio da regressão de Poisson com variância robusta (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008). Para avaliar os fatores associados à ocorrência de violência psicológica foi utilizada a regressão de Poisson multinomial com abordagem hierarquizada. Através dessa regressão foram estimados os valores de razões de chances (*Odds Ratio* - OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). No segundo artigo foram estimadas as prevalências e seus intervalos de confiança a 95% (IC 95%) para a ocorrência de TEPT segundo a variável de exposição antes e depois da ponderação pelo Inverso da Probabilidade de Seleção - IPS. A associação entre ocorrência de VP e TEPT foi estimada pelo OR (*Odds Ration*) e IC 95% por meio da regressão logística binária bruta e estruturada (ponderada pelo IPS). As análises foram realizadas no *software* Stata® versão 14.0.

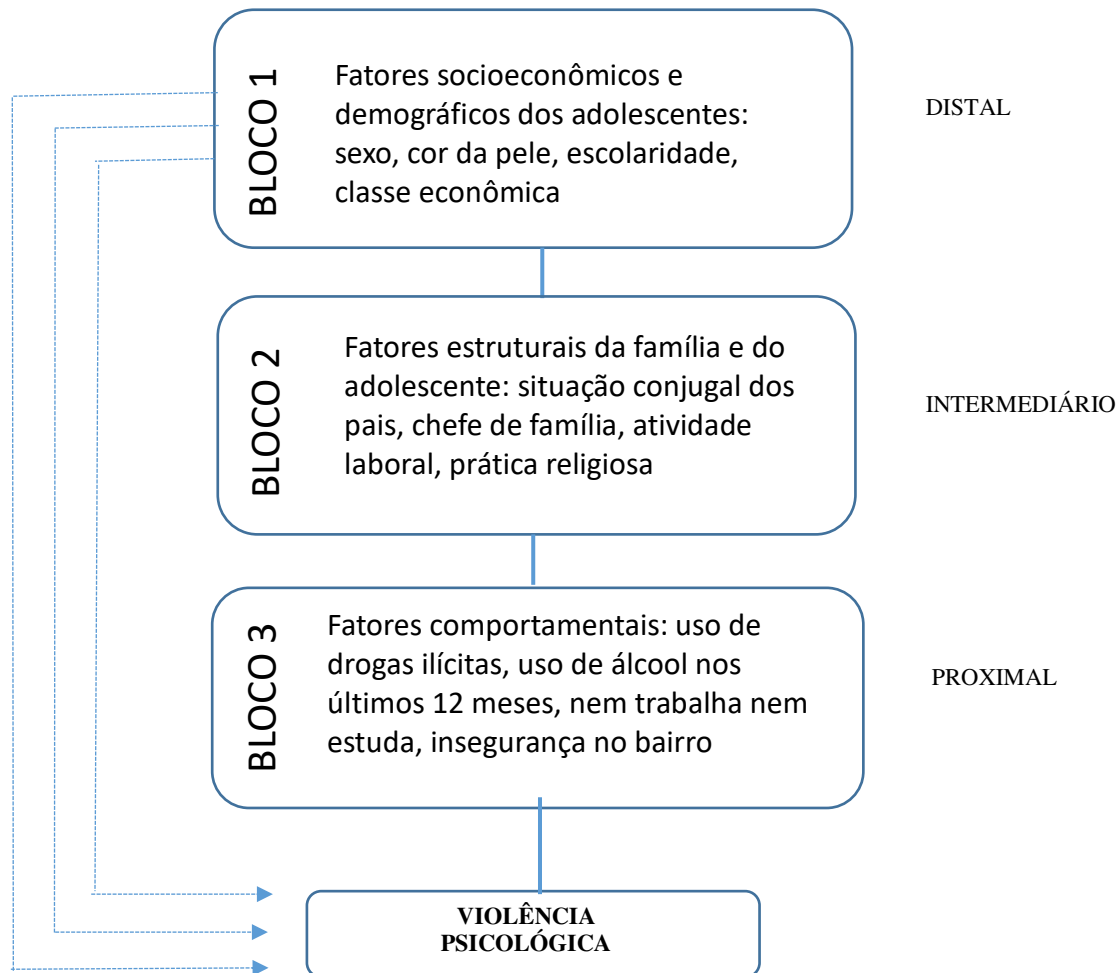
5.8.2 Modelos estatísticos

5.8.2.1 Modelagem com abordagem hierarquizada

O modelo com abordagem hierarquizada é constituído de blocos ou níveis, onde a escolha das variáveis para inclusão no modelo não é resultante propriamente da associação estatística na análise bivariada, e sim de um modelo conceitual acerca da determinação social e biológica do evento de interesse (HOSMER JUNIOR; LAMESHOW, 2004). O modelo teórico foi construído em três níveis: o nível distal foi composto por características socioeconômicas e

demográficas. No nível intermediário, foram considerados os fatores estruturais da família. No nível proximal ao desfecho, incluíram-se os fatores comportamentais (Figura 2).

Figura 2 - Modelo distal de características socioeconômicas e demográficas.



Fonte: autoria própria

Diferentes abordagens são tomadas por autores que estudam a violência psicológica em adolescentes. Procurou-se colocar os fatores comportamentais em nível proximal por estarem intrinsicamente relacionados a atitudes que subsidiam comportamentos que ocasionam a suscetibilidade ao desfecho. No nível intermediário considerou-se sobretudo a estrutura familiar, por sofrer influências dos fatores situados no nível distal e exercer papel fundamental no apoio social, proporcionando exposição à violência, quando da sua ausência. Tendo efeito direto sobre os fatores comportamentais.

5.8.2 2 Modelo de Inferência Causal – Escore e Propensão

Para o 2º artigo a análise se deu por meio da exposição (violência psicológica – categórica) e desfecho (TEPT – categórica). Utilizou o modelo de Escore de Propensão (EP) como método para inferência causal.

O EP é uma variável composta criada pela combinação de um conjunto de variáveis de confundimento que aumentam a probabilidade de um indivíduo ser alocado a uma intervenção específica, em nosso estudo representada pela exposição (violência psicológica), e então, incorporada à análise. Essa alternativa, utilizada em estudos observacionais, possibilita o controle de vieses de seleção e confundimento. A variável resulta do cálculo da probabilidade (propensão) de cada participante receber uma intervenção, condicionado aos valores das variáveis que acredita-se influenciar a decisão, no caso, de sofrer ou não violência (OAKES; JOHNSON, 2006; HANS-VANGHN, 2015).

Para análise dos fatores de confundimento ou de colisão utilizou-se o *Directed Acyclic Graph* (DAG), através do *software DAGitty 2.2®*, que codifica uma teoria ou pressupostos acerca da estrutura causal de um problema. A escolha das variáveis para essa análise foi realizada com base na literatura. Sua utilização na modelagem causal reforça a noção de que a causalidade implica direcionalidade de influência. Através de regras gráficas utilizou-se o critério da porta de trás para identificar o conjunto mínimo de variáveis necessárias para ajuste para viés de confundimento, ao mesmo tempo em que se evita ajuste para colisores, para não provocar viés de colisão.

As variáveis incluídas no conjunto de ajuste mínimo foram sexo, estrato social, evento estressor, situação conjugal dos pais, prática religiosa. Atendendo aos pressupostos da inferência causal tem-se que a intervenção precisa ser bem definida (violência psicológica avaliada por instrumento adaptado à nossa realidade), permutabilidade entre os grupos (o que é verificado por meio do balanceamento das variáveis) e positividade (deve haver informações disponíveis em todas as caselas da tabela).

Em seguida, utilizou-se o EP para se criar o Inverso da Probabilidade de Seleção (IPS). Dessa forma, se atribuiu uma probabilidade para cada adolescente, sendo $1/IPS$ para aqueles que compoem o grupo de expostos e $1/(1-IPS)$ para aqueles do grupo não expostos. Essa condição tornou os dois grupos mais homogêneos e comparáveis entre si.

Para os dois grupos foram estimados a proporção e erro-padrão das covariáveis selecionadas para compor o modelo de estimação do EP antes e depois da ponderação pelo IPS, a fim de se verificar o padrão de distribuição dessas covariáveis entre os grupos de estudo.

Análises com teste Qui-quadrado de Pearson foram realizadas para verificar o nível de significância estatística do desbalanceamento das covariáveis antes e depois do controle pelo EP, alcançando-se a homogeneidade quando a probabilidade do teste foi superior a 0,05.

6 RESULTADOS

6.1 Artigo 1

**Fatores Associados à Violência Psicológica
Contra Adolescente**

Submetido à Ciência & Saúde Coletiva – CSP: Qualis B1

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA ADOLESCENTE

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência da violência psicológica contra adolescentes e a sua associação com fatores sociodemográficos, econômicos e estruturais da família além de fatores comportamentais. Estudo transversal com dados do seguimento de uma coorte realizado em 2016. Um total de 2.515 adolescentes responderam ao questionário auto aplicado onde foram abordados aspectos individuais, familiares, sociais e presença de eventos estressores, além do instrumento validado para ocorrência de violência psicológica. A variável resposta, violência psicológica, foi categorizada em leve, moderada e severa. Utilizou-se a regressão poisson multinomial com abordagem hierarquizada em três blocos, tendo a razão de chances como medida para interpretação dos dados e intervalo de confiança de 95%. Adolescentes do sexo feminino sofreram mais VP severa (OR: 1,38; IC 95%: 1,12-1,71). Possuir atividade laboral (OR: 1,48; IC 95%: 1,20-1,82), uso de álcool (OR: 2,24; IC 95%: 1,69-2,97) e drogas ilícitas (OR: 2,40; IC 95%: 1,85-3,10), além de insegurança no local onde reside (OR: 1,99; IC 95%: 1,57-2,53), se associaram às duas formas de violência psicológica. Em sua forma mais severa, a violência psicológica atinge, principalmente, as mulheres inseridas no mercado de trabalho ou com comportamentos considerados não saudáveis.

Palavras-chave: Adolescente. Violência psicológica. Fatores associados.

SUMMARY

The objective of the present study was to analyze the prevalence of psychological violence against adolescents and its association with sociodemographic, economic and structural factors of the family as well as behavioral factors. A cross-sectional study was carried out with data from the follow-up of a cohort study conducted in 2016. A total of 2,515 adolescents answered the self-administered questionnaire where individual, family, social and stressor events were addressed, as well as a validated instrument for psychological violence. The variable response, psychological violence, was categorized as mild, moderate, and severe. The multinomial poisson regression was used with a hierarchical approach in three blocks, with the odds ratio as a measure for data interpretation and a 95% confidence interval. Female adolescents suffered more severe PV (OR: 1.38; 95% CI: 1.12-1.71). (OR: 1.48, 95% CI: 1.20-1.82), alcohol use (OR: 2.24, 95% CI: 1.69-2.97) and illicit drugs (OR : 2.40, 95% CI: 1.85-3.10), as well as insecurity at the place of residence (OR: 1.99, 95% CI: 1.57-2.53), were associated with both forms of psychological violence. In its most severe form, psychological violence affects, mainly, women entering the labor market or with behaviors considered unhealthy.

Keywords: Adolescent. Psychological violence. Associated factors.

INTRODUÇÃO

A abordagem dos casos de violência psicológica (VP) contra adolescentes constitui um fenômeno complexo, haja vista o grande impacto dessa forma de violência na saúde de indivíduos que se encontram em plena maturação de suas funções fisiológicas, ocasionando danos a curto e longo prazo, além de sofrer influências dos diferentes contextos socioculturais¹. A violência psicológica contra o adolescente consiste em toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto, colocando a vítima em situação de desequilíbrio emocional, associado a alterações no campo intelectual e social². Um ambiente de dominação pode potencializar sintomas de agressividade, depressão e de baixa autoestima, o que, automaticamente, repercute nas relações interpessoais^{1,3}.

As pesquisas apontam sempre atenção maior aos tipos de violência, física e sexual, quando, na maioria das vezes a violência psicológica precede e acompanha esses tipos de abusos, embora seja negligenciada^{4,5}. Dados na literatura observaram uma preocupação crescente com o tema, uma vez que diversidades metodológicas sempre estiveram presentes, em seus diferentes conceitos e aferição. Reforçam, ainda, que o uso de escalas para sua aferição se torna importante, especialmente, quando usadas nas associações e correlações dos resultados em estudos epidemiológicos^{6,7}.

Em uma revisão realizada por Abranches e Assis⁶, estudos que detectaram a ocorrência de VP em adolescentes convergem sobre a importância do apoio familiar e o sentimento negativo transmitido por indivíduos de maior significância e de suas influências na presença desse tipo de abuso. Os resultados, ainda, reafirmam as dificuldades em conceituar e detectar a VP, apesar dos altos índices, que variaram entre 70,7% a 48%. No Brasil a ocorrência de violência psicológica representou 29% dos casos registrados. Uma avaliação mais recente que

utilizou dados do SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação, a VP representou 69,9% das diferentes formas de violência, com maior concentração nas regiões do Sul e Sudeste⁸.

Apesar da constante exploração sobre o tema, ainda é escassa a abordagem específica da violência psicológica na população adolescente. As condições de maus tratos presentes na violência psicológica, dificilmente ocorrem isoladas, tornando-a de difícil mensuração⁷. Embora sua importância seja reconhecida, o enfoque observado é que se trata de um tipo de violência associada às demais. Com isso, a violência psicológica deixa de ser problematizada e suas consequências são subestimadas, pois ficam submetidas aos outros tipos de agravos^{9,10}.

A importância de se diagnosticar, prevenir e compreender as consequências da violência psicológica está no fato de que afeta de maneira significativa o desenvolvimento psicossocial das vítimas, sobretudo, quando a violência ocorre no ambiente familiar, quando este deveria funcionar como alicerce moral^{9,11,12}. Um outro fator que vale ser ressaltado é a importância do relacionamento afetivo desses adolescentes, seja na comunidade em que vive ou em diferentes locais de relações sociais, pois sabe-se que as vítimas tendem a sofrer essa forma de violência, também, na escola e durante o relacionamento afetivo, o que compromete mais ainda a possibilidade de estabilidade acerca de sua individualidade. Um adolescente sem a devida autoestima, incorre em erros, na maioria das vezes, irremediáveis, com sérios agravos na vida adulta^{5,12}.

São Luís, região metropolitana do Estado do Maranhão, ocupou o segundo lugar do país nas estatísticas de violência, de acordo com o Atlas da Violência em 2017¹³. A Capital continua a liderar os índices de violência, devido a sua grande concentração populacional, locada em bairros sem infraestrutura e sem políticas públicas fundamentais para juventude, a exemplo de escolas de qualidade, espaços de lazer, esporte e cultura. Os índices de homicídio na

adolescência, em 2010, chegaram a 2,19 por 100 mil habitantes, o que a situa entre as cidades com maior risco para o desenvolvimento e vida dos adolescentes¹³.

Com base no exposto, buscou-se, nesse artigo, estimar a prevalência de violência psicológica, assim como, avaliar a possível associação com fatores socioeconômicos e demográficos, além da presença de eventos estressores em adolescentes de uma coorte de São Luís, Maranhão. Embora o Maranhão, em outros períodos, tenha sido o estado menos violento do país, a taxa de homicídios dos últimos anos cresceu de forma muito preocupante. Identificar os fatores associados à ocorrência de violência psicológica e suas consequências torna-se importante, considerando que esse tipo de abuso funciona como preditor de outras formas de violência.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, utilizando dados do terceiro seguimento da coorte de nascimento mista (retrospectiva e prospectiva) em São Luís (MA), iniciada em março de 1997. Em 2016, em projeto conjunto com Pelotas (RS) e Ribeirão Preto (SP), foi desenvolvido o terceiro seguimento dessa coorte, cujos sujeitos tinham 18/19 de idade. Todos os participantes incluídos na primeira fase do estudo foram buscados nas quatro juntas de Alistamento Militar na ilha de São Luís, no censo escolar de 2014 e em universidades, totalizando 684 participantes. Com o objetivo de aumentar o poder da amostra, e para prevenir perdas futuras, a coorte foi aberta para incluir outros indivíduos nascidos em São Luís-MA no ano de 1997. Eles foram incluídos a partir de sorteio utilizando o banco do SINASC e identificados nas escolas e universidades, totalizando 1.831 participantes. Foram submetidos aos mesmos testes e questionários que os demais, totalizando 2.515 indivíduos.

Como variável de exposição, investigou-se violência psicológica, definida como: aquela em que a vítima é desqualificada em suas capacidades, potencialidades, desejos e emoções e, ainda, cobrado excessivamente por pessoa significativa ao seu relacionamento, durante o seu período de desenvolvimento². O instrumento utilizado para avaliação desse tipo de abuso foi a escala específica: Escala de Violência Psicológica². É constituída por dezoito itens com opções de respostas que variam do “nunca” até o “sempre”, sendo adaptada transculturalmente à realidade brasileira, apresentado propriedades psicométricas de α de Cronbach de 0,91 e Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) de 0,8629⁷.

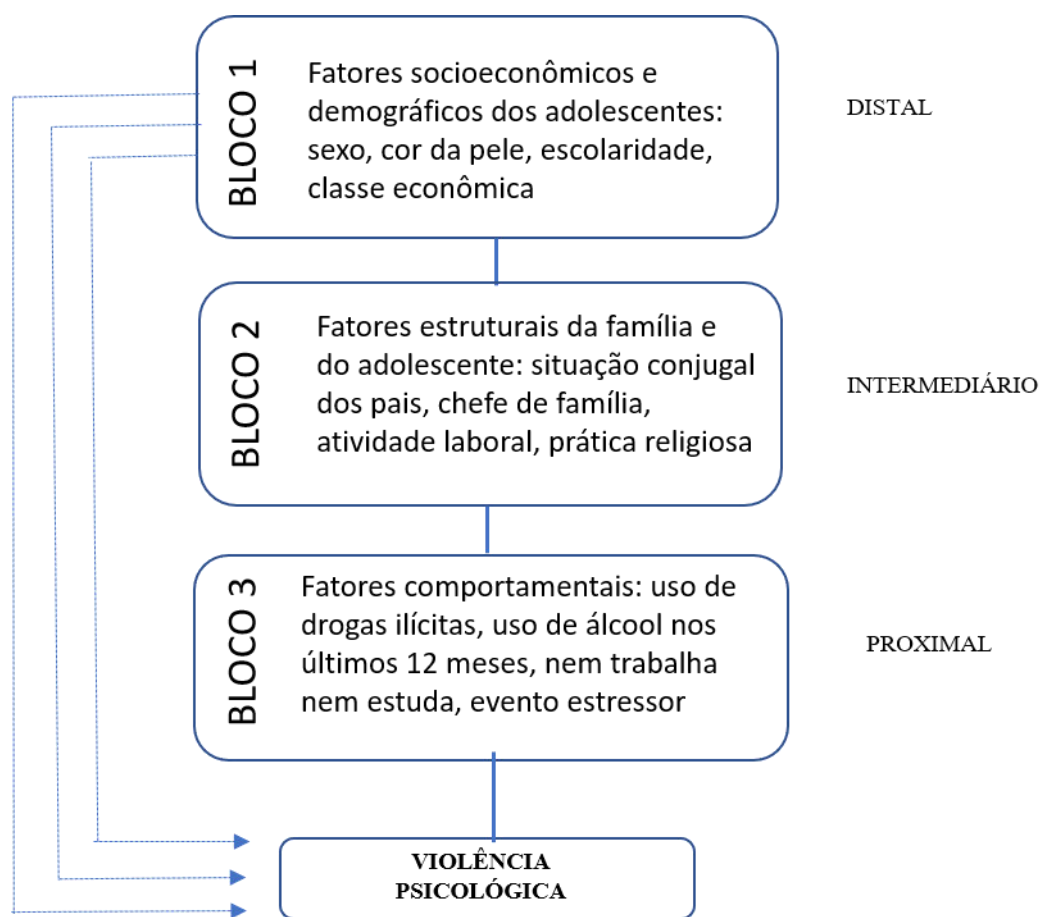
Foi utilizado questionário autoaplicado para o relato de ocorrência de violência. Outro questionário, aplicado em entrevista face a face, abordou aspectos individuais, familiares, sociais e presença de eventos estressores.

As principais variáveis independentes utilizadas foram: sexo (masculino e feminino), idade completa em anos, cor da pele autorreferida (branca; não branca), escolaridade (1 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; 12 anos ou mais), classe econômica (A; B; C; D/E); pais separados (sim ou não); chefe de família (pai, mãe e outros), situação conjugal do adolescente (com ou sem companheiro); atividade laboral (sim ou não); prática religiosa (sim ou não); nem trabalha nem estuda (sim ou não); uso de drogas ilícitas (sim ou não); consumo de álcool (baixo < 8/alto risco ≥ 8 , utilizando o instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)¹⁴; ocorrência de evento estressor - medo ou insegurança no bairro/assalto (sim ou não).

A introdução das variáveis na análise de regressão obedeceu ao modelo teórico com abordagem hierarquizada, elaborado de acordo com o referencial na literatura¹⁵. No nível distal do modelo foram consideradas as variáveis socioeconômicas e demográficas do adolescente: sexo, cor da pele, escolaridade, classe econômica. No nível intermediário encontram-se as variáveis referentes aos fatores estruturais da família e do adolescente: pais separados, chefe de família, atividade laboral, situação conjugal do adolescente, prática religiosa. No nível proximal

encontram-se fatores comportamentais do adolescente: uso de drogas ilícitas, consumo de álcool nos últimos 12 meses, jovem que nem trabalha nem estuda, ocorrência de evento estressor. No modelo apresentado, a variável sexo foi selecionada devido a evidências que comprovam maior prevalência no sexo feminino, dada a submissão feminina, do ponto de vista cultural^{3,5,9,15,16}. Foi considerado que o nível de escolaridade pode influenciar na atividade laboral e ocupação. Um outro ponto abordado no modelo teórico foi a estrutura familiar, no que diz respeito à situação conjugal dos pais, com influências diretas nas relações parentais, além de estarem intrinsicamente ligadas às alterações comportamentais. Bem próximo ao desfecho estiveram uso de drogas ilícitas, uso de álcool e ocorrência de eventos estressores, os quais antecedem ou determinam parcialmente a ocorrência de VP.

Quadro 1 – Modelo teórico hierarquizado para ocorrência de VP.



Fonte: autoria própria

Análise estatística

Foi utilizada estatística descritiva para análise e caracterização das variáveis econômicas, sociodemográficas, estrutura familiar e comportamental da população estudada e a exposição à violência psicológica. Para avaliar os fatores associados à ocorrência de violência psicológica foi utilizada a regressão de Poisson multinomial com abordagem hierarquizada. Através dessa regressão foram estimados os valores de razões de chances (*Odds Ratio* - OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Os dados referentes à variável violência psicológica foram analisados segundo os tercís, valores mínimos e máximos, média e mediana. Considerou-se a categoria de referência como ausência/leve (nunca/raramente); moderada (às vezes); severa (quase sempre/sempre).

Essa análise foi realizada em três passos, utilizando como regra de passagem para o próximo nível as variáveis com p valor menor que 0,10, que foram mantidas quando as variáveis do nível seguinte foram incluídas:

- A) Passo 1: modelo Poisson robusto para as cinco variáveis econômicas e sociodemográficas do nível distal;
- B) Passo 2: modelo incluindo as variáveis com p valor menor ou igual a 0,10 no nível distal e todas as do nível estrutura familiar;
- C) Passo 3: modelo para as variáveis que permanecem no modelo anterior mais as do nível comportamental.

O efeito das questões sociodemográficas, estrutural e comportamental no *status* de caso de violência psicológica foi expresso por intermédio Razão de Chances (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). As análises foram realizadas utilizando-se o programa estatístico Stata/MP 14.0.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 2.515 adolescentes, sendo 52,4% do sexo feminino. A cor da pele autorreferida predominante foi mestiça 63,5%. Encontrou-se que 78,6% apresentaram nível de escolaridade até o ensino médio incompleto e 50,1% pertenciam à classe econômica C com uma estrutura familiar cujo chefe de família mais frequente foi a figura paterna (40,3%). Vale ressaltar que 39,2% dos adolescentes já tiveram experiência laboral. A prática religiosa se mostrou presente em 70,2% dos adolescentes. Consumo de álcool se fez presente em 54,2%; uso de drogas ilícitas em 25,7%. Um percentual de 74,0% referiu medo ou insegurança no seu bairro. De acordo com o critério adotado para definir violência psicológica, 13,9% dos adolescentes relataram, pelo menos, uma resposta sempre às questões sobre violência, o que correspondeu à forma severa. Enquanto 17,9% responderam nunca terem sofrido violência psicológica.

Na Tabela 1 mostra-se, o cruzamento das diferentes variáveis com as formas de violência psicológica. Observa-se que houve predomínio do sexo feminino na forma severa de VP, a escolaridade, em nível fundamental e médio incompleto também se associou à ocorrência de VP. O uso de álcool e drogas ilícitas foram mais prevalentes nas formas moderada e severa.

Na Tabela 2 apresenta-se a análise com abordagem hierarquizada e os fatores que se mantiveram associados às diferentes formas de violência psicológica. Observa-se que para VP na sua forma moderada, a variável escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo, mostrou associação inversa à sua ocorrência (OR= 0,60; IC95% = 0,45-0,81). Na forma severa a variável que mostrou associação inversa foi a prática religiosa (OR = 0,79; IC95% = 0,64-0,99). Ser do sexo feminino apresentou 38% mais chances de sofrer VP severa. Atividade laboral, uso de álcool nos últimos 12 meses, uso de drogas ilícitas e ocorrência de evento estressor (medo ou

insegurança no bairro) se associaram de maneira significativa com as duas formas de VP, com maiores chances na forma severa.

Tabela 1 - Associação entre variáveis econômicas, sociodemográficas, estruturais e comportamentais e violência psicológica da coorte – São Luís, 2015.

Variáveis	Ausente/Leve		Moderada		Severa		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,002
Masculino	442	37,5	412	34,9	325	27,6	
Feminino	436	33,4	424	32,4	447	34,2	
Cor da pele							0,456
Branca	163	33,3	165	33,7	162	33,1	
Não branca	711	35,8	668	33,7	605	30,5	
Escolaridade							0,001
≥ 12	100	25,8	160	41,2	128	33,0	
9 - 11	729	37,4	618	31,7	602	30,9	
até 8	44	31,6	55	39,6	40	28,8	
Situação conjugal							0,668
Sem companheiro	844	35,2	809	33,8	741	30,9	
Com companheiro	34	37,0	27	29,30	31	33,7	
Classe Econômica							0,097
A	22	23,7	39	41,9	32	34,4	
B	189	33,8	206	36,8	164	29,3	
C	400	36,7	351	31,8	352	31,9	
D/E	162	36,4	141	31,7	142	31,9	
Atividade laboral							0,003
Não	569	37,7	503	33,3	437	29,0	
Sim	309	31,6	333	34,1	335	34,3	
Nem trabalha, nem estuda							0,959
Não	807	35,3	768	33,6	712	31,1	
Sim	71	35,7	68	34,2	60	30,1	
Chefe de Família							0,011
Pai	383	38,1	351	34,9	272	27,0	
Mãe	273	33,6	267	32,8	273	33,6	
Outros	222	33,3	218	32,7	226	33,9	
Situação conjugal dos pais (pais separados)							0,022
Não	466	36,5	445	34,9	364	28,5	
Sim	412	34,0	391	32,3	408	33,7	
Religião							0,076
Não	250	33,6	239	32,1	255	34,3	
Sim	628	36,0	597	34,3	517	29,7	
Consumo de álcool (AUDIT)							0,001
Baixo (<8)	771	38,5	681	34,1	549	27,4	
Sim (≥8)	107	22,0	155	32,0	223	46,0	
Uso de drogas ilícitas							0,001
Não	735	39,9	617	33,5	492	26,7	
Sim	142	22,3	218	34,2	278	43,6	
Evento estressor							0,001
Não	298	46,1	200	31,0	148	22,9	
Sim	578	31,4	636	34,6	624	33,9	

Tabela 2 - Análise multivariada com abordagem hierarquizada de violência psicológica contra adolescente do tipo moderada e severa, coorte – São Luís, 2015.

Variáveis	Violência Moderada			Violência Severa		
	RP	IC95%	p valor	RP	IC95%	p valor
BLOCO DISTAL						
Sexo						0,002
Masculino	-			Ref	-	
Feminino				1,38	1,12-1,71	
Escolaridade			0,011			
12 ou +	Ref	-				
9 a 11	0,60	0,45-0,81				
Até 8a						
BLOCO INTERMEDIÁRIO						
Atividade Laboral			0,038			<0,001
Não	Ref	-		Ref	-	
Sim	1,23	1,01-1,51		1,48	1,20-1,82	
Religião						0,041
Não				Ref	-	
Sim				0,79	0,64-0,99	
BLOCO PROXIMAL						
Consumo de álcool			<0,031			<0,001
Baixo (<8)	Ref	-		Ref	-	
Sim (≥8)	1,37	1,02-1,82		2,24	1,69-2,97	
Drogas ilícitas			0,001			<0,001
Não	Ref	-		Ref	-	
Sim	1,71	1,32-2,21		2,40	1,85-3,10	
Evento Estressor			<0,001			<0,001
Não	Ref			Ref		
Sim	1,61	1,29-2,00		1,99	1,57-2,53	

DISCUSSÃO

Os resultados aferidos neste estudo evidenciaram que, adolescentes do sexo feminino apresentaram mais chances de sofrer violência psicológica na forma severa. A prática religiosa se associou, de maneira inversa, à ocorrência dessa forma de violência. Enquanto que na VP moderada, escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo (nível fundamental e médio até o 2º ano) foi que mostrou associação inversa para sua ocorrência. Prática laboral, consumo de álcool, drogas ilícitas e ocorrência de evento estressor estiveram associados às duas formas de VP, moderada e severa.

De acordo com um levantamento do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA)¹⁸, no Maranhão, os números de feminicídio cresceram em uma década. Entre 2005 – 2015, o aumento foi de 130%, em comparação aos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, que

apresentaram redução de 35% e 28%, respectivamente. A faixa etária entre 18 e 25 anos, representa o percentual de 20% dos atendimentos. Das diferentes formas de violência registradas, a violência psicológica ocupou 34,4% dos casos, seguida da violência física (24%). A maioria dos casos (71%) foi praticada em local domiciliar¹⁹.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)²⁰, do Ministério da Saúde, em 2014, registrou a violência psicológica em 23,0%, ocupou o segundo lugar em relação aos diferentes tipos de violência. Adolescentes do sexo feminino alcançaram um pico no atendimento de 27,8 para cada 10 mil adolescentes, em comparação aos adolescentes do sexo masculino. Em nossos dados, ser do sexo feminino (52,4%) mostrou-se associado de maneira significativa naqueles que sofreram violência psicológica severa. Esse achado é consistente com a maioria das pesquisas, quando apontam que o sexo feminino tem maior vulnerabilidade de sofrer essa forma de abuso^{9,10,16,17}.

Arslan (2017)⁹, observando adolescentes de escolas públicas na Turquia, com idade entre 14 a 18 anos, encontrou prevalência igual a 40% para violência psicológica, com predomínio maior, também, no sexo feminino. Neles, os autores perceberam menos habilidades de enfrentamento ativo em lidar com experiências de maus-tratos psicológicos.

Esses dados com o predomínio do sexo feminino, associado à violência psicológica, comprovam a amplitude do problema durante a fase da adolescência e a sua extensão ao longo da fase adulta. Mulheres adolescentes são mais vulneráveis do que as que apresentam maior idade. Contribuem para esse fato o acesso restrito aos meios de proteção, a dependência econômica e a menor escolaridade. Estudos na literatura apontam diferentes perspectivas das vítimas de violência psicológica no sexo feminino. Sob a influência dos fatores socioculturais, a ocorrência dessa forma de abuso é vista de maneira não proposital, onde a percepção dos hábitos e costumes impostos pela própria sociedade, induz a vítima a aceitar esse tipo de abuso de forma corriqueira, como parte do contexto cultural^{3,5,9,10,16,17}.

A atividade laboral se associou com a ocorrência de VP, tanto na sua forma moderada quanto severa, sendo que, 48% tiveram mais chance de sofrer violência psicológica na forma severa. O trabalho é permitido em caráter de aprendizes a jovens entre 14 a 16 anos, sendo que após os 16 anos o adolescente pode exercer uma atividade, desde que seus direitos não sejam violados. O trabalho nessa fase surge como uma forma de desigualdade entre algumas famílias, como uma necessidade que cumpre duplo papel: auxiliar no sustento familiar e “educar” para vida adulta²².

Costa *et al.*²² perceberam, ao analisar os danos biopsicossociais em jovens expostos ao trabalho precocemente, que a afirmação dos pressupostos ganhos é uma forma de defesa do sofrimento submetido nessa fase, ou talvez de amenização de prejuízos adquiridos.

Por outro lado, muitos jovens apresentam dificuldade em administrar suas vidas diante do acúmulo de atividades, gerando conflitos na família, escola e comunidade. Inerente ao contexto, estes jovens podem, ainda, assumir o papel de provedores da família e em alguns casos, a renda passa a ser superior à dos próprios pais, o que fragiliza seu respeito em relação a autoridade parental²⁴. A agressão psicológica que ocorre nos lares das famílias se torna extremamente comum, banalizada e pouco valorizada⁹. Em nosso estudo, 51,3% moravam com os pais com união estável, sendo a figura paterna o chefe de família. Não houve associações na esfera familiar e ocorrência de violência psicológica.

Abranches *et al.*¹¹ analisaram a violência psicológica no contexto familiar e detectaram que, em relação à estrutura familiar, a maioria dos entrevistados morava com seus pais. E, ainda, que a ocorrência de violência psicológica severa pode ser associada a alguns atos, que ocuparam uma frequência maior: culpabilizar, criticar e desacreditar. Portanto, cabe à família a garantia de apoio e afeto durante a aprendizagem e o amadurecimento que ocorrem na fase da adolescência¹². Pesquisas sobre estresse na adolescência têm descrito diversos eventos como os mais característicos ou representativos, não havendo consenso. Entre as diversas formas de

eventos pesquisadas como fontes de estresse nessa fase, encontram-se os conflitos familiares: separação dos pais, relações parentais, término de relação afetiva e dificuldades de ajustamento na escola^{17,25}.

A avaliação cognitiva é um processo que apresenta grande variabilidade ao longo do desenvolvimento, sendo que, em alguns casos, como na pesquisa de eventos estressores, apresenta difícil mensuração. Contudo, na adolescência, não só é passível de mensuração, como também, a representatividade da intensidade do estresse se torna possível²⁶.

Vivenciar ou testemunhar situações de violência no ambiente da rua, da escola e de outros locais próximos onde transita, como tráfico de drogas, uso de armas, assassinatos ou roubo, constitui formas de violência²⁷. Em nosso estudo, adolescentes que sofreram algum tipo de evento estressor estiveram associados à violência psicológica em suas diferentes formas. Dos diferentes itens do bloco utilizado na investigação, os que mais se destacaram foram insegurança no bairro (74,0%). Essas exposições são características de violência na comunidade. Estudos nacionais apontam a gravidade desse problema, a partir da ocorrência de associação entre os diferentes tipos de exposição com transtornos mentais^{20,22}.

Nossos achados corroboram com o estudo de Benetti *et al.*²⁷, que mediante situações individuais, familiares e contextuais, associadas às manifestações de problemas de saúde mental em adolescentes, observaram alta exposição à violência comunitária (50,85%), como roubos, assaltos e uso de armas de fogo. São muitas as evidências que denotam que a exposição a múltiplos eventos traumáticos está associada ao uso de estilos defensivos do tipo imaturo, muito frequente no adolescente, nos quais os mecanismos de defesa precedem e podem facilitar os processos de enfrentamento cognitivos ou comportamentais^{9,17,29}.

Nardi *et al.*²⁹, investigando preditores de comportamento antissocial em adolescentes, identificaram que o uso de drogas e o ambiente estressor são fatores extremamente

perturbadores ao desenvolvimento do indivíduo, por se relacionarem intrinsecamente com afetos negativos, o que favorece a conduta antissocial e a reciprocidade entre eles.

Um outro fator importante, que em sua maioria está diretamente relacionado ao comportamento do adolescente, são as estratégias de *coping*. Não foram avaliadas nessa pesquisa, mas podem ser levadas em consideração, quando associadas aos eventos estressores e à ocorrência de VP. Estas são definidas como medidas cognitivas e comportamentais, utilizadas pelo indivíduo para gerenciar as demandas externas e internas, em decorrência de eventos estressores³¹.

Entre os principais tipos de estratégias de *coping* encontra-se o tipo de evitação dos problemas. Essa forma de enfrentamento, mais comum nos adolescentes, contribui para o estilo de defesa imaturo³¹. A estratégia utilizada durante essa fase, não é baseada em um único evento, mas sim em experiências já vividas, e esse acúmulo de eventos é que contribui para a resiliência ou vulnerabilidade que o indivíduo possa vir a apresentar^{9,30,31}. É nessa característica da estratégia de enfrentamento do tipo evitativo que o adolescente busca alternativas que possam ajudá-lo na “elaboração das dificuldades”, como uso de substâncias (álcool, drogas ilícitas)⁹. Essa afirmativa corrobora com nossos achados, quando evidenciamos que o consumo de álcool e drogas ilícitas estiveram associados a ocorrência de VP. A causalidade bidirecional desses fatores nos leva à dificuldade em avaliar o papel dos determinantes no curso da violência psicológica, sabendo-se que esse ciclo de eventos pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, dificultando, inclusive as relações pessoais, tanto no ambiente intrafamiliar quanto extrafamiliar.

No presente estudo, o nível fundamental e médio até o segundo ano se mostrou associado de maneira inversa à ocorrência de violência psicológica na forma moderada. A influência da socialização familiar nas diferenças entre o desempenho escolar de meninas e meninos não são as mesmas para ambos sexos, observando-se as expectativas familiares quando

ainda prevalece a ideia antropológica de que pressupõe os homens como provedores e as mulheres como guardiãs do lar.³⁴ Isso comprovado pelo início precoce das meninas nas tarefas domésticas, antes dos 10 anos de idade, mesmo com rendas elevadas. A difusão de ideais contemporâneos de infância não alterou a intensidade ou a precocidade da inserção das meninas no trabalho doméstico.

Em relação à prática religiosa, ou seja, aqueles adolescentes convertidos a algum tipo de religião, apresentaram menos chances de sofrerem VP na forma severa. Estudos apontam para o efeito protetor da prática religiosa, sobretudo na prevenção da criminalidade, ou seja, naqueles que se tornam perpetradores de violência. A atuação dos grupos religiosos é caracterizada pelo compartilhamento de regras, normas e valores que garantem o controle social comunitário, além de impedir ou minimizar a violência e os comportamentos infracionais³⁵.

Como ponto forte nesse estudo, vale destacar, a abordagem da amostra de base populacional e a utilização de um instrumento de aferição sobre a violência psicológica, cuja adaptação transcultural foi realizada por autores brasileiros, quando observaram que o conceito pressuposto utilizado na avaliação é pertinente à cultura nacional. Os adolescentes entrevistados fizeram parte de uma fase mais tardia da adolescência, quando pode haver um discernimento maior das diversas situações expostas. Um outro destaque a ser apontado foi sobre a utilização da técnica de modelagem hierarquizada para estudar os diferentes fatores associados. Essa técnica hierarquizada possibilita a análise dos efeitos das variáveis utilizadas, sem correr o risco de serem mascarados ou subestimados.

Deve-se lembrar que se trata de um estudo de delineamento transversal, em que nossa capacidade de inferir causalidade a partir dos resultados é muito limitada. Porém, as dificuldades de se identificar a violência psicológica, a partir de estudos epidemiológicos, frente a diversidade metodológica, reforçam a necessidade da determinação de fatores de risco e de proteção em diferentes contextos socioculturais, sobretudo, quando as informações coletadas

podem ser utilizadas em medidas preventivas. Essa pesquisa proporciona dados que podem servir de subsídios para programas de políticas públicas, no que concerne à intervenção contra à violência psicológica no adolescente, a qual, de acordo com os dados levantados, ainda permanece prevalente. Abordagens dessa natureza, sem dúvida, podem produzir um efeito multiplicador e prevenir, conseqüentemente, outras formas de agravo.

REFERÊNCIAS

1. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(1):43-51.
2. Pitzner JK, Drummond PD. The Reliability and Validity of Empirically Scaled Measures of Psychological/Verbal control and Physical/Sexual Abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J. Psychosom Res* 1997; 43(2):125-142.
3. Patias ND, Silva DG, Dell’Aglia DD. Exposure of Adolescents to Violence in Different Contexts: Relationships with Mental Health. *Trends in Psychology* 2016; 24(1):205-218.
4. Elbedour S, Abu-Bader S, Onwuegbuzie AJ, Abu-Rabra A, El-Aassam S. The scope of sexual, physical, and psychological abuse in a Bedouin-Arab community of female adolescents: The interplay of racismo, urbanization, polygamy, family honor, and the social marginalization of women. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30:215-229.
5. Trichett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect* 2009; 33:27-35.
6. Abranches CD, Assis SG. A (in) visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(5):843-854.

7. Avanci JQ, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5):702-708.
8. Quadros MN, Kirchner RM, Hildebrandt LM, Leite MT, Costa MC, Sarzi DM. Situação da violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *Enfermería Global* 2016; 44: 174-85. Disponível em: www.um.es/eglobal/.
9. Arslan G. Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2017; 68:96-106.
10. Charak R, Jong JTV, Berckmoes LH, Ndayisaba H. Assessing the factor structure of the childhood trauma questionnaire, and cumulative effect of abuse and neglect on mental health among adolescents in conflict-affected Burundi. *Child Abuse & Neglect* 2017; 72:383-392.
11. Abranches CD, Assis SG, Pires TO. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2995-3006.
12. Zappe JG, Dell'Aglia DD. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *J Bras Psiquiatr* 2016; 65:44-52.
13. Lopes CS, Faerstein E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário auto preenchido: Estudo Pró-Saúde. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(3):126-33.
14. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test. World Health Organization (Geneva) (2001).
15. Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007; 23(3):287-294.

16. McLaughlin K, Brent D, Hermann R. *Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis* [periódico na internet]. 2017 agosto [acessado em 2015 maio 20]: [cerca de 16 p]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>.
17. Tribunal de Justiça do Maranhão. Violência doméstica contra a mulher: dados estatísticos da Vara Especializada da Comarca de São Luís. São Luís, 2015. Disponível em: <http://gerenciador.tjma.jus.br/app/webroot/files/publicacao/408366/relatorio_pesquisa_social_2015_10032015_1332.pdf>. Acesso em 30 mar. 2018.
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/>. Acesso em 30 mar. 2018.
19. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. Atlas da violência 2017 junho [acessado 2018 mar 15]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf.
20. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>.
21. Lee Y, Kim S. Childhood maltreatment in South Korea: retrospective study. *Child Abuse and Neglect* 2011; 35:1037-1044.
22. Costa EM, Souza RLV. Trabalho infantil: um estudo sobre os danos biopsicossociais percebido pelos pesquisadores. *Aletheia* 2015; 46:131-141.
23. Frenzel HS, Bardagi MP. Adolescentes trabalhadores brasileiros: um breve estudo bibliométrico. *Rev Psicologia* 2014; [acessado 2018 mar. 18];14(1):79-88. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n1/v14n1a07.pdf>.

24. Dutra-Thomé LD, Pereira AS, Koller SH. O desafio de conciliar trabalho e escola: características sociodemográficas de jovens trabalhadores e não-trabalhadores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2016; 32(1):101-109.
25. Kristensen CH, Leon JS, D’Incao DB, Dell’Aglia DD. Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia* 2004; 8(1):45-55.
26. Haller M, Chassin L. Risk Pathways Among Traumatic Stress, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and Alcohol and Drug Problems: A Test of Four Hypotheses. *Psychol Addict Behav* 2014; 28(3):841-851.
27. Benetti C, Borges C, Medina-Mora ME. Chronic Childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *J Psychiatr Res* 2010; 44:732-740.
28. Furtado XL, Assis GS, Oliveira TP, Avanci JQ. Violência Comunitária e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online]. 2013 [acessado 2017 nov 12]; 26(3):443-450. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18828877003>>.
29. Nardi FL, Hauck N, Dell’Aglia DD. Preditores do Comportamento Antissocial em Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2016; 32(1):63-70.
30. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *JAMA Pediatrics* 2013; 167:614-621.
31. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia Teoria e Pesquisa* 2004; 20(2):135-143.
32. Vaillan GE. Involuntary coping mechanisms: A psychodynamic perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2011; 13:366-370.

33. Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEV, Harrison JP, Lambert HK, Briggs EC et al. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2017; 46(3); 303-330.
34. Ribeiro FML, Minayo MCS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 9(6):1773-1789.

6.2 Artigo 2

**Transtorno de Estresse Pós-Traumático associado à Violência
Psicológica em adolescentes de uma coorte**

Submetido à Cadernos de Saúde Pública – CSP: Qualis A2

RESUMO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um dos quadros psicopatológicos mais frequentes, associados a diferentes eventos traumáticos. Analisou-se a influência da ocorrência de violência psicológica no desenvolvimento de TEPT. Trata-se de estudo transversal com dados de uma coorte de nascimento retrospectiva e prospectiva cujo seguimento foi realizado em 2016. Utilizou o modelo de Escore de Propensão como método para inferência causal, o que nos permitiu a homogeneidade dos grupos da amostra e a permutabilidade adequada entre eles, com controle dos possíveis fatores de confundimento. A associação entre violência e TEPT foi estimada pelo OR e IC 95% por meio da regressão logística binária bruta e estruturada (ponderada pelo Inverso da Probabilidade de Seleção). Verificou-se que 30,3% referiram ter sofrido violência severa. A prevalência do TEPT foi de 4,8% entre os expostos contra 1,5% nos não expostos à violência. Observou-se associação da violência severa com o TEPT nas duas análises realizadas, porém, a magnitude no modelo estruturado pelo Escore de Propensão (OR:1,97; IC95%: 1,08-3,56) indicou ajuste da medida de associação da análise bruta (OR:3,40; IC95%: 2,03-5,69). Esses resultados indicam a importância da prevenção da violência controle das manifestações, tanto a nível cognitivo quanto somático de sofrimento, e suas repercussões na vida adulta.

Palavras-chave: Adolescente. Violência psicológica. Transtorno de Estresse Pós-traumático.

SUMMARY

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is one of the most frequent psychopathological conditions associated with different traumatic events. The influence of the occurrence of psychological violence in the development of PTSD was analyzed. This is a cross-sectional study with data from a retrospective and prospective birth cohort whose follow-up was carried out in 2016. It used the Propensity Score model as a method for causal inference, which allowed us to homogeneity of the sample groups and adequate interchangeability among them, with control of possible confounding factors. The association between violence and PTSD was estimated by the OR and 95% CI by means of the gross and structured binary logistic regression (weighted by the Probability of Selection). It was found that 30.3% reported severe violence. The prevalence of PTSD was 4.8% among those exposed compared to 1.5% in those not exposed to violence. There was an association between severe violence and PTSD in both analyzes, but the magnitude in the model structured by the Propensity Score (OR: 1.97; 95% CI: 1.08-3.56) indicated an adjustment of the association measure of the crude

analysis (OR: 3.40; 95% CI: 2.03-5.69). These results indicate the importance of prevention of violence control of manifestations, both cognitive and somatic of suffering, and its repercussions in adult life.

Keywords: Adolescent. Psychological violence. Posttraumatic Stress Disorder.

INTRODUÇÃO

Teoricamente os transtornos psiquiátricos têm um ponto em comum na sua patogenia em relação ao intrapsíquico e genético-molecular que é a associação de fatores ambientais^{1,2}. Como seus representantes estão os fenômenos traumáticos dependentes de condições sociais, econômicas, culturais e políticas a serem abordadas: como guerras, desastres naturais e maus-tratos^{1,3}. De acordo com a literatura científica, as situações adversas ocorridas na infância e adolescência, tais como abusos e negligência, perda de entes queridos, desarranjos na estrutura familiar, falta de suporte familiar, restrição social e, sobretudo, a violência interpessoal, seja ela sofrida ou presenciada, funcionam como importantes preditores para o desenvolvimento de psicopatologias, o que ocasionam fortes prejuízos sociais e profissionais^{1,3,4,5}.

Apesar da grande associação entre eventos estressores e distúrbios psicopatológicos em diferentes fases da vida ser bastante proferida, os diferentes tipos de eventos, ainda continuam, em grande parte, na invisibilidade em todas as áreas de concentração, sejam políticas, social e sistema de saúde^{1,4,5}. O TEPT é um transtorno psiquiátrico e debilitante, que afeta indivíduos vulneráveis após exposição a um evento traumático, que pode ocorrer em qualquer faixa etária. Contudo, requer atenção especial na adolescência, em uma fase de desenvolvimento onde a individualidade é formada, pois os danos causados repercutem não só a curto e médio prazo como também na vida adulta⁶. Embora tenha que haver exposição a um evento traumático para o desenvolvimento de TEPT, apenas parte dos indivíduos expostos desenvolvem o distúrbio. Essa condição é influenciada por fatores como características da personalidade, status socioeconômico, gênero e o tipo de evento traumático.

A prevalência de TEPT varia amplamente entre estudos e sofre influência da diversidade no contexto socioeconômico e cultural de cada população estudada, indiferente aos diversos instrumentos utilizados^{1,5}. Muito do que se sabe sobre a prevalência de TEPT em adolescentes, advém de pesquisas realizadas em vítimas expostas a perda de um ente querido, desastres naturais, violência comunitária, física e sexual. As taxas em estudos internacionais variam entre 7,6% a 50%, onde os extremos são mais frequentes em vítimas de violência sexual^{1,3,4,5}. No Brasil, pesquisas que utilizaram amostra com crianças e adolescentes, encontraram prevalência de 6,5%, em vítimas de violência

comunitária⁷. Na população geral essa taxa sobe para 40% nas vítimas de violência interpessoal, sobretudo a do tipo sexual^{8,9}. Os principais eventos traumáticos observados em nossa população são violência comunitária, violência doméstica, perda de ente querido e acidentes automobilísticos^{7,8,9}.

Ainda são escassos os estudos em que analisam a violência psicológica, de maneira isolada, como evento estressor associado ao desenvolvimento de TEPT. Isto pode ser explicado quando se lembra o quão recente é a atenção voltada para este tipo de abuso, por ser considerada, na maioria das vezes, associada às demais formas de violência, o que a torna negligenciada, além de poder ser detentora do maior percentual de efeitos danosos às vítimas^{1,5,6}. A adolescência é a fase que se caracteriza por marcantes mudanças que direcionam o ser humano a um crescimento fisiológico com rápido desenvolvimento cerebral, seguido por mudanças psicológicas, cognitivas e sociais. É nessa fase que o indivíduo se depara com situações conflitantes, adotando, na maioria das vezes, alterações comportamentais, que podem camuflar uma situação de violência, que esteja sendo vivenciada.

Analisar a violência psicológica como risco para o desenvolvimento de TEPT em adolescentes se torna relevante, a partir do momento que se fornece informações de um grupo populacional onde a vulnerabilidade é tão presente, além de ser útil na prestação de cuidados adequados na prevenção primária e secundária do TEPT. Com isso, o presente estudo tem como objetivo analisar a influência da ocorrência de violência psicológica, na forma severa, associada ao desenvolvimento de TEPT.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal que utilizou dados de uma coorte de nascimento mista (retrospectiva e prospectiva), iniciada em março de 1997. Em 2016, São Luís, em projeto conjunto com Pelotas (RS) e Ribeirão Preto (SP), desenvolveu novo seguimento dessa coorte de nascimento, cujos sujeitos têm 18/19 anos de idade.

Foi utilizado questionário autoaplicado que abordou aspectos individuais, familiares, sociais, além de experiência com violência psicológica e presença de eventos estressores. Fizeram parte desta pesquisa 2.486 adolescentes.

Para se estimar a variável de exposição, foi investigado violência psicológica nos últimos doze meses, definida como aquela em que a vítima é desqualificada em suas capacidades, potencialidades, desejos e emoções; e, ainda, cobrada excessivamente por pessoa significativa ao seu relacionamento¹⁰. O instrumento utilizado foi a Escala de Violência Psicológica¹⁰. Essa escala avalia as experiências vividas por jovens que foram diminuídos em suas qualidades, capacidades, desejos, emoções, além de serem, excessivamente, cobrados por pessoas significativas em seu convívio. É constituída por dezoito itens com opções de respostas que variam do “nunca” até o “sempre”, sendo adaptada transculturalmente à realidade brasileira, apresentado propriedades psicométricas de α de

Cronbach de 0,91 e Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) de 0,8629¹¹. Considerou-se a categoria de referência como violência não severa (raramente/às vezes); severa (quase sempre/sempre).

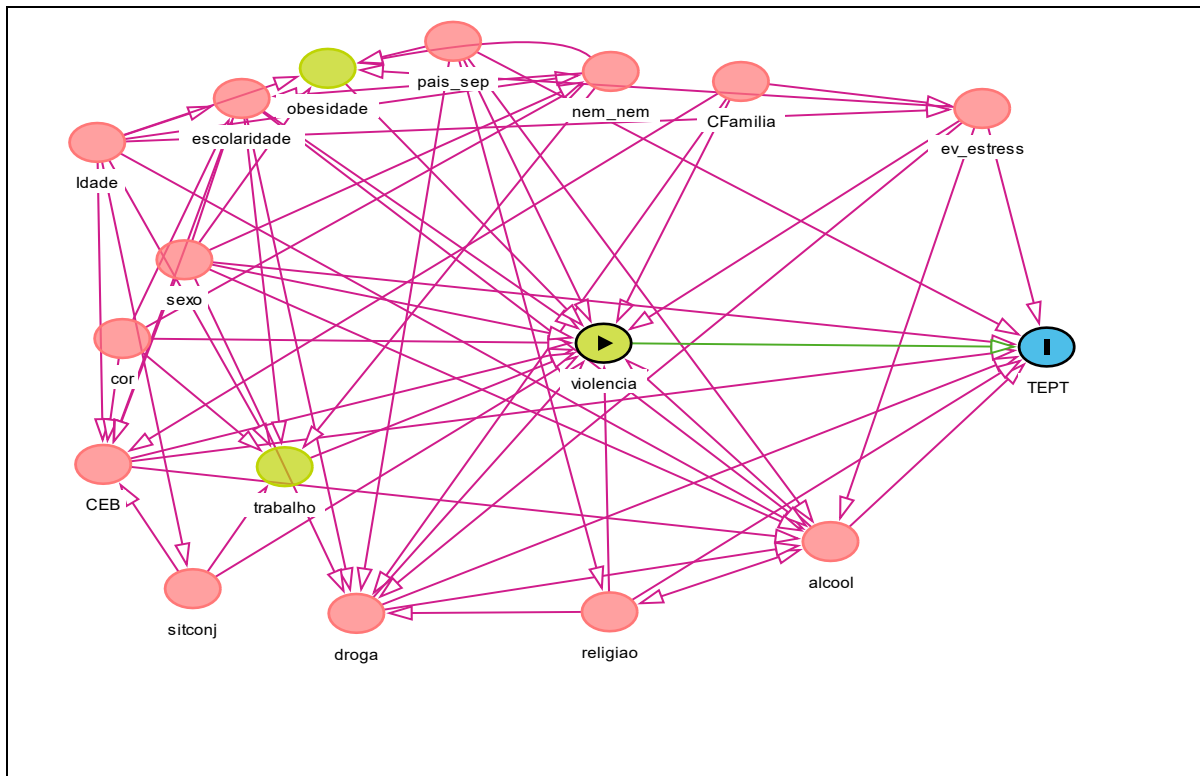
Como desfecho foi avaliado o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) definido segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – IV, realizado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA)¹². Foi utilizado o questionário Mini (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). Trata-se de entrevista diagnóstica breve padronizada, compatível com os critérios do DSM-IV e do CID-10. Utilizou-se a versão *Plus* do MINI, mais detalhada, que compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV¹². Aborda sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. No entanto, para esta pesquisa, foi utilizado apenas o Módulo I (Transtorno de Estresse Pós-Traumático), com cinco itens de “sim” ou “não”, com início dos sintomas a partir dos últimos trinta dias. Foram considerados para diagnóstico aqueles que responderam “sim” nos itens: *revivência do evento traumático; esquiva persistente de estímulos associados ao evento e entorpecimento da responsividade geral e sintomas persistentes de excitabilidade*.

Entre o conjunto de covariáveis utilizadas estão fatores econômicos e sociodemográficos dos adolescentes: sexo (masculino e feminino), idade completa em anos, cor da pele (branca; não branca), Índice de Massa Corpórea - IMC - (Índice de Massa Corporal): obesidade grau I – 30.0 – 34.9; obesidade grau II – 35.0 – 39.9; obesidade grau III - ≥ 40 ; escolaridade (1 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; 12 anos ou mais), classe econômica (A; B; C; D/E); fatores estruturais da família: pais separados (sim ou não); chefe de família (pai, mãe e outros), situação conjugal do adolescente (com ou sem companheiro); atividade laboral (sim ou não); prática religiosa (sim ou não); nem trabalha nem estuda (sim ou não); fatores comportamentais: uso de drogas ilícitas (sim ou não); consumo de álcool (baixo < 8/alto risco ≥ 8 , utilizando o instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)¹⁴; eventos estressores: utilizaram-se oito itens incluídos no Questionário Auto Aplicado. Consistem em adoecimento que resultou em afastamento das atividades diárias por mais de um mês; internação hospitalar devido à ocorrência de doença ou acidente; óbito de parente próximo; problemas financeiros severos; mudança forçada de moradia; separação ou divórcio; agressão física; e assalto ou roubo. Os itens foram mensurados usando uma lista com respostas dicotômicas (sim, não).

Para análise dos fatores de confundimento ou de colisão e seleção das variáveis de ajuste, utilizou-se o Gráfico Acíclico Direcionado (DAG), através do *software DAGitty 2.2*[®], que codifica uma teoria ou pressupostos acerca da estrutura causal de um problema, com base na literatura. Sua utilização na modelagem causal reforça a noção de que a causalidade implica direcionalidade de influência. Através de regras gráficas, utilizou-se o critério da porta de trás para identificar o conjunto

mínimo de variáveis necessárias para ajuste para viés de confundimento, ao mesmo tempo em que se evita ajuste para colidores, para não provocar viés de colisão. A Figura 1 apresenta o modelo teórico.

Figura 1 - DAG¹ utilizado para direcionamento do ajuste dos fatores de confusão.



Fonte: Autoria própria.

Nota: 1- Gráfico Acíclico Direcionado

A análise se deu por meio da exposição (violência psicológica – categórica) e desfecho (TEPT – categórica). As variáveis incluídas no conjunto de ajuste mínimo indicadas pelo DAG foram: sexo, classe econômica, situação conjugal dos pais, prática religiosa, evento estressor, consumo de álcool e uso de drogas ilícitas.

Para se obter a homogeneidade entre os grupos de comparação em relação às covariáveis, foi utilizado o Escore de Propensão (EP)^{15,16} em duas etapas. Inicialmente, o EP foi definido segundo as probabilidades condicionais de um indivíduo ser exposto (sofrer violência), dado o conjunto de covariáveis observadas. Ele é sumarizado por uma única variável que considera simultaneamente todas as potenciais covariáveis de confusão. Assim, indivíduos com o mesmo escore de propensão tem a mesma distribuição de covariáveis observadas, independente de sofrer ou não violência. O EP foi estimado por meio de regressão logística binária com o método de verossimilhança.

Em seguida, utilizou-se o EP para se criar o inverso da probabilidade de seleção [IPS]. Dessa forma, atribuiu-se uma probabilidade para cada adolescente, sendo $1/IPS$ para aqueles que compoem

o grupo de expostos e $1/(1-IPS)$ para aqueles do grupo não expostos^{15,16}. Essa condição tornou os dois grupos mais homogêneos e comparáveis entre si.

Para os dois grupos foram estimados a proporção das covariáveis selecionadas para compor o modelo de estimação do EP antes e depois da ponderação pelo IPS, a fim de se verificar o padrão de distribuição dessas covariáveis entre os grupos de estudo. Análises com teste Qui-quadrado de Pearson foram realizadas para verificar o nível de significância estatística do desbalanceamento das covariáveis antes e depois do controle pelo EP, alcançando-se a homogeneidade quando a probabilidade do teste foi $> 0,05$.

Para verificação de associação entre as variáveis de confundimento e a variável de exposição (VP) foi utilizado modelo de regressão logística múltiplo (nível de significância de 5%). As prevalências e seus intervalos de confiança a 95% (IC95%) foram estimadas para a ocorrência de TEPT, segundo a variável de exposição, antes e depois da ponderação pelo IPS. A associação entre ocorrência de VP e TEPT foi estimada pelo OR (*Odds Ration*) e IC 95% por meio da regressão logística binária bruta e estruturada (ponderada pelo IPS). As análises foram realizadas no *software* STATA® versão 14.0.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) da UFMA, parecer nº 223/09 e registro 350/08, atendendo às exigências da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Após esclarecimentos sobre o estudo, os adolescentes que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Entre os 2.486 adolescentes estudados, a prevalência de violência psicológica na forma severa foi de 30,3%. A prevalência do TEPT foi de 2,5%, sendo 4,8% entre os expostos à VP, contra 1,5% entre os não expostos. Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 1). Foram excluídos 318 adolescentes com dados faltantes (*missings*) em alguma das variáveis estudadas na análise.

Os fatores associados à violência psicológica severa, segundo análise de regressão logística múltipla, foram sexo feminino (OR: 1,52; IC 95%: 1,25-1,85), consumo de álcool (OR: 1,82; IC 95%: 1,42-2,33), uso de drogas ilícitas (OR: 1,66; IC 95%: 1,33-2,08), além da presença de evento estressor, o qual mais se associou à ocorrência de violência psicológica severa (OR: 2,77; IC 95%: 2,25-3,40).

Tabela 1. Distribuição da violência psicológica e transtorno de estresse pós-traumático em adolescentes, (n=2.486), São Luís - MA, 2018.

Violência Psicológica severa	Transtorno de estresse pós-traumático						<i>p-valor*</i>
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	37	4,8	735	95,2	772	30,3	0,0001
Não	25	1,5	1.689	98,5	1.714	69,7	
Total	62	2,5	2.424	97,5	2.486	100,0	

Nota: Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 2 apresenta-se as covariáveis utilizadas no ajuste antes e depois de ponderar pelo IPS. Através do teste Qui-quadrado de Pearson observou-se o nível de significância estatística do desbalanceamento das covariáveis antes do controle pelo EP, e a recuperação da homogeneidade da distribuição das mesmas entre os grupos, observada pela probabilidade do teste que foi $>0,05$, para todas covariáveis, após o controle pelo EP. As covariáveis utilizadas no ajuste foram sexo feminino, possuir pais separados, ausência de prática religiosa, possuir hábitos de vida não saudáveis – consumo de álcool e drogas ilícitas – além da presença de eventos estressores, à exceção da classe econômica.

Na Figura 2 mostra-se a análise gráfica por meio de box-plot que demonstrou o padrão da distribuição do EP segundo a ocorrência de VP. Observou-se *outliers* no conjunto de dados, representando dados com grande afastamento do padrão da amostra. Após a ponderação pelo EP houve melhor distribuição.

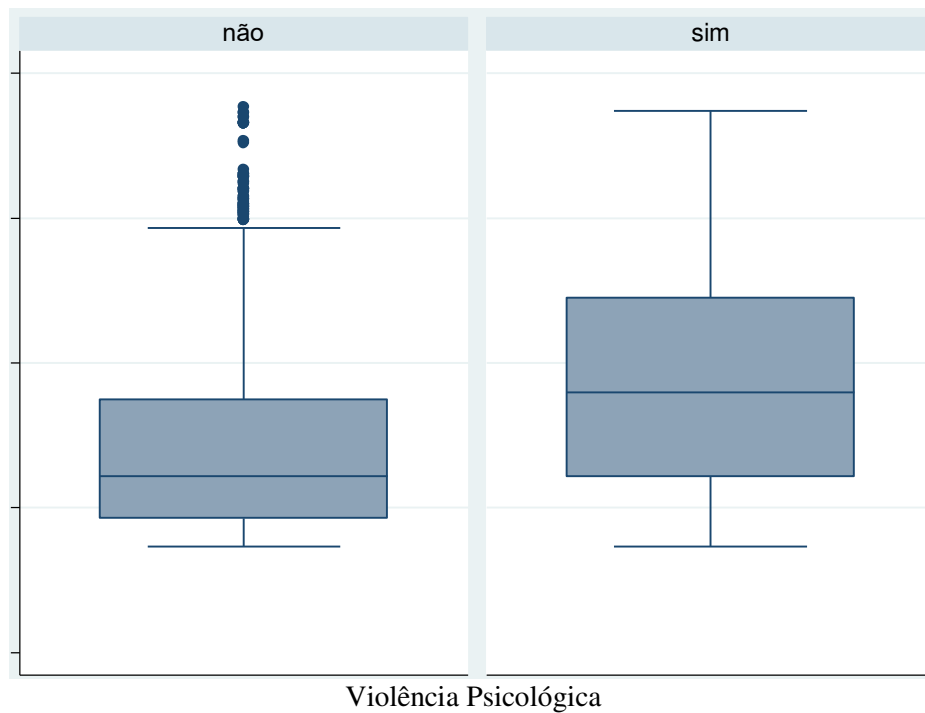
Tabela 2. Características de adolescentes (n=2.486) que sofreram ou não violência psicológica severa, antes e depois de ponderar pelo IPS¹, São Luís - MA, 2018.

Covariáveis	Amostra antes da ponderação pelo IPS ¹			Amostra depois da ponderação pelo IPS ¹		
	Exposição a violência psicológica severa		<i>p</i> -valor ²	Exposição a violência psicológica severa		<i>p</i> -valor ²
	Sim	Não		Sim	Não	
	(n=772)	(n=1.720)		(n=1.827)	(n=1.507)	
	%	%		%	%	
Sexo						
Feminino	34,2	65,8	0,001	49,5	50,5	0,72
Masculino	27,6	72,4		50,3	49,7	
Classe Econômica						
A	34,4	65,6	0,641	56,6	43,4	0,42
B	29,3	70,7		47,3	52,7	
C	31,9	68,1		50,9	49,1	
D/E	31,9	68,1		49,1	50,9	
Situação conjugal dos pais						
Sem companheiro	33,7	66,3	0,006	49,9	50,1	0,99
Com companheiro	28,5	71,5		49,9	50,1	
Prática religiosa						
Não	34,3	65,7	0,023	49,8	50,2	0,95
Sim	29,7	70,3		49,9	50,1	
Evento Estressor						
Não	24,6	75,4	0,001	49,9	50,1	0,99
Sim	49,5	50,5		49,9	50,1	
Consumo de álcool						
Baixo risco (<8)	27,4	72,6	0,001	49,9	50,1	0,95
Alto risco (≥8)	46,0	54,0		49,9	50,1	
Uso de drogas ilícitas						
Não	26,7	73,3	0,001	49,8	50,2	0,90
Sim	43,6	56,4		50,1	49,9	

Notas: 1 - Inverso da Probabilidade de Seleção do Escore de Propensão Estimado

2 – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Figura 2. Box-plot para verificação da distribuição do Escore de Propensão segundo ocorrência de violência em adolescentes (n=2.486), São Luís - MA, 2018.



A Tabela 3 apresentou a estimação do impacto da violência psicológica na forma severa sobre o TEPT. Observou-se associação da VP severa com TEPT nas duas análises realizadas, porém a magnitude no modelo estruturado pelo EP (OR:1,97; IC95%: 1,08-3,56) indicou ajuste da medida de associação da análise bruta (OR:3,40; IC95%: 2,03-5,69). Adolescentes vítimas de VP severa tiveram 1,97 mais chances de desenvolver TEPT após a regressão binária estruturada (ponderada pelo IPS).

Tabela 3. Transtorno de Estresse Pós-Traumático associado à ocorrência violência psicológica severa segundo regressão logística bruta e estruturada pelo IPS de adolescentes (n=2.486), São Luís - MA, 2016.

Exposição à Violência Psicológica Severa	Transtorno de Estresse Pós-Traumático			
	Análise Bruta		Ponderada pelo IPS ¹ do EP estimado	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Não	--	--	--	--
Sim	3,40	2,03 – 5,69	1,97	1,08 – 3,56

Notas: 1- Inverso da Probabilidade de Seleção do Escore de Propensão Estimado.

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o risco de desenvolvimento de TEPT associado à ocorrência de VP severa. A violência psicológica do tipo severa esteve associada, significativamente ao risco aumentado de desenvolvimento de TEPT. Ser do sexo feminino, possuir hábitos de vida não saudáveis (uso de álcool e drogas ilícitas) e ter sofrido algum evento estressor, estiveram associados à ocorrência de VP severa. Esse estudo contribui para escassa literatura sobre a exposição de violência psicológica e sua associação com o desenvolvimento de TEPT, semelhante a outros estudos^{17,18}, confirmado o impacto negativo dessa forma de abuso na saúde mental do indivíduo.

Contudo, como contribuição adicional, nosso estudo utilizou o modelo de Escore de Propensão como método para inferência causal, o que nos permitiu a homogeneidade dos grupos da amostra e a permutabilidade adequada entre eles, com controle dos possíveis fatores de confundimento. Observou-se associação da VP severa com TEPT nas duas análises realizadas, porém a magnitude no modelo estruturado pelo EP indicou ajuste da medida de associação da análise bruta, confirmando com maior robustez, essa associação. O tempo de exposição, que no caso foi a violência psicológica, precedeu em 12 meses os sintomas de TEPT, o que nos permitiu a linha de temporariedade.

Como outro ponto forte, temos o tamanho da amostra que é representativo e de base populacional, proporcionando correlações significativas. Esse estudo abordou apenas a população de adolescentes em uma fase mais tardia da adolescência, cuja avaliação cognitiva pode ser melhor percebida, além de utilizarmos instrumentos específicos, adaptados à nossa realidade sociocultural. E, ainda, a utilização do DAG para construção do modelo teórico e de seleção do conjunto mínimo de covariáveis necessárias para o ajuste.

Como limitação desse estudo, podemos citar que foram utilizados para diagnóstico de TEPT os critérios centrais de TEPT, conforme delineados pelo DSM-IV¹². Mais recentemente, o diagnóstico de TEPT com o DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013)¹⁹, sofreu mudanças importantes. Porém, essas alterações dizem respeito, especialmente em relação às crianças pré-escolares. De acordo com os critérios do DSM-IV a prevalência do TEPT entre crianças em idade pré-escolar pode ser subestimada em relação às crianças mais velhas e adultos, possivelmente devido a percepções imaturas das crianças aos eventos, ou a baixa sensibilidade dos critérios atuais para detectar as peculiaridades das manifestações do TEPT. Os critérios de TEPT para crianças mais velhas, adolescentes e adultos quase não foram alterados desde o DSM-IV. Os adolescentes, em nossa amostra, foram investigados praticamente ao final da adolescência, isso corrobora para o melhor discernimento em relação à percepção dos sintomas e eventos desencadeadores de TEPT.

São Luís, região metropolitana do Estado do Maranhão, possui, de acordo com o último censo pelo IBGE²⁰, 1.014.837 pessoas, com renda mensal em média de 3.1 salários mínimos. Em 2010, os índices de homicídio durante a adolescência, foi de 2,19 por 100 mil habitantes. A evolução das taxas de homicídios entre 2010 e 2015, de modo geral, se apresentou de forma diferenciada entre as regiões brasileiras com diminuição do indicador para região Sudeste e certa estabilidade na região Sul, ao passo que as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste apresentaram um crescimento acentuado. O Maranhão apresentou taxa de homicídio igual a 52,8%, nesse período, sendo que a capital, São Luís, ocupou o segundo lugar do país nas estatísticas de violência. A juventude pobre e negra é protagonista principal nesse cenário, sobretudo em áreas da periferia marcadas por demandas sociais e ambientais.

Em 2010, os tipos mais frequentes de denúncias registrados contra essa população, no Maranhão, foram violência física (29,5%) e negligência (28,68%), seguidas da violência sexual (23,11%) e psicológica (19,67%). Em 2011 o Maranhão foi o quinto Estado brasileiro com maior número de denúncias envolvendo crianças e adolescentes, sendo o maior percentual representado pela violência sexual. O fato da VP, na maioria das vezes representar o percentual menor das notificações, comprova o quando ela pode ser negligenciada, ou mesmo, como não deixa marcas visíveis, ser de difícil de percepção^{2,5,17,18}. A partir de 2012 houve um aumento das internações de adolescentes em conflito com a lei, correspondente a 106% na década. O perfil dos infratores condiz à situação de pobreza e exclusão social²¹.

A nossa análise é consistente com os critérios diagnósticos centrais, utilizados para o TEPT, os quais exigem que um evento seja subjetivamente experimentado como uma ameaça a si mesmo, ou a outros. Essas respostas são frequentemente vistas como associadas à exposição por violência física e sexual e, em menor frequência, por violência psicológica^{2,5,17,22}. Sullivan et al.¹⁷, avaliando adolescentes vítimas de diferentes tipos de violência interpessoal, encontraram que a VP se apresentou como único preditor significativo de gravidade do TEPT, com predomínio maior do sexo feminino. Esses mesmos autores afirmaram que a VP pode ser mais prejudicial do que as outras formas de violência, devido ao caráter silencioso e ausência de evidências físicas. Entre as limitações dessa análise, os autores citaram a falta de homogeneidade da amostra e a inclusão de algumas formas de abuso, como *bullying*, perpetrado por familiares e colegas. Isso por dificuldade na definição precisa de VP, o que pôde levar a uma alta prevalência.

Vários estudos obtiveram os mesmos achados em relação ao gênero, ou seja, as mulheres são mais propensas a desenvolver TEPT seguido ao trauma. Panuzio et al.¹⁸, observaram que a violência psicológica sofrida por mulheres, perpetrada por parceiro íntimo, estava fortemente associada ao TEPT. E que esse tipo de transtorno estava associado a problemas comportamentais em filhos. Não se sabe ao certo o que leva a diferença de gênero, contudo, as mulheres apresentam diferentes

respostas ao estresse fisiológico com internalização dos sintomas^{3,22,23}. Isso explicado, também, do ponto de vista cultural, onde assumem atitudes mais passivas e coerentes socialmente.

Cabe lembrar, também, que muitos estudos são provenientes de amostras de conveniência, com predomínio do sexo feminino^{5,18}. Daí esse comportamento mais evidente em adolescentes do sexo feminino, provoca reações de evitação e revivescia dos eventos traumáticos. Os fatores familiares estão claramente relacionados ao desenvolvimento de TEPT na juventude^{22,23,24}. As respostas condicionadas ao medo, diante de um evento estressor, tendem a aumentar à medida que começam a sentir ameaças de eventos semelhantes^{25,26}.

McLaughlin et al.¹, verificaram, em uma pesquisa nacional de adolescentes com idade entre 13 e 17 anos, 4,7% desenvolveram TEPT após serem expostos a diferentes eventos, entre eles violência interpessoal. Os autores explicam que o fato de jovens do sexo feminino testemunharem ou sofrerem algum tipo de violência, pode levar a envolvimento emocional maior em comparação aos adolescentes do sexo masculino. A influência da resposta ao estresse fisiológico na mulher pode ser mais exacerbada. É provável, ainda, que a exposição à violência na comunidade provoque forte resposta ao estresse devido à sua imprevisibilidade.

Dos eventos estressores investigados associados à ocorrência de violência psicológica, os que mais se destacaram, em nossa análise, foram medo ou insegurança no bairro (74,0%), assalto com uso de arma de fogo (60,2%) e morte de uma pessoa próxima (45,7%). Em 2015, modalidades criminosas, como roubos em geral, no Estado do Maranhão, alcançaram o recorde histórico, com média mensal de 4.233 roubos²¹. As consequências não fatais da violência constituem, em sua maior parte, alterações na saúde mental e comportamentais, representadas por ansiedade, depressão, dependência de álcool e drogas, além de abandono escolar e dificuldades recorrentes de relações interpessoais²⁵.

Bordin et al.²⁷, em estudo prospectivo onde analisaram a ocorrência de violência intrafamiliar, comunitária e na escola associadas a problemas de saúde mental e sintomas específicos de TEPT, em cidade brasileira de baixa renda, observaram que 6,2% dos adolescentes estiveram expostos a um ou mais eventos traumáticos na comunidade e a prevalência de TEPT foi de 5,4%. Das diferentes formas de violência intrafamiliar, a física se destacou (10,4%).

Geralmente a autoconfiança desenvolvida pelo adolescente advém do apoio emocional existente no ambiente familiar, relações sociais e religião. Essas condições facilitam o manejo do estresse das experiências traumáticas, pois o ponto principal ao desenvolvimento da resiliência está em como os indivíduos percebem sua capacidade de lidar com os eventos e controlar seus resultados^{2,5,28,29}. Estudos comprovaram que situações que promovem a capacidade adaptativa a diferentes tipos de eventos estressores, funcionam como fatores protetores nesse contexto^{28, 30, 31, 33}.

Teche et al.³², investigaram a associação entre resiliência e TEPT entre vítimas brasileiras de violência urbana, maiores de 18 anos. Detectaram que aqueles que desenvolveram TEPT

apresentaram níveis mais baixos de resiliência em relação ao grupo controle, além de maiores taxas de abuso físico e emocional na infância. Ainda nesse estudo, 85% da amostra foi composta por mulheres, o que corrobora com nossos achados, além de outros autores, e demonstra que as mulheres têm um risco maior de desenvolver TEPT, quando expostas a um evento traumático, em relação aos homens.

Problemas de comportamento podem ser tanto preditores para a exposição à violência quanto consequência desta exposição, havendo uma relação bidirecional. Em nossa análise, hábitos não saudáveis como, uso de drogas ilícitas e álcool, estiveram associados à ocorrência de VP na sua forma severa, o que pode ser plausível, quando se pensa que esses adolescentes, quando usuários, passam apresentar comportamentos impulsivos. E isso está fortemente associado ao risco de desenvolver TEPT, segundo a literatura. As alterações comportamentais proporcionam ao adolescente a vulnerabilidade de maus tratos pelo seu cuidador, o que fragiliza mais as relações parentais³¹.

Problemas de saúde mental presentes em adolescentes implicam altos custos sociais e econômicos, pois, frequentemente, evoluem para condições de incapacitação em etapas posteriores da vida. Com isso, representam um importante desafio de saúde pública. Medidas preventivas podem ajudar a prevenir o desenvolvimento e a progressão de transtornos mentais, e a intervenção precoce pode funcionar como limitação da sua gravidade. A promoção da saúde mental, a prevenção, bem como o tratamento oportuno, também reduz a carga sobre os sistemas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adolescentes vítimas de VP têm um risco substancial de desenvolver TEPT. Deve-se levar em conta as mudanças no desenvolvimento sociocultural e diferentes medidas contextuais com relação às medidas de avaliação. Dada a escassez de avaliações sobre essa diferente forma de violência e associação significativa ao TEPT, esse estudo nos possibilita enfatizar a importância da identificação desses adolescentes, apontando metas específicas no tratamento. A contribuição principal dessa abordagem é identificar as exposições de maneira precoce, proporcionando a essas vítimas a capacidade de gerenciamento sobre as diferentes respostas que venham a apresentar. Isso pode garantir o controle de manifestações, tanto a nível cognitivo quanto somático de sofrimento, com possível controle das consequências desse tipo de transtorno, sobretudo na vida adulta.

REFERÊNCIAS

1. McLaughlin KA, Koenen KC, Eric Hill MSPH, Petukhova M, Sampson NA Zaslavsky AM et.al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 52(8):815-830.

2. Miller-Graff LE, Scrafford K, Rice C. Conditional and indirect effects of age of first exposure on PTSD symptoms. *Child Abuse and Neglect* 2016; [s. 1.] 51:303-312. [acessado 2018 Nov 27]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.003>.

3. Kearney CA *et al.* Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2010; [s. 1.] 13(1): 46-76.

4. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder. *The international Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2012 [s. 1.].

5. Abranches CD, Assis SG. A (in) visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(5):843-854.

6. Satyanarayana VA, Prabha SC, Krishna V. ‘Mental Health Consequences of Violence against Women and Girls’. *Current Opinion in Psychiatry* 2015; 28: 350–56. [acessado 2018 Jul 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000182>.

7. Ximenes LF, Oliveira RV, Assis SG. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância TT - Violence and post-traumatic stress disorder in childhood. *Ciênc. Saúde Colet* 2009; [s. 1.] 14(2): 417-433. [acessado 2018 Nov 21] Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200011.

8. Luz MP et al. Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population. *Journal Psychiatric Research* 2016; [s. 1.] 72: 51-57.

9. Pupo MC, Serafim PM, Mello MF. Health-related quality of life in posttraumatic stress disorder: 4 years follow-up study of individuals exposed to urban violence. *Psychiatry Research* 2015; [s. 1.] 228(3): 741-745.

10. Pitzner JK, Drummond PD. The Reliability and Validity of Empirically Scaled Measures of Psychological/Verbal control and Physical/Sexual Abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosom Res* 1997; 43(2):125-142.
11. Pesce RP *et al.* [Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale]. *Cad Saude Publica*, [s. l.], 2005.
12. Associação de Psiquiatria Americana (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
13. Moura GO, Alchieri JC, Lucena MC. Expression of Posttraumatic Stress Disorder indicators in firefighters Expresión de los indicadores de trastorno de estrés post-traumático en bomberos. *Bol. Acad Paul Psicologia* 2014; [s. l.] 34(86): 139-150.
14. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test. World Health Organization (Geneva) (2001).
15. Lopes CS, Faerstein E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(3):126-33.
16. Oakes JM, Johnson P. Propensity score matching for social epidemiology. In: Oakes JM, Johnson P (Orgs). *Methods in social epidemiology*. Jossey-Bass, A Wiley Imprint 2006; 370-392.
17. Hahs-Vaughn DL. Propensity Score Analysis with complex survey samples. In: Pan W, Bai H. (Orgs). *Propensity score analysis: fundamentals and developments*. The Guilford Press 2015; 237-264.
18. Sullivan TP *et al.* Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. In: *J Traumatic Stress* 2006, *Anais...* [s.l: s.n.]
19. Panuzio, J. *et al.* Relationship abuse and victims' posttraumatic stress disorder symptoms: Associations with child behavior problems. *Journal Family Violence* 2007; [s. l.] 22(4): 177-185.

20. Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Rev Bras Ter Comp Cogn*. 2014; 16(1): 67-82.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatística*. 2014.
22. Sociedade Maranhense de Direitos Humanos Monitoramento da Violência no Maranhão – SMDH. 2017. [acessado 2018 Nov 27]. Disponível em: <http://smdh.org.br/boletim-monitoramento-da-violencia-2017>.
23. Koen, N. et al. Psychological trauma and posttraumatic stress disorder: Risk factors and associations with birth outcomes in the drakenstein child health study. *European J Psychotraumatology* 2016; [s. l.] 7: 1-13.
24. Zerach G, Elklit A. Polyvictimization and Psychological Distress in Early Adolescence: A Mediation Model of Defense Mechanisms and Coping Styles. *J Interpersonal Violence* [periódico na internet]. 2017 junho [acessado 2018 jan 20]; [cerca de 25 p.]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260517716944>.
25. Trichett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect* 2009; 33:27-35.
26. Butchart A, Mikton C. Global status report on violence prevention 2014. Geneva, Switzerland: WHO press ISBN 978 92 4 156479 3 Retrieved from <<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Reports/UNDP-GVA-violence-2014.pdf>>.
27. Guerra C, Pereda N, Guilera G, Abad. J. Internalizing symptoms and polyvictimization in a clinical sample of adolescents: The roles of social support and non-productive coping strategies. *Child Abuse & Neglect* 2016; 54:57-65.
28. Bordin IA, Duarte CS, Ribeiro WS, Paula CS, Coutinho ESF, Sourander A, Ronning JA. Violence and child mental health in Brazil: The Itaboraí Youth Study methods and findings. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2018; 27:e1605. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/mpr.1605>>.

29. Arslan G. Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2017; 68:96-106.

30. Charak R, Jong JTV, Berckmoes LH, Ndayisaba H. Assessing the factor structure of the childhood trauma questionnaire, and cumulative effect of abuse and neglect on mental health among adolescents in conflict-affected Burundi. *Child Abuse & Neglect* 2017; 72:383-392.

31. Eve BC, Patrick AP, Nigel PF, Constance JD, Kathryn SM, David AS. Contributions of Risk and Protective Factors to Prediction of Psychological Symptoms after Traumatic Experiences. *Compr Psychiatry* 2016; August; 69: 106–115. Doi: 10.1016/j.comppsy.2016.04.022.

32. Ribeiro FML, Minayo MCS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 9(6):1773-1789.

33. Teche SP *et al.* Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 2017; [s. l.], v. 39, n. 2, p. 116–123. [acessado 2018 Nov 27]. Disponível em: 12

34. Sakat E, Schiff M. Religiosity: Protective or Risk Factor for Posttraumatic Distress Among Adolescents Who Were Exposed to Different Types of Acts of Political Violence. *J Interpersonal Violence*, 2018 junho [acessado 2018 agosto 20]; [cerca de 24 p.]. Disponível em: Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/0886260518780775 journals.sagepub.com/home/jiv.

35. Butler O, Yang X, Laube C, Kuhn S, Yang-Immordino ML. Community violence exposure correlates with smaller gray matter volume and lower IQ in urban adolescents. *Hum Brain Mapp* 2018; 39: 2088-2097.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta tese reforçam a questão de que a VP constitui uma forma de abuso prevalente na população de adolescentes, capaz de desencadear sérios transtornos mentais, como o TEPT, comprometendo a qualidade do desenvolvimento dessas vítimas do ponto de vista psicossocial. As vítimas foram adolescentes do sexo feminino, engajadas no mercado de trabalho e propensas a hábitos de vida não saudáveis, como uso de álcool e drogas ilícitas.

Assim, aspectos diretos a serem enfocados nos comportamentos das vítimas precisam ser observados, na busca de situações que possam identificar a VP. Nossos achados corroboram com os de outros autores, quando sinalizam a violência psicológica como risco para os problemas de saúde mental na adolescência associada às exposições traumáticas, bem como a relevância em se investir na promoção de resiliência como forma de proteção contra violência psicológica.

Em relação aos eventos estressores, percebeu-se que a violência na comunidade, caracterizada pelo relato de insegurança no bairro, foi o evento mais relatado. Na adolescência o ambiente em destaque é a comunidade, são espaços de convivência coletiva, de afirmação e iniciação ao trabalho. A partir daí o papel protetor da família é de fundamental importância, porque é nesse período que o adolescente fica vulnerável às diversas situações.

A VP compromete o desenvolvimento emocional, pois interfere na crença que o adolescente possui sobre sua competência, ou seja, na habilidade de utilizar adequadamente os seus recursos, se comportando de forma realista e desenvolvendo sentimentos de confiança nas suas decisões diante dos desafios encontrados. O comprometimento no desenvolvimento emocional ou afetivo pode ser revelado pela presença de severas patologias.

Os resultados dessa análise subsidiam a avaliação de adolescentes portadores de TEPT, chamando a atenção para uma abordagem contextual. Na maioria das vezes, essa avaliação pode ocorrer com pouca especificidade para maus-tratos, especialmente quando os jovens são negligenciados, passando despercebida ao olhar do avaliador. É necessário que exista uma avaliação social abrangente com enfoque educativo sobre as possíveis consequências das situações traumáticas.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, C.D.; ASSIS, S.G. A (in) visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 843-854, 2011.
- ABRANCHES, C.D.; ASSIS, S.G.; PIRES, T.O. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2995-3006, 2013.
- ABREU, N.; DIAS, I.; CASCAIS, M.; LUZ, A.; MOLEIRO, P. Quais os diagnósticos mais frequentes na adolescência? A realidade de uma consulta de Medicina do Adolescente. **Einstein** (São Paulo), v. 16, n. 2, 2018.
- AFIFI, T.O.; BOMAN, J.; FLEISHER, W.; SAREEN, J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. **Child Abuse Negl.**, v. 33, p. 139-147, 2009.
- ANTONI, C. **Abuso emocional parental contra crianças e adolescentes. In: Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática.** Porto Alegre: Artmed, cap. 2, p. 33-42, 2012.
- APA. ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- APA. ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** 5ª ed. Washington, 2013.
- APA. ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ARAÚJO, A.C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.
- ARSLAN, G. Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. **Child Abuse & Neglect.**, v. 68, p. 96-106, 2017.
- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; SANTOS, N.C.; MALAQUIAS, J.V.; OLIVEIRA, R.V.C. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.16, n. 1, p. 43-51, 2004.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J Q; PESCE, R P; XIMENES, L F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2009, v. 14, n.2, pp.349-361. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200002>.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SILVA, C. M. F. P.; OLIVEIRA, R. V. C. Violência na adolescência e formação de autoestima. **In: Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática.** Porto Alegre: Artmed, cap. 6, p. 80-93, 2012.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S.G.; OLIVEIRA, R.V.C.; FERREIRA, R.M.; PESCE, R.P. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 287-294, 2007.

AVANCI, J.Q.; SANTOS, N.C.; OLIVEIRA, R.V.C. Escala de violência psicológica contra adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 702-708, 2005.

AVANCI, Joviana; ASSIS, Simone; OLIVEIRA, Raquel; PIRES, Thiago. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. v. 14, n. 2, p. 383-394, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200008>.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Violência Doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em (des) construção. In: UNICEF (org.). **Direitos Negados. A Violência contra a Criança e o Adolescente no Brasil**. Brasília: UNICEF, 2005. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf. Acesso em: 26 ago., 2018.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V. N. A. **Violência doméstica contra criança e adolescentes: um cenário em (des) construção**. 2014. Disponível em: <http://www.unicef.org>. Acesso em: 20 maio 2015.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. **The alcohol use disorders identification test**. World Health Organization (Geneva), 2001.

BENETTI, C.; BORGES, C.; MEDINA-MORA, M.E. Chronic Childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. **J. Psychiatr Res.**, v. 44, p. 732-740, 2010.

BONTEMPO, K. S.; PEREIRA, A. R. Saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência: uma revisão crítica da literatura. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 23, n. 2, p. 130-136, 2012.

BORGES, J.L.; ZOLTOWSKI, A. P. C.; ZUCATTI, A.P.N.; BRAGA, DELL'AGLIO, D.D. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 1, p. 87-98, 2010.

BRAGA, L.L.; DELL'AGLIO, D.D. Exposição à violência de adolescentes de diferentes contextos: família e instituições. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 413-420, 2012.

BRANCHI, I.; D'ANDREA, I.; FIORE, M.; DI FAUSTO, V.; ALLEVA, E. Early social enrichment shapes social behavior and nerve growth factor and brain-derived neurotrophic factor levels in the adult mouse brain. **Biol. Psychiatry**, v. 60, n. 7, p. 690-696, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRESSAN, R. A.; QUARANTINI, L. C.; ANDREOLI, S. B.; ARAÚJO, C.; BREEN, G.; GUINDALINI, C. *et al.* The posttraumatic stress disorder Project in Brazil:

neuropsychological, structural and molecular neuroimaging studies in victims of urban violence. **BMC Psychiatry**, v. 9, n. 30, p. 9-30, 2009.

CALZA, T. Z.; DELL'AGLIO, D. D.; SARRIERA, J. C. Direitos da criança e do adolescente maus-tratos: epidemiologia e notificação. **Revista da SPAGESP**, v. 17, n. 1, p. 14-27, 2016.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S.; BUENO, S.; VALENCIA L. I.; HANASHIRO, O.; MACHADO, P. H. G.; LIMA, A. S. **Atlas da violência**. 2017 junho. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

CHARAK, R.; JULIAN, D.; FORD, C.; CROSBY, A.M.; KERIG, P.K. Polyvictimization, Emotion Dysregulation, Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, and Behavioral Health Problems among Justice-Involved Youth: a Latent Class Analysis. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10802-0180431-9>. Acesso em: 13 abr. 2018.

CHEN, WAN-YI; LEE, YOOKYNG. The impact of community violence, personal victimization, and paternal support on maternal harsh parenting. **Journal of Community Psychology**, v. 45, n. 3, p. 380-395, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jcop.21854>. Acesso em: 19 abr. 2018.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estudar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 992-8, 2008.

CYSNEIROS, R. S.; ARIDA, R. M.; SUCHECKI, D. Neurobiologia do TEPT. In: MELLO, M.F.; ANDREOLI, S.B.; MARI, J.J. (editores). **Transtorno de estresse pós-traumático**. Barueri, SP: Manole, p. 199-203, 2006.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11(Suppl), p. 1163-78, 2007.

DORSEY, S.; MCLAUGHLIN, K.A.; KERNS, S.E.V.; HARRISON, J.P.; LAMBERT, H.K.; BRIGGS, E.C. et al. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. **J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.**, v. 46, n. 3, p. 303-330, 2017.

DYREGROV, A.; YULE, W. A review of PTSD in children. **Child Adolesc. Ment. Health**, v. 4, p. 176–184, 2006.

ELBEDOUR, S.; ABU-BADER, S.; ONWUEGBUZIE, A.J.; ABU-KABRA, A. et al. The scope of sexual, physical, and psychological abuse in a Bedouin-Arab community of female adolescents: The interplay of racismo, urbanization, polygamy, Family honor, and the social marginalization of women. **Child Abuse & Neglect**, v. 30, p. 215-229, 2006.

ERSKINE, H.E.; MOFFITT, T.E.; COPELAND, W.E.; COSTELLO, E.J.; FERRARI, A.J.; PATTON, G. et al. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. **Psychol. Med.**, v. 45, n. 7, p. 1551-63, 2015.

- FATORI DE SÁ, D. G.; BORDIN, M. I. A. S.; MARTIN, D.; PAULA, C. S. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 643-652, 2010.
- GARBARINO, J.; GUTTMAN, E.; SEELEY, J. W. **The Psychologically battered child**. San Francisco: Jossey-Bass, 1986.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; VALENCICH, D. M.; CARNEVALLE, C. V.; MARCOPITO, L. F. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo. **Revista Associação Medicina Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-665, 2012.
- GESSNER, R.; FONSECA, R.M.G.S.; OLIVEIRA, R.N.G. Violência contra adolescentes: uma análise à análise à luz das categorias gênero e geração. **Rev. Escola Enferm. USP**, v. 48 (Esp), p. 104-110, 2014.
- HAHS-VAUGHN, D. L. Propensity Score Analysis with complex survey samples. In: Pan W, Bai H. (Orgs). Propensity score analysis: fundamentals and developments. **The Guilford Press**, p. 237-264, 2015.
- HALLER, M.; CHASSIN, L. Risk Pathways Among Traumatic Stress, Posttraumatic Stress Disorder Syntoms, and Alchool and Drug Problems: A Test of Four Hypotheses. **Psychol Addict. Behav.**, v. 28, n. 3, p. 841-851, 2014.
- HEIM, C.; NEMEROFF, C.B. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. **CNS Spectr.**, v. 14, n. 1, Suppl 1, p. 13-24, 2009.
- HILDEBRAND, N. A.; CELERI, E.H.R.V.; MORCILLO, A.M.; ZANOLLI, M.L. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 2, p. 213-221, 2015.
- HORDOFF, B. The fight for 'traumatic neurosis', 1889-1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. **History of Psychiatry**, v. 22, n. 4, p. 465-476, 2011.
- HOSMER JUNIOR, D. W.; LEMESHOW, S. Aplied logidtic regression. New York: **J. Wiley**, 2004, 383p.
- KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2015.
- LIMA, C. A. et al. (coord). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2006.
- LINNING, L.M.; KEARNEY, C.A. Psttraumatic stress disorder in maltread youth: A study of diagnostic comorbidity and child factors. **J. Interpersonal Violence**, v. 19, n. 10, p. 1087-1101, 2004.
- MARTINS-MONTEVERDE, C.M.S.; PADOVAN, T.; JUREMA, M. F. Transtornos relacionados a traumas e estressores. **Medicina** (Ribeirão Preto, *online.*), v. 50 (Supl.1), p. 37-

50, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp> / <http://revista.fmrp.usp.br>. Acesso em: 26 jan. 2018.

MAYER, L. R.; KOLLER, S. H. Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica. *In: Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, cap. 1, p. 21-32, 2012.

MCLAUGHLIN, K. A.; KOENEN, K.C.; HILL, E.D.; PETUKHOVA, M.; SAMPSON, N.A.; ZALASWSKY, A.M.; KESSLER, R.C. Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, v. 52, n. 8, p. 815-830, 2013.

MCLAUGHLIN, K.; BRENT, D.; HERMANN, R. **Posttraumatic stress disorder in children and adolescents**: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. 2017. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 20 maio 2015.

MELLO, M. F. D.; PUPO, M. C. A Clínica dos Transtornos de Estresse Pós-Traumático e de Estresse Agudo. *In: MELLO, M.D.; FIKS, J.P. (editors). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: violência, medo e trauma no Brasil*. São Paulo: Atheneu, p. 165-73, 2011.

MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, v. 1, n. 2, p. 91-102, maio/ago., 2001.

MINAYO, M.C.S. A violência dramatiza causas. *In: Violência sob olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. São Paulo: Editora Fiocruz, p. 23-47, 2011.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Rev. Cienc. Saúde Coletiva*, p. 7-32, 1999.

MORAN, P.M.; BIFULCO, A.; BAINES, R.; STANFORD, K. Exploring psychological abuse in childhood: I. Developing a new interview scale. *Bulletin of Menninger Clinic*, v. 66, n. 3, p. 213-240, 2002.

MOREIRA, D. P.; VIEIRA, L. J. E. S.; PORDEUS, A. M. J.; LIRA, S. V. G.; LUNA, G. L. M.; SILVA, J. G.; MACHADO, M. F. A. S. **Exposure to violence among adolescents in a low-income community in the northeast of Brazil**, v.18, n. 5, p. 1273-1282, 2013.

NOONER, K.B.; LINARES, L.O.; BATINJANE, J.; KRAMER, R.A.; SILVA, R.; CLOITRE, M. Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma, Violence, & Abuse*, v. 13, p. 153-166, 2012.

OAKES, J. M.; JOHNSON, P. Propensity score matching for social epidemiology. *In: Oakes JM, Johnson P (org.). Methods in social epidemiology*. Jossey-Bass, *A Wiley Imprint*, p. 370-392, 2006.

ODGERS, C.; RUSSEL, M. A. Violence exposure is associated with adolescents' same- and next-day mental health symptoms. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 58, n. 12, p. 1310-1318, 2017.

PNUD Brasil – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - «Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2010 - Todos os Estados do Brasil». Disponível em: www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/

PATIAS, N.D.; SILVA, D.G.; DELL’AGLIO, D.D. Exposure of Adolescents to Violence in Different Contexts: Relationships with Mental Health. **Trends in Psychology**, v. 24, n. 1, p. 205-218, 2016.

PERKINS S.; CORTINA, K. S.; SMITH-DARDEN, J. P. The Mediating Role of Self-Regulation Between Intrafamilial Violence and Mental Health Adjustment in Incarcerated Male Adolescents. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 27, n. 7, 2012. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0886260511425240>. Acesso em: 13 abr. 2018.

PERKONIGG, A.; PFISTER, H.; STEIN, M.B. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and Young adults. **Am. J. Psychiatry**, p. 162-1320, 2005.

PULLE, S.; FERNANDO, D. Development and initial validation of a scale to measure emotional abuse among school children aged 13-15 years in Sri Lanka. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, p. 1087-1099, 2003.

RAABE, F.J.; SPENGLER, D. Epigenetic Risk Factors in PTSD and Depression. **Front Psychiatry**, v. 4, n. 80, p. 1-17, 2013.

RIBEIRO, F.M.L.; MINAYO, M.C.S. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 6, p. 1773-1789, 2014.

RUIZ, E.R.; BARBOSA NETO, J.; SCHOEDL, A.F.; MELLO, M.F. Psiconeuroendocrinologia do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 29 (Supl. I), p. S7-12, 2007.

SAGGESE, E.; OLIVEIRA, F. H.; TEIXEIRA, S. B. S. (Org.). **Proadolescer**: pesquisa e clínica com adolescentes na Rede de saúde mental. Ed. 7 letras, p. 7-13, 2013.

SANCHEZ, R.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/violenciaesaude>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SANTA ANA, E. J.; SALADIN, M.E.; BACK, S.E.; WALDROP, A.E.; SPRATT, E.G.; McRAE, A.L.; LaROWE, S.D.; TIMMERMAN, M.A.; UPADHYAYA, H.; BRADY, K.T. PTSD and the HPA axis: differences in response to the cold pressor task among individuals with child vs. adult trauma. **Psychoneuroendocrinology**, v. 31, n. 4, p. 501-509, 2006.

SCHESTATSKY, F.; CEITLIN, L.H.; ABREU, P.B.S.; HAUCK, S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 1, n. 25, p. 8-11, 2003.

SERAFIM, A. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Rev. Psiquiatr. Clínica**, v. 38, n. 4, p. 143-147, 2011.

- SHARON, L. C.; YOON, Y. K. TING, L. The Joint Impact of Parental Psychological Neglect and Peer Isolation on Adolescents' Depression. **Child Abuse & Neglect**, v. 69, p. 151-162, 2017.
- SHEEHAN, D. V.; LECRUBIER Y.; SHEEHAN K. H.; AMORIM P.; JAMAIS J.; WELLER E.; HERGUETA T.; BAKER R.; DUNBAR G. C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for a DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, p. 22-33, 1998.
- TEMPLE, J.R.; CHOI, H.J.; ELMQUIST, J.; HECHT, M.; MILLER-DAY, M.; STUART, G.L.; BREM, M.; WOLFORD-CLEVENGER, C. Psychological Abuse, Mental Health, and Acceptance of Dating Violence Among Adolescents. **J Adolescent Health**, v. 59, p. 197-202, 2016.
- TRICHETT, P.K.; MENNEN, F.E.; KIM, K.; SANG, J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban Young adolescents: Issues of definition and identification. **Child Abuse & Neglect**, v. 33, p. 27-35, 2009.
- TRICKEY, D.; SIDDAWAY, A.P.; MEISER-STEDMAN, R.; SERPELL, L.; FIELD, A.P. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. **Clinical Psychology Review**, 32, 122-138, 2012.
- VISSER, E.; GOSENS, T. The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review. **J Trauma Acute Care Surg**, v. 82, n. 6, p. 1158-1183, 2015.
- WAIKAMP, V.; SERRALTA, F. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. **Ciências Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 137-144, 2018.
- WASELFISZ, J.J. Mapa da violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Cebela. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-665, 2012.
- XIMENES, L. F.; OLIVEIRA, R. V.; ASSIS, S. G. Violência e Transtorno de Estresse Pós-Traumático na infância. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p. 417-433, 2009.
- ZAPPE J. G.; DELL'AGLIO D. D. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 65, p. 44-52, 2016.
- ZERACH, G.; ELKLIT, A. Polyvictimization and Psychological Distress in Early Adolescence: A Mediation Model of Defense Mechanisms and Coping Styles. **J of Interpersonal Violence**, v. 25, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260517716944>. Acesso em 20 jun. 2018.

ANEXOS

ANEXO A - Escala de violência psicológica e o Kappa Ponderado.

QUESTÕES	KAPPA PONDERADO
a. Humilhou você?	0,68
b. Demonstrou falta de interesse por você?	0,72
c. Culpou você por falhas que ele/ela cometeu?	0,72
d. Culpou você por falhas cometidas por outras pessoas?	0,70
e. Criticou você pelas coisas que você faz e diz?	0,74
f. Criticou você pela sua aparência e pelo modo como você se veste?	0,62
g. Criticou seus amigos?	0,60
h. Não te elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?	0,57
i. Não te encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esportes)?	0,48
j. Disse a você que você não era tão bom quanto as outras pessoas?	0,62
k. Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?	0,74
l. Chamou você de nomes desagradáveis como “doido”, “idiota” ou “burro”?	0,73
m. Fez piadas sobre você na frente de outras pessoas?	0,70
n. Não acreditou em você (você estava inventando alguma coisa/ mentindo)?	0,70
o. Disse a você que você estava errado/a quando você disse ou fez alguma coisa?	0,63
p. Ignorou você quando você procurava carinho?	0,72
q. Forçou você a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas?	0,59
r. Humilhou você fazendo piadas sobre seu corpo?	0,56

Fonte: Avanci (2005)

ANEXO B - Blocos de perguntas utilizadas do questionário multidimensional.

Início questionário geral 1**BLOCO B - ESTUDOS**

VAMOS COMEÇAR ESTA ENTREVISTA FALANDO SOBRE SEUS ESTUDOS.

D001. Você está estudando atualmente?

- ☐ Sim
☐ Não

D002a. Em que ano você está?

- _____
- ☐ EJA/PEJA
☐ Pré-Vestibular

Confidential

Page 2 of 31

D002b. Grau (marcar):

- ☐ fundamental
- ☐ médio
- ☐ curso técnico ensino médio ou médio integrado
- ☐ curso técnico ou profissionalizante
- ☐ faculdade
- ☐ especialização/residência
- ☐ mestrado
- ☐ doutorado
- ☐ curso pré-vestibular
- ☐ EJA/PEJA (atual supletivo)

D003. Até que ano você completou antes de parar de estudar

(Ano)

D003b. Grau (marcar):

- ☐ fundamental
- ☐ médio
- ☐ curso técnico ensino médio ou médio integrado
- ☐ faculdade
- ☐ especialização/residência
- ☐ mestrado
- ☐ doutorado
- ☐ Não se aplica - nunca estudou

BLOCO C - TRABALHO

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SEU TRABALHO.
VAMOS CONSIDERAR COMO TRABALHO QUALQUER ATIVIDADE QUE VOCÊ REALIZA GANHANDO ALGUM DINHEIRO OU OUTRA COISA EM TROCA PELO SEU TRABALHO

D006. Você já trabalhou alguma vez na vida?

- ☐ Sim
- ☐ Não

D007. Com que idade você começou a trabalhar?

(anos)

D011. Você está trabalhando atualmente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

SL001. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

-
- ☐ Não se aplica (não trabalha fora de casa)
 - ☐ Não sabe

D012. Você é empregado(a), patrão(patroa) ou você trabalha por conta própria?

- ☐ Empregado(a)
- ☐ Empregador(a)
- ☐ Conta própria/autônomo
- ☐ Estudo/Estágio remunerado
- ☐ Estudo/Estágio não remunerado

D013. Você está trabalhando com carteira assinada ou sem carteira?

- ☐ Com carteira
- ☐ Sem carteira

Confidential

Page 3 of 31

D021. De modo geral, você tem dinheiro suficiente para os seus gastos? (ler opções)

- ☐ Não
- ☐ Muito pouco
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Bastante/suficiente
- ☐ Completamente

SL002. Você está procurando emprego?

- ☐ Sim
- ☐ Não

BLOCO D - FAMÍLIA, MORADIA E RENDA

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA FAMÍLIA E QUEM MORA COM VOCÊ

D023a. Qual a sua situação conjugal? Você está...? (ler opções)

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Morando com companheiro(a)
- ☐ Separado(a) ou divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)

SL003. Qual a cor da sua pele?

- ☐ Branca
- ☐ Preta/negra
- ☐ Parda/mulata/cabocla/morena
- ☐ Amarelo/oriental
- ☐ Indígena
- ☐ Não Sabe

SL004. Você tem alguma religião ou culto?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

SL005 Qual a sua religião:

- ☐ Católica
- ☐ Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de deus, Bethesda, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová, Luterana.
- ☐ Espírita/Kardecista
- ☐ Umbanda/Candomblé
- ☐ Judaica
- ☐ Orientais. Ex: Budista
- ☐ Outra.
- ☐ Não sabe

Qual?

D024. Contando com você, quantas pessoas moram na casa que você vive? (considere apenas as pessoas que moram na casa há pelo menos 3 meses)

EU GOSTARIA QUE VOCÊ ME DISSESSE O NOME, PARENTESCO COM VOCÊ E IDADE DE CADA UMA DESTAS PESSOAS

D024a. Nome Completo (Morador 1):

Confidential

Page 4 of 31

Relação de parentesco ([geral_d024a])

- ☐ Mãe natural
- ☐ Pai natural
- ☐ Mãe social
- ☐ Pai social
- ☐ Marido/companheiro
- ☐ Esposa/companheira
- ☐ Filho(a)
- ☐ Irmã(o)
- ☐ Avó(ô)
- ☐ Tio(a)
- ☐ outro parentesco
- ☐ sem parentesco
- ☐ Não sabe

D024a-2. Idade ([geral_d024a]):

(anos)

- ☐ < 1 ano
- ☐ Não sabe

D024b. Nome Completo (Morador 2):

D024b-1. Relação de parentesco ([geral_d024b])

- ☐ Mãe natural
- ☐ Pai natural
- ☐ Mãe social
- ☐ Pai social
- ☐ Marido/companheiro
- ☐ Esposa/companheira
- ☐ Filho(a)
- ☐ Irmã(o)
- ☐ Avó(ô)
- ☐ Tio(a)
- ☐ outro parentesco
- ☐ sem parentesco
- ☐ Não sabe

D024b-2. Idade ([geral_d024b]):

(anos)

- ☐ < 1 ano
- ☐ Não sabe

D024c. Nome Completo (Morador 3):

D024c-1. Relação de parentesco ([geral_d024c])

- ☐ Mãe natural
- ☐ Pai natural
- ☐ Mãe social
- ☐ Pai social
- ☐ Marido/companheiro
- ☐ Esposa/companheira
- ☐ Filho(a)
- ☐ Irmã(o)
- ☐ Avó(ô)
- ☐ Tio(a)
- ☐ outro parentesco
- ☐ sem parentesco
- ☐ Não sabe

D024c-2. Idade ([geral_d024c]):

(anos)

Confidential

Page 5 of 31

- ☐ < 1 ano
☐ Não sabe

D024d. Nome Completo (Morador 4):

D024d-1. Relação de parentesco ([geral_d024d])

- ☐ Mãe natural
☐ Pai natural
☐ Mãe social
☐ Pai social
☐ Marido/companheiro
☐ Esposa/companheira
☐ Filho(a)
☐ Irmã(o)
☐ Avó(ô)
☐ Tio(a)
☐ outro parentesco
☐ sem parentesco
☐ Não sabe

D024d-2. Idade ([geral_d024d]):

(anos)

- ☐ < 1 ano
☐ Não sabe

D024e. Nome Completo (Morador 5):

D024e-1. Relação de parentesco ([geral_d024e])

- ☐ Mãe natural
☐ Pai natural
☐ Mãe social
☐ Pai social
☐ Marido/companheiro
☐ Esposa/companheira
☐ Filho(a)
☐ Irmã(o)
☐ Avó(ô)
☐ Tio(a)
☐ outro parentesco
☐ sem parentesco
☐ Não sabe

D024e-2. Idade ([geral_d024e]):

(anos)

- ☐ < 1 ano
☐ Não sabe

D024f. Nome Completo (Morador 6):

Confidential

Page 6 of 31

D024f-1. Relação de parentesco ([geral_d024f])

- ☐ Mãe natural
- ☐ Pai natural
- ☐ Mãe social
- ☐ Pai social
- ☐ Marido/companheiro
- ☐ Esposa/companheira
- ☐ Filho(a)
- ☐ Irmã(o)
- ☐ Avó(ô)
- ☐ Tio(a)
- ☐ outro parentesco
- ☐ sem parentesco
- ☐ Não sabe

D024f-2. Idade ([geral_d024f]):

(anos)

- ☐ < 1 ano
- ☐ Não sabe

D024g. Nome Completo (Morador 7):

D024g-1. Relação de parentesco ([geral_d024g])

- ☐ Mãe natural
- ☐ Pai natural
- ☐ Mãe social
- ☐ Pai social
- ☐ Marido/companheiro
- ☐ Esposa/companheira
- ☐ Filho(a)
- ☐ Irmã(o)
- ☐ Avó(ô)
- ☐ Tio(a)
- ☐ outro parentesco
- ☐ sem parentesco
- ☐ Não sabe

D024g-2. Idade ([geral_d024g]):

(anos)

- ☐ < 1 ano
- ☐ Não sabe

D024h. Nome Completo (Morador 8):

D024h-1. Relação de parentesco ([geral_d024h])

- ☐ Mãe natural
- ☐ Pai natural
- ☐ Mãe social
- ☐ Pai social
- ☐ Marido/companheiro
- ☐ Esposa/companheira
- ☐ Filho(a)
- ☐ Irmã(o)
- ☐ Avó(ô)
- ☐ Tio(a)
- ☐ outro parentesco
- ☐ sem parentesco
- ☐ Não sabe

D024h-2. Idade ([geral_d024h]):

(anos)

Confidential

Page 7 of 31

- ☐ < 1 ano
☐ Não sabe

D024i. Nome Completo (Morador 9):

D024i-1. Relação de parentesco ([geral_d024i])

- ☐ Mãe natural
☐ Pai natural
☐ Mãe social
☐ Pai social
☐ Marido/companheiro
☐ Esposa/companheira
☐ Filho(a)
☐ Irmã(o)
☐ Avó(ô)
☐ Tio(a)
☐ outro parentesco
☐ sem parentesco
☐ Não sabe

D024i-2. Idade ([geral_d024i]):

(anos)

- ☐ < 1 ano
☐ Não sabe

D024j. Nome Completo (Morador 10):

D024j-1. Relação de parentesco ([geral_d024j])

- ☐ Mãe natural
☐ Pai natural
☐ Mãe social
☐ Pai social
☐ Marido/companheiro
☐ Esposa/companheira
☐ Filho(a)
☐ Irmã(o)
☐ Avó(ô)
☐ Tio(a)
☐ outro parentesco
☐ sem parentesco
☐ Não sabe

D024j-2. Idade ([geral_d024j]):

(anos)

- ☐ < 1 ano
☐ Não sabe

D025. Seus pais são separados/divorciados?

- ☐ Sim
☐ Não

D025a. Que idade você tinha quando seus pais se separaram?

- ☐ Nascido depois de se separarem
☐ Separação foi antes de 1 ano de idade
☐ Os pais nunca viveram juntos
☐ Não sabe

Confidential

Page 8 of 31

D027. A sua mãe natural está viva ou é falecida?

- ☐ Viva
- ☐ Faleceu
- ☐ Desconheço

D028. Desde que idade você não mora com os seus pais ou responsáveis legais?

_____ (anos)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA CASA E ALGUMAS COISA QUE VOCÊS TÊM

D029. Vocês têm televisão em casa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

D029a. Quantas?

_____ (TV(s))

- ☐ Não sabe

D030. Vocês têm rádio?

- ☐ Sim
- ☐ Não

D030a. Quantos?

_____ (radio(s))

- ☐ Não sabe

D031. Vocês têm carro?

- ☐ Sim
- ☐ Não

D031a. Quantos?

_____ (carro(s))

- ☐ Não sabe

D032. Vocês têm moto?

- ☐ Sim
- ☐ Não

D032a. Quantas?

_____ (moto(s))

- ☐ Não sabe

D033. Vocês têm empregada doméstica mensalista?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

D033a. Quantas?

_____ (empregada(s))

- ☐ Não sabe

Confidential

Page 9 of 31

D034. Vocês têm faxineira/diarista?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não se aplica

D034a. Quantos dias por semana? ____ dias/semana _____

D035. Vocês têm máquina de lavar roupa que não seja do tipo tanquinho?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não se aplica

D035a. Quantas? _____

(lava-roupa(s))

- ☐ Não sabe

D036. Vocês têm DVD?

- ☐ Sim
☐ Não

D036a. Quantos? _____

(DVD)

- ☐ Não sabe

D037. Vocês têm aparelho de ar condicionado ou split?

- ☐ Sim
☐ Não

D037a. Quantos? _____

(aparelhos)

- ☐ Não sabe

D038. Vocês têm computador de mesa ou notebook?

- ☐ Sim
☐ Não

D038a. Quantos? _____

(computadores)

- ☐ Não sabe

D038b. Este(s) computador(es) tem acesso a internet 24 horas?

- ☐ Sim
☐ Não

D039. Vocês têm micro-ondas?

- ☐ Sim
☐ Não

D039a. Quantos? _____

(Micro-ondas)

- ☐ Não sabe

Confidential

Page 10 of 31

D040. Vocês têm máquina de lavar louça?

- ☐ Sim
☐ Não

D040a. Quantas?

(lava louças)

- ☐ Não sabe

D041. Vocês têm secadora de roupa?

- ☐ Sim
☐ Não

D041a. Quantas?

(secadoras)

- ☐ Não sabe

D042. Vocês têm geladeira?

- ☐ Sim
☐ Não

D042a. Quantas?

(geladeiras)

- ☐ Não sabe

D043. Vocês têm freezer separado ou geladeira duplex?

- ☐ Sim
☐ Não

D043a. Quantos?

(freezers)

- ☐ Não sabe

D044. Quantos banheiros têm na casa?

(banheiros(s))

D044a. Quantos banheiros com chuveiro têm na casa?

(banheiros(s) com chuveiro)

D045. Quantos cômodos são utilizadas para dormir?

(cômodos)

D046. A água utilizada na sua casa vem de onde? (ler opções)

- ☐ Rede geral de distribuição, "CAEMA"
☐ Poço ou nascente
☐ Outro meio

D047. A rua em frente a sua casa é pavimentada ou asfaltada?

- ☐ Sim
☐ Não

D048. No mês passado, você recebeu alguma renda mesmo que seja uma mesada?

- ☐ Sim
☐ Não

D048a. Quanto recebeu no mês passado somente pelo seu trabalho?

Confidential

Page 11 of 31

D048b. Quanto você recebeu decorrente de mesada, pensão ou qualquer outra fonte de renda que não seja o trabalho?

☐ Não sabe

D050. No mês passado, quantas pessoas que moram contigo receberam alguma renda? (Lembrando que inclui salário/aposentadoria/bolsa família/bico/pensão/programas sociais para jovens/outro benefício social)

☐ Não sabe

(pessoas)

D050a. Qual renda de [geral_d024a] ?

☐ Não sei

D050b. Qual renda de [geral_d024b] ?

☐ Não sei

D050c. Qual renda de [geral_d024c] ?

☐ Não sei

D050d. Qual renda de [geral_d024d] ?

☐ Não sei

D050e. Qual renda de [geral_d024e] ?

☐ Não sei

D050f. Qual renda de [geral_d024f] ?

☐ Não sei

D050g. Qual renda de [geral_d024g] ?

☐ Não sei

D050h. Qual renda de [geral_d024h] ?

☐ Não sei

D050i. Qual renda de [geral_d024i] ?

☐ Não sei

Confidential

Page 12 of 31

D050j. Qual renda de [geral_d024j] ?

☐ Não sei

D051. No mês passado a família teve outra fonte de renda? (Além dessas que você já falou). Lembrando que precisa somar cada quantia e colocar o valor total.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

D051a. Quanto?

☐ Não sabe

D052. No mês passado alguém que mora contigo recebeu algum benefício social como, por exemplo, seguro desemprego, aposentadoria, bolsa família, pensão?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

D052a. Seguro-desemprego?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

D052b. Aposentadoria (idade, tempo de contribuição, deficiência ou invalidez)?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

D052c. LOAS (idoso ou deficiente)?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

D052d. Bolsa família?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

D052m. Pensão por morte ou doença específica?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

D052p. Outro?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

D52pa. Qual?

Confidential

Page 13 of 31

D053. Quem é o chefe da família (ou a pessoa que ganha mais)?

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Avô
- ☐ Avó
- ☐ Próprio jovem
- ☐ Outro

D053a. Quem? _____

SL006. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

- ☐ Nunca estudou
- ☐ Alfabetização de jovens e adultos
- ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
- ☐ Ensino médio ou 2o grau
- ☐ Superior graduação incompleto
- ☐ Superior graduação completo
- ☐ Não sabe

SL007. Qual ano que essa pessoa frequenta ou até que ano frequentou?

- ☐ Primeiro
- ☐ Segundo
- ☐ Terceiro
- ☐ Quarto
- ☐ Quinto
- ☐ Sexto
- ☐ Sétimo
- ☐ Oitavo
- ☐ Nono
- ☐ Não sabe

SL007a. Qual ano que essa pessoa frequenta ou até que ano frequentou?

- ☐ Primeiro ano
- ☐ Segundo ano
- ☐ Terceiro ano

SL008. No que trabalha a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu). _____

- ☐ Fora da população economicamente ativa
- ☐ Não sabe

SL009. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

- ☐ Trabalha por conta própria
- ☐ Assalariado ou empregado
- ☐ Dono de empresa-empregador
- ☐ Faz bico
- ☐ Não se aplica
- ☐ Não sabe

BLOCO E - GRAVIDEZ E FILHOS

SL010. Que idade você tinha quando menstruou pela primeira vez? _____

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

I1 - Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...

☐ Sim
☐ Não

I2 - Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?

☐ Sim
☐ Não

I3 - Durante o último mês:

a) Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?

☐ Sim
☐ Não

b) Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?

☐ Sim
☐ Não

c) Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?

☐ Sim
☐ Não

d) Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?

☐ Sim
☐ Não

e) Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?

☐ Sim
☐ Não

f) Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?

☐ Sim
☐ Não

I4 - Durante o último mês:

a) Teve dificuldade de dormir ?

☐ Sim
☐ Não

b) Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?

☐ Sim
☐ Não

c) Teve dificuldades de se concentrar ?

☐ Sim
☐ Não

d) Estava nervoso(a), constantemente alerta?

☐ Sim
☐ Não

e) Ficava sobressaltado(a) por quase nada?

☐ Sim
☐ Não

I5 - Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

☐ Sim
☐ Não

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL

Este questionário é secreto. Seu nome não aparecerá nele.

Se você tiver alguma dúvida, chame a entrevistadora. Ela irá lhe ajudar sem olhar as suas respostas.

Leia as perguntas com atenção e marque a resposta que você achar melhor.

Não há resposta certa ou errada, queremos a sua opinião.

As primeiras perguntas são sobre BEBIDAS DE ÁLCOOL

DM001. Nos últimos 12 meses você tomou bebida de álcool?

- ☐ Sim
☐ Não

DM002. Com que idade você tomou bebida de álcool pela primeira vez?

DM005. Seus amigos ou alguém da sua turma usa alguma dessas coisas?

Maconha

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo'

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

Confidential

Page 2 of 9

- | | |
|--|--|
| Cocaína cheirada | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Heroína | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Cocaína injetada | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Comprimidos para 'ficar chapado ou ligado' | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Lança-perfume ou loló | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Ecstasy | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Pitico (crack com maconha) | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| LSD ou ácido | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Crack | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Cola de sapateiro | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Oxi | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Merla | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Outra coisa? | ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe |
| Qual? | _____ |

As próximas perguntas são sobre as SUAS EXPERIÊNCIAS no USO DE ALGUMAS DROGAS

- DM006. Maconha
- ☐ Só experimentei
☐ Já usei, mas não uso mais
☐ Uso de vez em quando
☐ Uso só nos finais de semana
☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
☐ Nunca usei

Confidential

Page 3 of 9

DM007. Cocaína

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

DM008. Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo'

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

DM009. Comprimidos para 'ficar chapado ou ligado'

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

DM010. Oxi

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

DM011. Lança-perfume ou loló

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

DM012. Heroína

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

DM013. Ecstasy

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

DM014. Pitico (maconha com crack)

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

DM015. Crack

- ☐ Só experimentei
- ☐ Já usei, mas não uso mais
- ☐ Uso de vez em quando
- ☐ Uso só nos finais de semana
- ☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
- ☐ Nunca usei

Confidential

Page 4 of 9

DM016. LSD ou ácido

- ☐ Só experimentei
☐ Já usei, mas não uso mais
☐ Uso de vez em quando
☐ Uso só nos finais de semana
☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
☐ Nunca usei

DM017. Cola de sapateiro

- ☐ Só experimentei
☐ Já usei, mas não uso mais
☐ Uso de vez em quando
☐ Uso só nos finais de semana
☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
☐ Nunca usei

DM018. Merla

- ☐ Só experimentei
☐ Já usei, mas não uso mais
☐ Uso de vez em quando
☐ Uso só nos finais de semana
☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
☐ Nunca usei

DM018a. Outra. Qual?

DM018b.

- ☐ Só experimentei
☐ Já usei, mas não uso mais
☐ Uso de vez em quando
☐ Uso só nos finais de semana
☐ Uso todo dia, ou quase todo dia
☐ Nunca usei

**As próximas perguntas são sobre AGRESSÃO CONTRA VOCÊ,
FEITA POR ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA
(pai, mãe, irmão, irmã, tio, tia, companheiro, outro)**

DM019. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família ameaçou seriamente lhe machucar fisicamente?

(vezes)

DM020. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família bateu em você, o empurrou, o chutou ou o agrediu fisicamente sem arma?

(vezes)

DM021. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família o atacou com uma faca, arma de fogo ou outra arma?

(vezes)

DM022. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família roubou um objeto seu, com uso de violência ou de ameaça?

(vezes)

DM023. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da sua família o agarrou, o tocou ou agrediu as suas partes sexuais íntimas contra a sua vontade?

(vezes)

Confidential

Page 6 of 9

DM037. Nos últimos doze meses, quantas vezes você vendeu objetos que pertenciam a outras pessoas ou que você sabia que eram roubados?

_____ (vezes)

DM038. Nos últimos doze meses, quantas vezes você roubou dinheiro ou objetos que alguém estava carregando ou usando?

_____ (vezes)

DM039. Neste(s) roubo(s) de dinheiro ou outros objetos, você fez ameaças ou usou força e violência contra outra pessoa?

_____ (vezes)

DM040. Nos últimos doze meses, quantas vezes você colocou fogo ou tentou incendiar objetos intencionalmente (por exemplo: uma escola, uma parada de ônibus, uma casa, etc.)?

_____ (vezes)

DM041. Nos últimos doze meses, quantas vezes você carregou uma faca ou outra arma para o proteger ou brigar?

_____ (vezes)

DM042. Nos últimos doze meses, quantas vezes você usou alguma arma contra outra pessoa?

_____ (vezes)

DM042a. Qual(is) armas(s)?

DM043. Nos últimos doze meses, quantas vezes você fez sexo com alguém à força, contra a vontade da pessoa?

_____ (vezes)

DM044. Nos últimos doze meses, você participou de alguma quadrilha, facção ou gangue?

☐ Sim
☐ Não

Lembrando, este questionário é secreto. Seu nome não aparecerá nele.

Se você tiver alguma dúvida, chame a entrevistadora. Ela irá lhe ajudar sem olhar as suas respostas.

Leia as perguntas com atenção e marque a resposta que você achar melhor.

Na família, na escola, no trabalho, no lazer e nas ruas, as pessoas compartilham bons e maus momentos. Queremos saber se nos últimos 12 meses, alguém, alguma vez:

SL042. Humilhou você?

☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL043. Demonstrou falta de interesse por você?

☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL044. Culpa você por falhas que ele/ela cometeu?

☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

Confidential

Page 7 of 9

SL045. Culpou você por falhas cometidas por outras pessoas?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL046. Criticou você pelas coisas que você faz e diz?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL047. Criticou você pela sua aparência e pelo modo como você se veste?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL048. Criticou seus amigos?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL049. Não elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL050. Não encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esportes)?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL051. Disse a você que você não era tão bom quanto as outras pessoas?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL052. Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL053. Chamou você de nomes desagradáveis como "doido", "idiota" ou "burro"?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL054. Fez piadas sobre você na frente de outras pessoas?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

SL055. Não acreditou em você (você estava inventando alguma coisa/mentindo)?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

Confidential

Page 8 of 9

SL056. Disse a você que você estava errado/a quando você disse ou fez alguma coisa?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

SL057. Ignorou você quando você procurava carinho?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

SL058. Forçou você a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

SL059. Humilhou você fazendo piadas sobre seu corpo?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP.

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/HU/UFMA	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental - Uma contribuição das coortes de nascimento de São Luís para o SUS.

Pesquisador: ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49096315.2.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Departamento de Ciência e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.302.489

Apresentação do Projeto:

Os estudos de coorte de nascimentos têm aparecido com alta prioridade na agenda de pesquisa dos países desenvolvidos em termos de pesquisa e avanço tecnológico. Em resumo, tais estudos envolvem a definição de um grupo de nascidos vivos em determinado período de tempo e incluem o monitoramento de saúde dos indivíduos ao longo de suas vidas. O Reino Unido tem várias coortes em seguimento, sendo que a mais antiga teve início em 1946 (Wadsworth M, 2006). Apesar do alto custo destes estudos e do tempo que é necessário para que determinados resultados estejam disponíveis, sua importância é crescente e a participação de publicações baseadas em estudos de coorte de nascimentos no total de artigos em revistas de saúde pública é significativa (Lawlor DA, 2009). A importância das coortes de nascimento vem do reconhecimento de que muitos dos problemas que afetam a vida adulta têm sua origem no início da vida, incluindo a gestação (Barker DJ, 1999; Kuh D, 2003). Apenas estudos que consigam coletar dados ao longo da vida terão informação em qualidade e quantidade suficiente para explorar estas questões. Nesse contexto, apresentamos uma proposta de investigação científica que contempla um conjunto de atividades a serem conduzidas na coorte de nascimento em andamento na cidade de São Luís, que focalizam questões ligadas a temas de alta prioridade ligados à saúde da criança e do adulto.

Endereço: Rua Bacula de Aguiar nº 227

Cidade: CENTRO

CEP: 65.020-070

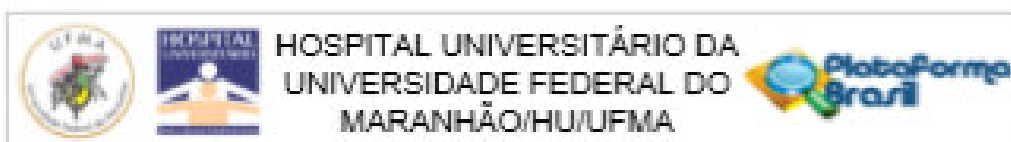
UF: MA

Município: SÃO LUÍS

Telefone: (98)2109-1200

Fax: (98)2109-1220

E-mail: cep@hufma.br



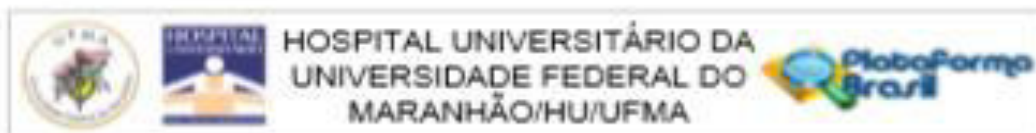
Continuação do Parecer: 1.202.489

precusores das doenças crônicas do adulto, composição corporal, incluindo a epidemia de obesidade. O projeto aborda também aspectos essenciais para a saúde integral: capital humano e saúde mental. Esses dois últimos aspectos são chave também para a redução das desigualdades sociais e econômicas que ainda são de grande magnitude no país, apesar dos avanços recentes. Nos anos de 2014 e 2015, a coorte de São Luís de 1997/98 será revisitada com a idade de 18 anos. Esperamos entrevistar e examinar cerca de 60-70% de toda a coorte, ou seja, de 1440 a 1680 indivíduos. Para localização dos participantes será realizado censo escolar, busca nos endereços de nascimento e nos dados de contato coletados por ocasião do seguimento realizado na idade escolar com 1/3 da coorte, além de checagem dos registros de alistamento militar, para os rapazes. Os membros da coorte serão convidados a comparecer nos locais de estudo para exame clínico, coleta de material biológico e preenchimento de questionários. Os que não comparecerem serão novamente visitados e examinados em casa, usando um subgrupo validado de métodos de exame físico, além dos questionários completos e coleta de material biológico. Abordagens analíticas são prioritárias e incluem: Prevalência de variáveis relacionadas com a saúde e fatores de risco contemporâneos: em função da coorte ser de base populacional, análises transversais permitem o estudo da prevalência de variáveis relacionadas com a saúde, de capital humano e seus determinantes contemporâneos. Determinantes precoces da saúde: associações entre desfechos exposições sociais, ambientais e biológicas serão

avaliadas. Para exposições socioeconômicas, não somente o nível econômico na infância, mas também trajetórias de vida serão examinadas. Métodos de análise que levam em conta a alta correlação entre medidas repetidas, especialmente em termos de crescimento, serão utilizados. Destacam-se as técnicas de modelagem condicional do crescimento, usadas para determinar o efeito de variáveis do crescimento em diferentes pontos no tempo. Acompanhamento de fatores de risco para doenças crônicas: serão examinadas quão

estáveis são os fatores de risco para doenças crônicas complexas ao longo do ciclo vital. Serão estudados como tabagismo, pressão arterial, atividade física e sobrepeso se comportam ao longo do tempo, avaliando sua permanência em níveis indesejáveis. Essas análises ajudarão a identificar indivíduos ou grupos da população persistentemente com comportamentos negativos. Análises laboratoriais de material biológico já coletado: A análise será guiada por modelos conceituais hierarquizados que definem os níveis de determinação que ajudarão a identificar variáveis de confusão, mediadores e modificadores de efeito. Vários modelos estatísticos serão utilizados incluindo regressão linear, logística e Poisson (para desfechos binários frequentes), assim como análise de sobrevivência.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Cidade: CENTRO **CEP:** 65.030-070
UF: MA **Município:** SÃO LUÍS
Telefone: (98)2109-1293 **Fax:** (98)2109-1293 **E-mail:** osp@ufma.br



Confirmação do Projeto: 1.002.000

conforme for apropriado. Estudar interações gene-ambiente e seus efeitos nos desfechos a serem avaliados; as amostras de DNA obtida das coortes irão constituir um banco com cerca de 1 mil amostras. Nossa prioridade será estudar tanto os efeitos principais de variantes genéticas identificadas claramente como influenciando marcadores de crescimento assim como interações entre estes marcadores genéticos e fatores ambientais e seus efeitos no crescimento e desenvolvimento desde o nascimento até a adolescência, em doenças crônicas frequentes e em saúde mental. Iremos também investigar outras variantes genéticas que estejam relacionadas com fenótipos intermediários intermediários (e.g. níveis séricos de colesterol e glicose) em relação com esses marcadores e com desfechos de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos Principais:

Investigar determinantes precoces da saúde na adolescência. Os desfechos principais incluem a nutrição e composição corporal, precursores de doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano. A proposta envolve um programa de pesquisa em um país de renda média em rápido processo de transição, envolvendo uma localidade inserida em região pobre do país, com susceptibilidades a agravos de ordem social, econômica e cultural, o que permitirá explorar essa diversidade. o Documentar na coorte as tendências temporais dos indicadores de saúde na adolescência, relacionando estas tendências a desigualdades socioeconômicas e étnicas, como também a mudanças culturais, ambientais e na atenção à saúde num período de uma década e meia. o Coletar dados de qualidade sobre o estado nutricional e de saúde que serão utilizados como variáveis de exposição para desfechos relevantes para a saúde da população no futuro. o Incrementar o trabalho multidisciplinar envolvendo epidemiologia, estatística, clínica médica, planejamento de serviços e biologia molecular; • Promovendo a integração entre a pesquisa epidemiológica e a avaliação e planejamento de serviços, para aumentar o entendimento dos desfechos em saúde, fatores de risco comportamentais e associações entre fatores de risco e desfechos, e como o SUS pode agir de forma mais efetiva; • Expandindo nossos bancos biológicos com material genético e sorológico; • Fortalecendo nossa capacidade de pesquisa em epidemiologia genética e estatística. o Disseminar os resultados das pesquisas para cientistas, mas com ênfase especial na difusão dos conhecimentos entre gestores e políticos. Nesse aspecto, nossa proposta envolve a composição de uma equipe de disseminação com a tarefa principal de elaborar ao longo de toda a duração do projeto relatórios informativos que apresentem, para uma lista de tópicos selecionados de comum acordo

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

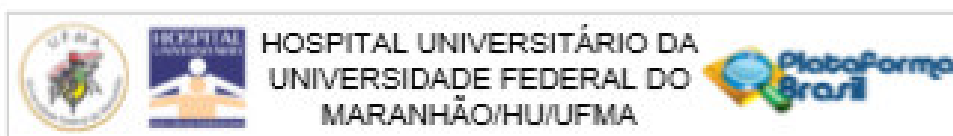
UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)2108-1220

Fax: (98)2108-1225

E-mail: map@ufma.br



Continuação do Parecer: 1.382.489

entre o Decit e os investigadores, os principais aspectos dos novos conhecimentos com relevância para o SUS. Prevê-se a elaboração de dois relatórios por ano, baseados nas publicações desta coorte de nascimento e enriquecidos com outros achados, se relevantes.

Objetivos Secundários

1) Avaliar a constituição familiar; 2) Identificar as características socioeconômicas da coorte; 3) Identificar ocorrência de morbidade, uso de serviços de saúde e hospitalizações; 4) Identificar as características socioeconômicas da coorte; 5) Identificar ocorrência de morbidade, uso de serviços de saúde e hospitalizações; 6) Identificar comportamentos protetores e de risco para a saúde; 7) Identificar concepções políticas, altruísmo e egoísmo; 8) Identificar a ocorrência de violência; 9) Avaliar a prevalência de problemas mentais, cognitivos e neurológicos; 10) Avaliar a inteligência; 11) Avaliar o consumo alimentar; 12) Realizar avaliação de medidas antropométricas; 13) Realizar avaliação de medidas antropométricas; 14) Estimar compartimentos corporais; 15) Estimar a densidade óssea; 16) Avaliar o nível de atividade física; 17) Avaliar a função pulmonar; 18) Avaliação da pressão arterial; 19) Avaliar a espessura da camada íntima da carótida como indicador precoce de aterosclerose; 20) Quantificação das mudanças mediadas pelo endotélio do tônus vascular; 21) Identificar alterações nos níveis sanguíneos de marcadores bioquímicos associados a DCNT; 22) Identificar SNPs como fatores associados a DCNT; 23) Identificar problemas de saúde bucal, incluindo tecido ósseo, tecidos moles e problemas oculares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

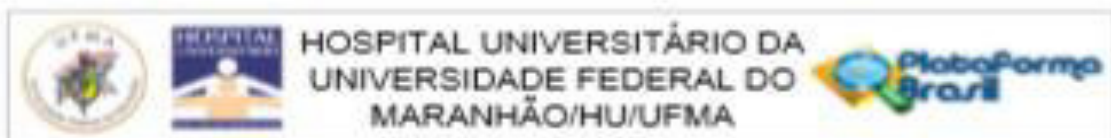
Riscos:

Posto que haverá coleta de material biológico, os riscos dizem respeito à punção para retirada de sangue, que podem ocasionar dor no local e pequenos hematomas. Porém, o pesquisador poderá minimizar os riscos com orientações in loco e tomada de medidas preventivas para reduzir tais riscos. Vale lembrar que a coleta será realizada por pessoal treinado, de laboratório especializado, além do fato de ser em ambiente do hospital universitário, o que gera maior segurança para os participantes e para a equipe.

Benefícios:

Como benefício direto o indivíduo terá: avaliação ampliada de sua saúde, possibilidade de diagnóstico precoce de enfermidades crônicas como problemas de obesidade, dor, sono e saúde mental. Os benefícios para a comunidade são relevantes, pois os resultados poderão servir para

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Cidade: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SÃO LUIS
Telefone: (98)2109-1290 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cnp@huufma.br



Contratação do Projeto: 1.382.489

conhecimento da realidade da saúde de adolescentes/adultos jovens, fornecendo subsídios para implementação de políticas de saúde local e nacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo relevante por abordar aspectos essenciais para a saúde integral: capital humano e saúde mental. Esses dois últimos aspectos são descritos como chave também para a redução das desigualdades sociais e econômicas que ainda são de grande magnitude no país, apesar dos avanços recentes. Nesse contexto, a proposta de investigação científica contempla um conjunto de atividades a serem conduzidas na coorte de nascimento em andamento na cidade de São Luís, focalizando temas prioritários ligados à saúde da criança e do adulto. A proposta do estudo está relacionada ao estudo perinatal da coorte de São Luís que foi

conduzido em dez hospitais da cidade, públicos e privados, de março de 1997 a fevereiro de 1998. A base amostral do estudo incluiu 98,3% dos nascimentos do período, ficando de fora os nascimentos não-hospitalares e os nascimentos ocorridos em hospitais onde ocorriam menos de 100 partos por ano. Foram incluídos no estudo 2542 nascimentos, tendo como objetivos estimar as taxas de baixo peso ao nascer, nascimento pré-termo, restrição de crescimento intrauterino, cobertura pré-natal e mortalidade perinatal, pela pouca disponibilidade de informação sobre estas taxas no Nordeste brasileiro. Neste sentido o atual estudo busca revisitar a coorte e investigar determinantes precoces da saúde na adolescência. Os desfechos principais incluem a nutrição e composição corporal, precursores de doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano. A proposta envolve um programa de pesquisa em um país de renda média em rápido processo de transição, envolvendo uma localidade inserida em região pobre do país, com susceptibilidades e agravos de ordem social, econômica e cultural.

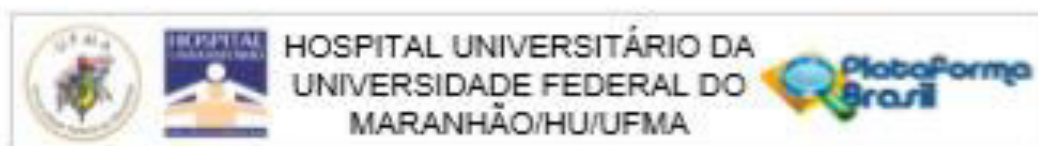
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word e Declaração de Biorrépositor. Atende à Norma Operacional nº001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HU/UFMA solicita que os resultados do estudo sejam encaminhados aos participantes, em caso de manifestação de interesse, ou à instituição que

Endereço: Rua Barão de Igarary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)2109-1230 Fax: (98)2109-1233 E-mail: cep@huufma.br



Contratação do Parecer: 1.362.469

autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo atende os requisitos da Resolução CNS nº.466/2012 e a Norma Operacional nº. 001 de 2013.

Considerações Finais e critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Em conformidade com a Resolução CNS nº.466/12 - Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas ou notificações, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Cabe ao pesquisador: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não; justificar perante ao CEP a interrupção do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_582713.pdf	22/10/2015 10:40:22		Aceito
Outros	carta_resposta_CEP.pdf	22/10/2015 10:39:21	ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_corrigida.pdf	22/10/2015 10:38:35	ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_corrigido.pdf	22/10/2015 10:29:45	ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DetalhadoRPS.docx	10/09/2015 09:45:39	ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Declaração de Manuseio Material	DECLARACAO_BIOREPOSITORIO.docx	08/09/2015 07:53:44	ANTONIO AUGUSTO MOURA	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)2108-1290

Fax: (98)2108-1223

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.052.489

Biológico / Biorrepositório / Biotecnologia	DECLARACAO_BIOREPOSITARIO.docx	08/09/2015 07:53:44	DA SILVA	Aceito
Outros	Parecer_COMEC.pdf	03/09/2015 16:48:52	ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Orçamento	OrçamentoProjetoRPS.pdf	03/09/2015 16:19:14	ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	03/09/2015 16:18:09	ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DetalhadoRPS.docx	03/09/2015 16:11:39	ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Outubro de 2015

Assinado por:

Rita de Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SÃO LUÍS
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1253 E-mail: cnp@ufma.br

Página 17 de 17

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em

inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
 2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
 3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
 4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).
 5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.
- Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.**)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
 Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos

21040-361 Rio de Janeiro RJ – Brazil

Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-9151



cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));
- 1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5

ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações

(fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: esp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.: +55 21 2598-2511**

Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514



cadernos@fiocruz.br