



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

DÉBORAH GABRIELY ROCHA OLIVEIRA

**INSTRUMENTOS DE RASTREIO, IDENTIFICAÇÃO E
AVALIAÇÃO DAS DIFERENTES FORMAS DE VIOLÊNCIA
SOFRIDAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

Brasília - DF

2016

DÉBORAH GABRIELY ROCHA OLIVEIRA

**INSTRUMENTOS DE RASTREIO, IDENTIFICAÇÃO E
AVALIAÇÃO DAS DIFERENTES FORMAS DE VIOLÊNCIA
SOFRIDAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional

Professor Orientador: Vagner dos Santos

Brasília – DF

2016

DÉBORAH GABRIELY ROCHA OLIVEIRA

**INSTRUMENTOS DE RASTREIO, IDENTIFICAÇÃO E
AVALIAÇÃO DAS DIFERENTES FORMAS DE VIOLÊNCIA
SOFRIDAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional

BANCA EXAMINADORA

Ms. Caroline Alves

Orientador (a)

Ms. Vagner Dos Santos

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília, 08 dezembro de 2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tornar tudo isso possível, por me dar forças para superar as dificuldades encontradas no caminho e se mostrar presente em todos os momentos da minha vida.

A esta universidade e seu corpo docente por tudo o que me proporcionou ao longo da minha caminhada universitária.

Ao meu orientador Vagner dos Santos, pelas suas correções, apoio e dedicação à elaboração deste trabalho.

A minha mãe Maria da Graça por todo apoio, preocupação e investimento e por nunca ter deixado de acreditar em mim.

A minha irmã Glaucia Ingrid pelo incentivo, preocupação, força e conselhos.

Ao meu cunhado Roosemar por sempre ter se preocupado em saber como andava as coisas na faculdade.

A minha irmã Gleyce Kelly, pelo apoio e por me aturar em seu quarto, noites adentro até a finalização deste trabalho.

A minha irmã Glasielly Cristine por se preocupar mesmo que indiretamente com a elaboração deste trabalho.

A minha madrinha Irmã Josilene pelas suas orações.

As minhas sobrinhas Letícia, Laura e Maria Eduarda por me distraírem e fazer com que eu pensasse menos na tensão que é elaborar um trabalho.

Ao meu namorado Anderson da Silva pela paciência, incentivo e dedicação.

A minha amiga Anna Karolliny Brasil por ter doado o seu tempo pra me ajudar neste trabalho, me ensinar e por ter acompanhado essa etapa e todas as outras etapas.

As minhas amigas de caminhada, Eveny Raposo, Rebeca Souza por todas as trocas, experiências, conversas e por todos os momentos que vivemos na Universidade.

A Karla Rayane pela ajuda e pelas trocas durante a elaboração deste trabalho.

A minha amiga Amanda Cavalcante pelo apoio.

E a todos que de alguma maneira contribuíram, meu muito obrigado.

RESUMO

Introdução: A violência contra crianças e adolescentes (CA) é um desafio social e de saúde. Nesse sentido, é necessário dispor de instrumentos adequados para medir a extensão desse problema e suas conseqüências. *Objetivos:* Mapear e identificar os instrumentos para rastreamento e identificação das diferentes formas de violência sofridas por CA utilizadas em estudos sobre a temática no Brasil. *Metodologia:* Pesquisa de caráter bibliográfico com a intenção de detectar, apurar e avaliar acerca da violência na infância e na adolescência. O banco de dados SciELO, foi consultado, utilizando os termos viol\$ AND Prev\$. Os estudos publicados de Janeiro de 2006 a dezembro de 2015, que tivessem pelo menos um instrumento de rastreamento de violência e fatores associados foram incluídos. *Resultados:* Foram encontrados 8 instrumentos para identificação da violência contra criança e adolescentes, sendo 5 para ambiente doméstico, 2 para ambiente escolar, 1 para bullying. Ainda, foram encontrados 11 instrumentos para fatores associados, sendo 3 para detecção de uso de álcool, 1 para identificação de problemas de saúde mental, 1 para rastreamento de sintomas de depressão, 1 para problemas comportamentais, 1 para identificar violência entre casais, 1 para transtornos de humor, ansiedade e de somatização, 1 para engajamento escolar, 1 para competência cognitiva e 1 para identificação de uso de drogas ilícitas. *Conclusão:* Poucos estudos definem claramente a violência. Durante o estudo foram encontrados poucos instrumentos claros para a detecção de casos de violência, a maioria dos encontrados diz respeito a Fatores associados e não a violência propriamente dita.

Descritores: violência, rastreamento, maus-tratos.

ABSTRACT

Introduction: Violence against children and adolescents (CA) is a social and health challenge. In this sense, it is necessary to have adequate instruments to measure the extension of this problem and its consequences. *Objectives:* To identify instruments for screening and identification of different forms of violence against CA used in studies conducted in Brazil. *Methodology:* A bibliographic review was carried out. The SciELO database was consulted using the terms viol\$ AND Prev\$. We included studies published from January 2006 to December 2015 that had at least one instrument for screening for violence and its associated factors. *Results:* 8 instruments to identify violence against children and adolescents were found, 5 of them were developed for domestic environment, 2 for school environment and 1 for school setting. In addition, 11 instruments were found for associated factors, 3 for detecting alcohol consumption, 1 for identifying mental health problems, 1 for screening for depression symptoms, 1 for behavioral problems, 1 for identifying violence between couples, 1 for Mood disorders, anxiety and Somatization, 1 for school involvement, 1 for cognitive competence and 1 for identification of illicit drug use. *Conclusion:* Few studies clearly define violence, consequently it was found that some instruments have biases to detect different cases of violence.

Descriptors: violence, screaming, mistreatment.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	4
2	JUSTIFICATIVA.....	7
3	OBJETIVOS.....	7
	3.1 Objetivo Geral.....	7
	3.2 Objetivos Específicos.....	7
4	METODOLOGIA.....	7
5	RESULTADOS.....	8
6	DISCUSSÃO.....	17
7	CONCLUSÃO.....	21
	REFERÊNCIAS.....	22
	ANEXOS.....	32

1. INTRODUÇÃO

Na idade Média, a infância não era considerada como uma fase específica da vida. Desde os tempos mais antigos, mulheres e crianças eram rebaixadas e não eram consideradas como merecedoras de nenhum tipo de tratamento especial, até o tempo que durava a infância era reduzido. Por volta do século XII era provável que não existisse lugar para a infância, levando em conta que a arte medieval não a conhecia.¹

Quando chegou a era moderna essa realidade foi modificada e a infância tornou entendida como uma realidade social, ganhando espaço na família e no ambiente social, isso se deu devido ao fato da família ter passado a dar devida atenção à criança, certos padrões foram quebrados e a infância passou a ser de importância diante da sociedade. A criança começou a ser vista como um ser único e com seus devidos valores, e adquiriu seu lugar na sociedade a que pertence.

Sobre essa nova organização familiar Ariès complementa que:²

A família começou então a se organizar em torno da criança e a lhe dar uma tal importância, que a criança saiu de seu antigo anonimato, que se tornou impossível perdê-la ou substituí-la sem uma enorme dor, que ela não pode mais ser reproduzida muitas vezes, e que se tornou necessário limitar seu número para melhor cuidar dela [...]. (ARIÈS, 2006, p.11).

Para Assis,³ a violência contra as crianças e adolescentes segue a trajetória humana de maneira social e principalmente familiar. E Algeri,⁴ afirma que a violência contra crianças e adolescentes se mantém junto à humanidade desde os acontecimentos mais primitivos registrados, mostrando sua presença de inúmeras e diferentes maneiras dentro de culturas homogêneas. Por ser algo social, a violência sofre modificações, sendo que “ela é aquilo que em dado momento uma pessoa, um grupo, uma sociedade considera como tal”. (WIEVIORKA, 2006 p. 1148).⁵

No período anterior ao século XVIII, os pensadores do século tinham como base que os pais tinham que zelar para que seus filhos não fossem tomados por influências ruins. Eles consideravam que os adultos poderiam criar as crianças de acordo com os seus desejos e não consideravam o fato de que as crianças tinham personalidade.⁶

O primeiro estudo científico com o tema violência contra a criança foi realizado na França no ano de 1860 pelo Prof. Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris, constituindo-se assim o conceito de criança maltratada. O significado mais utilizado

para violência, quer dizer uso de força física, psicológica ou até intelectual que obrigue outra pessoa a fazer algo que ela não quer, causando constrangimento, falta de liberdade, não leva em conta a opinião do outro, sob pena de viver a efeito de ameaças, violência física, lesões ou até mesmo ser levada a morte. É uma forma de repressão, manter o outro em poder, é uma maneira de desrespeito aos direitos do ser humano.⁷

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei 8.069/1990, no segundo artigo, denomina criança como aquelas pessoa de até 12 anos de idade não completos e adolescência como a faixa etária entre os 12 e 18 anos de idade, e, em casos atípicos e quando amparado na lei, o estatuto pode ser empregado até os 21 anos de idade, como descritos nos artigos 121 e 142. O ECA também estabelece as normas para o Estado bem como para a sociedade para assegurar que os direitos das crianças e dos adolescentes sejam cumpridos.⁸

Crianças e adolescente podem estar expostos a diferentes contextos e tipos de violência, há inúmeras classificações quanto à violência, por exemplo, como em relação de onde aconteceu:

1- A violência intra-familiar ou doméstica, se trata de abusos e constrangimentos praticados contra a criança ou adolescentes praticados por entes familiares ou até mesmo por pessoas próximas no ambiente privado ou no âmbito familiar, causando lesão corporal e perturbações psicológicas e emocionais. Cujos formas mais comuns são de natureza física, sexual, psicológica, negligência. Pode ser encontrada nas mais diversas classes sociais.⁹

2. A violência comunitária de uma maneira geral, está direcionada a violência vivenciada ou testemunhada pela criança/adolescente na rua, escola e em outros locais próximos em que trafegam. A exposição a este tipo de violência pode desencadear prejuízos ao desenvolvimento e a saúde mental dessas crianças e adolescentes, como por exemplo: problemas de comportamento externalizantes, depressão e problemas internalizantes.^{10, 11, 12}

3. A violência estrutural, que é aquela que reflete sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, através das determinações histórico-econômicas e sociais, o que reflete em um crescimento e desenvolvimento fragilizado que por se tratar de um acontecimento constante e por não ter intervenção direta das pessoas prejudicadas, a violência estruturada é vista como normal, mas, é preciso apurar e desmascarar as formas de disseminação por meio de instrumentos institucionais, de cultura e de relação. Esta configuração de violência é um protótipo de todos os demais tipos de violência pelo fato de ser exercida nas ações diárias. Segundo Boulding apud Minayo e Souza (1998):¹²

“O conceito de violência estrutural se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão determinadas pessoas a quem se negam vantagens da sociedade, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento e à morte”.

Ainda, em relação às formas, há diferentes tipos:

1. A exploração do trabalho infanto-juvenil também constitui uma forma intensa de violência estrutural. Miranda ¹³ declara que por serem nocivas, as atividades que as crianças que trabalham são submetidas não educam, arruinam seu crescimento e a destroem como ser de maneira social e as colocam também em risco de vida além de não produzir a renda esperada, somente ocasionando sobrevida no que diz respeito à miséria e opressão.
2. Violência física como afirma Silva ¹⁴ são atos de agressão praticados pelos pais e/ ou responsáveis que podem ir de uma palmada até ao espancamento e outros atos que sejam cruéis e que podem ou não deixar marcas físicas visíveis, mas as marcas psíquicas e de cunho afetivo existirão. Tais agressões podem provocar: fraturas, hematomas, queimaduras, esganos, hemorragias internas etc. Inclusive, causar até a morte.
3. O abuso/violência sexual corresponde a qualquer ato sexual com abuso praticado contra a criança e o adolescente. É o tipo de violência geralmente praticado por pais, responsável ou por qualquer outra pessoa, que envolve relações sexuais não desejadas, sendo a criança ou adolescentes obrigados a passar pelo ato violento. ⁹
4. A Violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou pode vir a acarretar algum dano emocional, segundo Azevedo e Guerra: ¹⁵ Violência psicológica é toda participação não positiva do adulto em relação às crianças, desencadeando nelas um comportamento ruim. Existem mães que debaixo da desculpa da disciplina ou da boa educação, sentem prazer em proporcionar vexames aos filhos, o mais importante é acabar com a alegria de uma criança por meio de queixas, gritos, comparações, xingamentos, chantagens, entre outros comportamentos, o que pode deturpar a autoconfiança e a autoestima.
5. As negligências constituem uma omissão em relação às obrigações da família e da sociedade de fornecer as precisões físicas e emocionais que é direito da criança. Manifestam-se no comportamento dos pais ou dos responsáveis em relação às crianças quando omitem alimentação, vestimentas, bem como medicá-los, educá-los e cuidar. As primeiras indicações relacionadas à negligência podem ser encontradas nos trabalhos de Azevedo e Guerra. ^{16,17}

Levando em consideração a diversidade de contextos e formas de violência que as Crianças e Adolescentes podem estar expostos, há a necessidade de instrumentos adequados. Portanto, este estudo objetiva discernir instrumentos empregados para rastrear e identificar as

várias configurações de violência praticadas contra crianças e adolescentes, bem como caracterizar o uso feito destes instrumentos.

2. JUSTIFICATIVA

Minha problemática de pesquisa e as técnicas escolhidas podem contribuir para o campo social e da saúde e pode ajudar na apresentação e no conhecimento dos diferentes instrumentos que acabam por serem desconhecidos. Ainda esse trabalho, a partir da identificação destes instrumentos pode colaborar para uma discussão sobre a viabilidade ou não do uso destes nos diferentes setores de cuidados da área social e da saúde. Isso aumentaria a identificação de casos, uma vez que muitos casos de violência não são identificados o que conseqüentemente impede o combate da mesma.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS:

Identificar instrumentos utilizados para rastreamento e identificação das diversas formas de violência sofrida por crianças e adolescentes.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar elementos essenciais na avaliação infanto-juvenil para detecção de casos de violência.
- Caracterizar os usos feitos destes instrumentos (clínicos ou de pesquisa).
- Identificar os instrumentos de fatores associados à violência infanto-juvenil.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter bibliográfico, que se dispõe de métodos objetivos e sistemáticos para detectar, apurar e avaliar de maneira crítica os trabalhos previamente publicados. Serão utilizados artigos científicos selecionados no Banco de dados SciELO, com

os seguintes descritores: viol\$ AND Prev\$. O uso de \$ permite a identificação de termos com qualquer finalização dos prefixos ‘viol’ e ‘prev’, que permite a inclusão de trabalhos em Português (violência AND prevalência) e inglês (violence AND prevalence). O período foi delimitado em dez anos, artigos de Janeiro de 2006 a dezembro de 2015. Foram excluídos os artigos de metodologia qualitativa, aqueles que não corresponderem à faixa etária, estudos que coletaram dados em bases de dados secundárias, bem como aqueles que não apresentam ou discutem com clareza os instrumentos utilizados.

Dos 278 artigos encontrados foi realizada a leitura de todos os títulos. Os que possivelmente eram objeto de estudo foram marcados como incluídos e foi feita a leitura do resumo quando não era claro o conteúdo a partir do título e os que possuíam título em inglês foram traduzidos pelo mecanismo Google tradutor.

A análise de dados será feita por meio de Fichamento, que consiste em registrar os estudos sobre textos, artigos ou livros. Serão elaborados dois tipos de fichas, uma ficha bibliográfica e uma ficha de apontamento com registro de ideias, resultados e outros aspectos referentes.

5. RESULTADOS

Dos 278 artigos encontrados na busca, 17 atendem os critérios de inclusão do estudo em questão, ou seja, apresentavam de forma clara os instrumentos. Dos 17 artigos incluídos 3 estudos desenvolveram instrumentos próprios, 1 utilizou um questionário elaborado pela Organização Mundial de saúde, o que dificulta a comparação e 13 utilizaram instrumentos padronizados de avaliação. Sendo que 3 utilizaram o Revised Conflict Tactics Scales (CTS2),¹⁸ 3 a Parent-Child Conflict Tactics (CTS),¹⁹ 3 a Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC),²⁰ 1 o Self-Report Questionnaire (SQR),²¹ 1 Self-Report Questionnaire (SQR-20),²² 1 o Teste de Matrizes Progressivas de Raven Infantil (Colored Progressive Matrices - CPM),²³ 1 o Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar (QIPVE),²⁴ 1 Inventário de Depressão Infantil (CDI),²⁵ 1 a Escala de Engajamento Escolar (EEE),²⁶ 1 o KIDSCAPE,²⁷ 1 o Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ),²⁸ 1 a Escala de Violência Psicológica (EVP),²⁹ 1 o TWEAK (Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down),³⁰ 1 o CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener),³¹ 1 o Non-student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ),³² 1 o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT),³³ Conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory (CADRI),³⁴ 1 a Cartilha

Epidemiológica,³⁵ 1 o ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C)³⁶ e 1 o Child Behavior Checklist (CBCL).³⁷

Tabela1

Fichamento Bibliográfico.

Artigo	Instrumentos
Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira LJES, 2013 ³⁸	-Questionário anônimo*
Palazzo LS, Kelling A, Béria JU, Figueiredo ACL, Gigante LP, Raymann B et al., 2008 ³⁹	-Questionário Desenvolvido pela própria equipe de pesquisa*
Reichenheim Michael Eduardo, Dias Alessandra Silva, Moraes Claudia Leite, 2006 ⁴⁰	- Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) ¹⁸ - Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC) ²⁰
Zotareli V, Faúndes A, Osís MJD, Duarte GA, Sousa MH, 2012 ⁴¹	- Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) ¹⁸
BordinIAS, Paula CS, Nascimento R., Duarte CS, 2006 ⁴²	-Child Behavior Checklist (CBCL) ³⁷ - Self-Report Questionnaire (SQR) ²¹
Stelko-Pereira, AC, Santini, PM, Williams, LCA, 2011 ⁴³	- Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar (QIPVE) ²⁴ - Inventário de Depressão Infantil (CDI) ²⁵ - Escala de Engajamento Escolar (EEE) ²⁶
Silva RCR, Assis AMO, Hasselmann MH, Santos LM, Pinto EJ, Rodrigues LC, 2012 ⁴⁴	- Teste de Matrizes progressivas de Raven Infantil (Colored Progressive Matrices - CPM) ²³ - Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) ¹⁸
Moura DR, Cruz ACV, Quevedo LA, 2011 ⁴⁵	- Questionário KIDSCAPE ²⁷ - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ²⁸
Moreira Taís C., Belmonte Elisa L., Vieira Fernanda Rodrigues, Noto Ana Regina, Ferigolo Maristela, Barros Helena M. T., 2008 ⁴⁶	-Questionário formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)*
Barros ACMW, Bastos OM, Pone MVS, Deslandes SF, 2013 ⁴⁷	- Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC) ²⁰

	- Escala de Violência Psicológica (EVP) ²⁹
Rocha PCX, Moraes CL, 2011 ⁴⁸	- Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC) ²⁰ - TWEAK (Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down) ³⁰ - CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener) ³¹ -Non-student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ) ³²
Lopes APAT, Ganassin GS, Marcon SS, Decesaro ⁴⁹	- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ³³
Barreira AK, Lima MLC, Avanci JQ, 2013 ⁵⁰	-Instrumento desenvolvido pela própria equipe* - Conflict Tactics Scales (CTS) ¹⁸ -Conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory (CADRI) ³⁴
Silva RA, Jansen K, Godoy RV, Souza LDM, Horta BL, Pinheiro RT, 2009 ⁵¹	- Self-Report Questionnaire (SQR-20) ²²
Faleiros JM, Matias ASA, Bazon MR, 2009 ⁵²	-Cartilha epidemiológica ³⁵
Moraes CL, Cabral CS, Heilborn ML, 2006 ⁵³	-Questionário estruturado*
Ribeiro IMP, Ribeiro AST, Pratesi R, Gandolfi L ⁵⁴	-ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C) ³⁶

* questionário não identificado ou localizado para análise.

O uso de instrumentos padronizados de pesquisa permite uma progressão na expansão da pesquisa e uma prática clínica mais exata e segura no Brasil. Existem instrumentos com diferentes funções, sendo capaz, de maneira padronizada, identificar problemas de saúde mental, avaliar inteligência, realizar diagnósticos psiquiátricos do quadro a qual é destinado entre outras funções.

Com relação à violência observa-se que os respondentes dos instrumentos encontrados podem ser professores, estudantes, pais/responsáveis ou ser autoaplicado. Foram encontrados 8 instrumentos para identificação da violência contra crianças e adolescentes, sendo 5 para ambiente doméstico, 2 para ambiente escolar, 1 para bullying. Ainda, foram encontrados 11 instrumentos para fatores associados, sendo 3 para detecção de uso de álcool, 1 para identificação de problemas de saúde mental, 1 para rastreamento de sintomas de depressão, 1 para problemas comportamentais, 1 para identificar violência entre casais, 1 para transtornos de

humor, ansiedade e de somatização, 1 para engajamento escolar, 1 para competência cognitiva e 1 para identificação de uso de drogas ilícitas.

Abaixo apresentamos uma descrição clara de cada instrumento padronizado encontrado no estudo com objetivos, e características:

O uso de instrumentos padronizados de pesquisa permite uma progressão na expansão da pesquisa e uma prática clínica mais exata e segura no Brasil. Existem instrumentos com diferentes funções, sendo capaz, de maneira padronizada, identificar problemas de saúde mental, avaliar inteligência, realizar diagnósticos psiquiátricos do quadro a qual é destinado entre outras funções.

Com relação à violência observa-se que os respondentes podem ser professores, estudantes, pais/responsáveis ou ser autoaplicado. Foram encontrados 8 instrumentos para identificação da violência contra criança e adolescentes, sendo 5 para ambiente doméstico, 2 para ambiente escolar, 1 para bullying. Ainda, foram encontrados 11 instrumentos para fatores associados, sendo 3 para detecção de uso de álcool, 1 para identificação de problemas de saúde mental, 1 para rastreio de sintomas de depressão, 1 para problemas comportamentais, 1 para identificar violência entre casais, 1 para transtornos de humor, ansiedade e de somatização, 1 para engajamento escolar, 1 para competência cognitiva e 1 para identificação de uso de drogas ilícitas.

Abaixo apresentamos uma descrição clara de cada instrumento padronizado encontrado no estudo com objetivos, e características:

1- Conflict Tactics Scales (CTS): É uma escala que faz parte de um conjunto de instrumentos de identificação de violência familiar feitas pelo sociólogo Murray Straus.⁵⁵ É dividida em 4 níveis (de argumentação, agressão por palavras, violência e violência grave) e tem como objetivo mensurar taxas de prevalência tanto de abuso físico como psicológico no contexto familiar. Foi validada para o Brasil e passou por adaptação entre as culturas a partir de uma avaliação formal entre as versões de língua portuguesa e inglesa. Recebeu críticas provenientes de alguns autores devido a problemas e limitações o que resultou na versão revisada que é chamada de Revised Conflict Tactics Scales (CTS2).¹⁹⁻⁵⁶⁻¹⁸

2- Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): É uma escala, revisada também é parte de um conjunto de instrumentos de identificação de violência familiar feita por Straus et al.⁵⁷ É estruturado e multidimensional e foi elaborado especialmente para identificar violência entre indivíduos que possuam uma relação (namoro. Casamento etc.). Foi realizado uma adaptação transcultural do presente instrumento. Tem 78 itens que retratam possíveis ações da pessoa que está respondendo e mutuamente de seu companheiro, esses itens compõem 5 escalas que

simboliza as respectivas dimensões. Três englobam itens sobre formas de resolver conflitos por meio da negociação, da violência física e da violência psicológica já as outras duas escalas falam sobre os possíveis efeitos da violência na saúde do indivíduo e também na saúde de seu companheiro (a) e sobre a presença de coerção sexual dentro do relacionamento. A maneira mais simples de calcular o escore das CTS é colocando os valores de cada categoria de resposta para cada escala. Os escores mais altos apontam maior uso da tática. ^{18-40,41-44}

3- Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC): Concebida por Straus et al. ⁵⁷ em língua inglesa e se trata de um aprimoramento das primeiras CTS, porém é exclusiva para relações entre pais e filhos e assim como ela também é parte do conjunto de instrumentos de identificação de violência familiar. No Brasil a CTSPC foi modificada culturalmente e validada em um estudo feito com 774 mães, que foram encontradas em três maternidades públicas localizadas no Rio de Janeiro, nas primeiras 48 horas que sucedem o parto. Objetiva investigar violência doméstica através da maneira dos pais de educar filhos. A parte básica da CTSPC é formada por 22 itens que são separados em três escalas – disciplina não-violenta. A violência física é subdividida em três, onde cada uma abrange atos de distintas gravidades (menores ou punição corporal; graves ou maus-tratos físicos e muito graves ou maus-tratos físicos graves). Esse instrumento apresenta também três módulos suplementares que explanam sobre as táticas executadas para a disciplina infantil na semana que antecedeu a entrevista, situações de negligência e abuso sexual. ²⁰⁻¹⁹⁻⁴⁷⁻⁴⁰⁻⁵⁸

4- Child Behavior Checklist (CBCL): Faz parte de um sistema de avaliações desenvolvido por Achenbach e Rescorla ⁵⁹ que avalia indivíduos de distintas faixas etárias e em contextos diversificados. É destinado a avaliação de problemas de comportamento em crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos de idade. Foi elaborado para ser respondido de forma independente por responsáveis, professores, pais e jovens e é constituída por 138 itens, sendo 20 referentes à competência social e 118 a problemas de comportamento. Na primeira página são registrados dados pessoais e as demais questões diz respeito à avaliação de competências e problemas emocionais e de comportamento, que variam de 0 a 2. Quando a afirmação não é verdadeira atribui-se 0, se a afirmação for um pouco ou de vez em quando verdadeira se atribui pontuação 1 e caso seja uma afirmação muito verdadeira ou que é frequentemente verdadeira o ponto obtido é 2. As instruções de como preencher estão no instrumento sendo assim aqueles que possuem ensino fundamental completo podem auto preencher o questionário e no caso dos que possuem de baixa escolaridade ou dificuldades de compreender os comandos, podem ter o auxílio de um entrevistador treinado. A aplicação pode ser de maneira coletiva ou individual e o tempo varia entre 15 a 20 minutos e embora

não se faça necessária formação específica para aplicar é indicado que o aplicador conheça sobre o instrumento para que assim consiga esclarecer dúvidas, já a interpretação dos resultados obtidos é preciso que o avaliador possua experiência clínica.³⁷⁻⁴²

5- Self-Report Questionnaire (SQR e SQR-20): Surgiu da necessidade da Organização Mundial de Saúde- OMS de validar e criar um instrumento de rastreamento de caráter psiquiátrico que auxiliasse a detecção de casos de forma fácil e competente. Sendo assim, Harding e colaboradores⁶¹ apresentaram o Self-Report Questionnaire (SQR). A versão aplicada ao longo dos anos é a que é composta por 20 itens sobre sintomas psíquicos e somáticos, chamada de SQR-20. Abrange qualquer população e pode ser usado em qualquer ambiente desde que se tenha por objetivo rastrear transtornos de humor, de ansiedade e de somatização. O SQR-20 tem respostas do tipo sim/não, leva entre 5 e 10 minutos para ser aplicado e é de simples compreensão mesmo entre as pessoas com baixos níveis de instrução e em casos de analfabetos a aplicação pode ser realizada por outra pessoa. Este instrumento dispensa treinamento detalhado para ser aplicado. Com relação a pontuação cada resposta afirmativa pontua como valor 1 que fará parte do escore final através de sua soma, os escores obtidos podem ser analisados de forma qualitativa para definir um rastreio positivo ou não, e quantitativa, que variam de 0 (que não possui nenhuma probabilidade) a 20 (possui extrema probabilidade) para existência de transtornos de humor, de ansiedade e de somatização. No Brasil, o SQR-20 foi validado sendo comparado com entrevista psiquiátrica formal empregando o instrumento semi-estruturado Clinical Interview Schedule (CIS) por volta de 1980. Por ser uma avaliação que é auto-respondida podem-se obter respostas incorretas e que não condiz com a realidade, outra limitação deve-se ao fato de uma pessoa poder apresentar patologias não psiquiátricas que apresentem sintomas abrangidos no SQR-20, o que ocasiona casos falsos positivos.^{21,22-17-42-44}

6- Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar (QIPVE): Este questionário foi aprimorado após estudos de evidências de validade, como a análise aparente de seus itens, análise de consistência interna e análise fatorial. Dessa forma passou a se chamar Escala de Violência (EVE). É uma escala autoaplicável demonstrada por Stelko.⁶² E busca investigar a violência escolar a partir de diversos informantes da escola. Os adolescentes são declarados vítimas de bullying quando os escores apresentam um desvio-padrão acima da média da classe.²⁴⁻⁴³

7- Inventário de Depressão Infantil (CDI): Foi criado e validado por Kovacs,⁶³ através da adaptação do Inventário de Depressão de Beck destinado à adultos e objetiva verificar a presença bem como a gravidade de sintomas de depressão em jovens de 7 a 17 anos, baseado

no seu autor-relato e possui evidências de validade para a população do Brasil através de Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião.⁶⁴ O instrumento, tem 27 itens onde cada um tem três afirmações que pontuam de 0 a 3 e quanto maior o valor, pior é sintoma de depressão apresentada pelo respondente. O CDI é de aplicação fácil, o tempo médio é de 10 minutos e pode ser empregado em pesquisas em que a informação sobre sintomas de depressivos seja necessária, pode ser auto aplicado ou não a depender do caso. Apenas a versão validada para o Brasil está disponível para pesquisadores.²⁵⁻⁴³

8- Escala de Engajamento Escolar (EEE): Foi desenvolvida originalmente na Holanda, e adaptada para o Brasil por Gouveia⁶⁶ Consiste de 17 itens divididos em três fatores (absorção, dedicação e vigor), respondidos em escala Likert de sete pontos, variando de 0 = Nunca e 6= Sempre. Visa avaliar engajamento escolar.²⁶⁻⁴³

9- Teste de Matrizes progressivas de Raven infantil (Colored Progressive Matrices - CPM): Desenvolvida por John Carlyle Raven⁶⁷, as Matrizes Progressivas do Raven Infantil é uma das três maneiras de teste de Raven sendo as outras chamadas de Matrizes Progressivas do Raven Geral (Standard Progressive Matrices - SPM) ou Avançadas (Advanced Progressive Matrices - APM). AS CPM são uma adaptação do Raven Geral para o público infantil Objetiva medir competência cognitiva relacionados a inteligência e raciocínio de maneira não verbal. Pode ser aplicado individualmente ou de maneira coletiva e não existe um tempo limite para a aplicação. É composto por três séries de 12 itens: A, Ab e B ordenadas por ordem de dificuldade que vai aumentando em cada série, quando essas séries são somadas se tem um escore. Os itens são desenhos ou matrizes com uma parte faltando, e embaixo são mostradas seis alternativas, sendo que uma delas completa corretamente o item em questão. Trata-se de um subconjunto de 36 figuras do conjunto de 60 das matrizes progressivas que se encontram no Raven Geral.²³⁻⁴⁴

10- Questionário KIDSCAPE: É um questionário padronizado pela instituição inglesa que possui o mesmo nome, em 1985 pelo psicólogo infantil Michelle Elliot (Elliot & Kilpatrick)⁶⁸ e há anos trata com dedicação a cercado tema bullying. O KIDSCAPE tem 17 questões, inicialmente por perguntas que objetivam conhecer se o aluno já sofreu bullying e se encerra com questões que procuram identificar se o informante já praticou bullying. Não existe uma adaptação para a população do Brasil, esse instrumento foi apenas traduzido e isso limita os resultados no que se diz respeito à prevalência, permite apenas a compreensão do cenário escolar brasileiro dentro desta perspectiva.²⁷⁻⁴⁵

11- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Em português significa Questionário de Capacidades e Dificuldades, foi criado por Robert N. Goodman.⁶⁹ Objetiva rastrear

problemas de saúde mental em crianças de 4 a 17 anos. No caso de crianças menores de 11 anos de idade esse instrumento é aplicado pelos entrevistadores aos pais e acima desta idade a aplicação é realizada nos pais e nas próprias crianças. É composto por 25 itens que se dividem em cinco subescalas. Na sub-escala sobre comportamento chamado pró-social, quanto maior a pontuação, menor é a quantidade de reclamações, já nas outras subescalas relacionadas à hiperatividade, problemas de emoção, de conduta assim como de relacionamento, quanto maior a pontuação, maior é o número de reclamações. A soma de cada uma das escalas e a soma total possibilita que as crianças se classifiquem como tendo desenvolvimento normal, anormal ou próximo.²⁸⁻⁴⁵

12- Escala de Violência Psicológica (EVP): Foi elaborado por Pitzner e Drummond⁷⁰ e adaptado para a versão em português por Avanci et al.⁷¹ Tem como objetivo avaliar experiências vividas pelo jovem a fim de identificar violência psicológica cometida contra ele por pessoas significativas em sua vida ocorridas na infância ou adolescência. Esta escala possui 18 itens e cada item apresenta quatro possibilidades de resposta: nunca, às vezes, quase sempre e sempre. Trata-se de uma escala e suas questões são relacionadas com aspectos de falta de elogios e humilhação, por exemplo, entre outras questões.²⁹⁻⁴⁷

13- TWEAK (Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down): Foi proposto por Russel et al.⁷² É utilizado para investigar o uso de álcool durante a gravidez, adaptado e validado para uso no Brasil por Moraes, Reichenheim e Viellas⁷³ e objetiva avaliar casos de uso de álcool na gestação. É constituído por cinco itens (Tolerance– Tolerância, Worry– preocupação, Eye-opener– desejo de beber pela manhã, Amnesia – esquecimento, e Kut Down – desejo de interromper o consumo), cada item equivale a uma pergunta. Para calcular os pontos considera-se de 0 a 2 pontos para a primeira questão e para as seguintes um ponto sendo 6 a pontuação máxima. É um instrumento autoaplicável.³⁰⁻⁴⁸

14- CAGE: (Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opene): Foi desenvolvido por Ewing⁷⁴ a partir de uma relação de sintomas referentes a dependência do álcool indicada por pacientes internadas devido a esse diagnóstico e cada letra inicial em inglês fazem parte de um acrônimo (Cutdown, Annoyed, Guilty e Eye-opener). Tem como objetivo identificar indivíduos com transtornos causados pelo uso de álcool (abuso e dependência – TDAs) Esse questionário admite respostas do tipo “sim” ou “não”, o score pode variar de 0 a 4 e leva entre 30 e 60 segundos para ser aplicado e em geral, é aplicado em forma de entrevista verbal, mas é possível que o próprio entrevistado responda por escrito. A aplicação pode ocorrer de maneira isolada ou o instrumento pode ser inserido na anamnese médica tanto em homens quanto em mulheres. O CAGE foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Mansur e Monteiro

⁷⁵ em uma amostra de pacientes psiquiátricos em ambiente hospitalar e já foi utilizado em vários estudos no Brasil como, por exemplo, em hospitais, local de trabalho e atenção básica. 31-48

15- Non-student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ): O Questionário sobre o Uso de Drogas em Não Estudantes foi desenvolvido por Smart. ⁷⁶ Objetiva identificar o abuso de drogas ilícitas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o instrumento NSDUQ deve conter perguntas sobre as drogas mais usadas na população de estudo. Demais aspectos desse instrumento não foram identificados. 32-17-42

16- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Tendo como necessidade um instrumento que fosse de fácil metodologia para detecção de pessoas que usam álcool excessivamente, uma equipe de pesquisadores apoiada pela OMS e que tinham como líderes John Saunders e Thomas Babor ⁷⁷ desenvolveram esse instrumento em 1980, que tem como objetivo investigar de maneira eficiente, porém rápida, problemas associados com o uso de álcool em pessoas que se encaixam no nível de atenção básica. Seu uso facilita e padroniza a maneira de abordagem dos usuários podendo ser aplicado em vários tipos de serviços de serviços de saúde. A versão completa do AUDIT tem um questionário de 10 itens de múltipla escolha. Os três primeiros itens sobre consumo formam o AUDIT C (de consumo) e são utilizados como uma espécie de triagem rápida para identificação de usuários com uso nocivo, ou com problemas vinculados ao consumo de álcool, a terceira questão pode ser aplicada sozinha (AUDIT 3) e propõe uso pesado. O tempo de aplicação varia de 2 a 4 minutos e pode ser realizado por um entrevistador podendo este ser um profissional das mais variadas áreas da saúde ou até mesmo por um técnico da administração que tenha recebido treinamento referente ao uso do instrumento a ou ser auto-aplicado cujas repostas são aceitas no papel ou por via eletrônica em ambientes que transmitam segurança a pessoa que responde e assim as repostas não sejam influenciadas pelo lugar de aplicação. Existem cinco alternativas de repostas para cada item com pontuações que variam de 0 a 4. A pontuação geral é alcançada com a soma dos pontos e varia de 0 a 40 no caso do questionário estar completo (AUDIT C e AUDIT 3) e o AUDIT C possui pontuação que varia de 0 a 12 . No caso da soma das pontuações resultarem em 3 ou mais para mulheres ou 4 ou mais no caso dos homens, considera-se que o respondente encontra-se em dependência ou em uso que causa risco. Esse instrumento é bem difundido no Brasil e em todo mundo, além da validação feita por Méndez, ⁷⁸ vários outros estudos foram desenvolvidos. 33-17-49

17- Conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory (CADRI): É uma escala anônima e autoaplicável elaborada por Wolfe et al. especificamente para adolescentes e adaptada e

validada para a língua portuguesa por Minayo, Assis e Njaine. A CADRI avalia a vitimização e a prática de violência (física sexual e/ou psicológica). A violência psicológica é subdividida em três itens (verbal/emocional ameaças e violência relacional).^{34-79,80-50}

18- Cartilha Epidemiológica: Criada por Bringiotti,⁸¹ traduzida e adaptada por Matias e Bazon⁸² e aperfeiçoada por Faleiros e Bazon.⁸³ Tem como objetivo É um instrumento de auto-aplicação que vem com a descrição dos objetivos da pesquisa, instruções para preencher e caracterização dos distintos tipos de maus-tratos e objetiva mensurar a prevalência de maus-tratos que ocorreram nos últimos em escolares de até 10 anos de idade. As definições de maus-tratos utilizadas pela Cartilha formam um sistema de classificação considerado abrangente, porque lida com categorias que representam situações que se repetem. Para preencher a cartilha, solicita-se que o professor lembre-se das crianças com que convive em sala de aula e aponte cada caso de maltrato que ele nota isso baseia-se na certeza ou apenas na suspeita que ele tenha. O sigilo diz respeito à identidade de todos os que fizeram parte do processo, principalmente o sigilo da criança citada na identificação da cartilha e isso fica claro no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é dado aos participantes e também no instrumento.³⁵⁻⁵²

19- ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Foi elaborado por especialistas da Sociedade Internacional para Prevenção da Negligência e Abuso da Criança.⁸⁴ O ICAST-C tem 69 itens e foi criado para crianças e adolescentes com idades entre 11 e 18 anos. É um instrumento que investiga as relações de pesquisado com seus pais ou cuidadores. Possibilita avaliar de maneira anônima o auto-relato com relação à exposição a distintas formas de violência e a prevalência. Possui perguntas sobre a exposição à violência, abuso físico, abuso emocional, abuso sexual e negligência no ambiente doméstico e escolar.³⁶⁻⁵⁴

6. DISCUSSÃO

Os estudos encontrados demonstram mais interesses pela forma de violência física, embora os outros tipos de violência também necessitem de atenção.

Os instrumentos apresentam limitações. A aplicação do CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener) para assimilação de padrões de consumo de álcool deve ser considerado com cuidado, com relação a indivíduos com Transtorno de déficit de atenção (TDA), os indivíduos com TDAs se mostram de quatro a sete vezes mais frequentemente associados a pontuações superiores ou iguais a duas respostas positivas nesse instrumento em comparação

com pessoas que não possuem este transtorno. Esse instrumento não parece ser firme em relação a mulheres no pré-natal, não recomenda-se seu uso para detectar beber pesado ou de dano.³¹⁻⁷⁴

No Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), o nível socioeconômico do respondente assim como seu estado de saúde e ambiente de aplicação pode influenciar no resultado da aplicação, outro fator de limitação é a situação de que um indivíduo pode apresentar patologias não psiquiátricas que geram sintomas abrangidos no SQR, o que ocasiona casos falsos positivos.⁶⁰⁻³³

No caso do Self-Report Questionnaire (SQR e SQR-20) por se tratar de um instrumento autoaplicável, de maneira voluntária ou não, o respondente pode contestar respostas que não são reais, há possibilidade de resolver essa limitação caso haja uma maneira de confirmar o diagnóstico de um rastreio positivo. Apresenta boas capacidades psicométricas.^{21,22}

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) é apenas um indicador sendo assim pode demonstrar casos falsos positivos para depressão infantil.⁶⁰⁻²⁵

Com relação ao Child Behavior Checklist (CBCL), a sociedade em que a criança ou adolescente está inserido é um fator que pode influenciar a pontuação alcançada.³⁷⁻⁶⁰

Pelo fato do Conflict Tactics Scales (CTS), questionar somente sobre a frequência de violência nos últimos doze meses, essa escala é capaz de apurar padrões sistemáticos de abuso. Apesar de contar o número de atos de violência, informações sobre o contexto em que ocorrem não são fornecidas. A CTS também não inclui incidentes relacionados à violência, que chegam a ocorrer depois de uma separação ou divórcio.¹⁸⁻⁶⁸ A Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) esbarra na questão do esquecimento e negação dos acontecimentos de violência pelo respondente sendo assim se faz necessárias estratégias de identificação que sejam especializadas, abrangendo entrevistas regulares com profissionais da área.¹⁸⁻⁴⁰ No Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC), sua avaliação de violência psicológica não aborda sobre estratégias de amedrontamento.²⁰⁻⁴⁰

O Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar (QIPVE) possui como limitação a quantidade de itens da subescala principalmente nos itens referentes à violência física, aumentando a quantidade desses itens é possível compor além de uma escala global, uma escala de vitimização e outra de autoria tornando possível a realização de outros estudos e análises.⁴³⁻²⁴

A Escala de Engajamento Escolar (EEE) não abrange questões cognitivas e de comportamentos ligados ao engajamento escolar.⁸⁵

O Teste de Matrizes progressivas de Raven infantil (Colored Progressive Matrices - CPM) possui tarefas que proporcionam alguma dificuldade para a maioria das crianças.²³

O Questionário KIDSCAPE, tem como limitação fato de não existir uma adaptação para a população brasileira, possui somente uma tradução e isso limita nossos resultados em relação à prevalência.²⁷

O Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), possui a limitação de não existir a normas para as versões em português com exceção das versões para crianças em idade pré-escolar. As propriedades psicométricas assim como sua estrutura fatorial são replicadas em diversos países (Becker et al., 2004), fato esse que colabora para a evidência da confiança e da validade do instrumento.⁸⁶

Os estudos do TWEAK (Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down) são limitados apenas ao público de gestantes. A sua validade é ressaltada em estudos internacionais, tendo sido adicionadas aos locais de pré-natal em diversos países, no que diz respeito ao Brasil, o conhecimento sobre o seu desempenho no que se relaciona a gestação ainda é novo.³⁰⁻⁷³

Quanto a Escala de Violência Psicológica (EVP), pode produzir viés uma vez que também é um instrumento de autoaplicação.²⁹

O Non-student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ), quanto à confiabilidade da mensuração os estudos são bastante firmes. Suas limitações não foram encontradas.³²

O Conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory (CADRI), não está livre de distintas interpretações dos comportamentos citados, problema este que também está presente em instrumentos de auto-resposta, outra limitação é o fato de não avaliar a natureza do conflito mediante as estratégias de resolução. Quanto à validade do instrumento, seus resultados de uso demonstram que as extensões medem de forma positiva os comportamentos a que se destina.³⁴

A Cartilha Epidemiológica também possui a limitação de poder obter as informações nem sempre reais seja de maneira voluntaria ou não, pois, também se trata de um instrumento autoaplicável e por fim o ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C) pode obter erros já que tem a criança como respondente visto que elas podem não ter o ponto de vista preciso para classificar eventos como abusivos.³⁶

Sobre violência ou fatores associados podem responder aos instrumentos indivíduos que possuam uma relação de namoro, casamento ou afins, pais, adolescente ou criança, alunos, professores, inspetores ou diretores/coordenadores pedagógicos, mulheres grávidas e pessoas em uso de álcool ou ser autoaplicável. Alguns informantes podem apresentar

limitações principalmente quando se trata de instrumentos autoaplicáveis e devido a isso não haver a filtração das informações por um aplicador, as informações dadas podem ser não reais e gerar casos falso-positivos. Os benefícios de se ter os pais como respondentes se deve ao fato de que muitas vezes essas são pessoas que conhecem as particularidades da criança ou do adolescente, porém há algumas limitações, no CBCL³⁷, por exemplo, os pais de meninos tendem a mencionar mais problemas relacionados a meninas, ainda mais quando se trata de problemas externalizantes, já os pais de meninas tendem a reportar mais problemas relacionados a meninos quando o foco são os fatores internalizantes.⁶⁰ Considera-se que professores são de extrema importância na identificação de violência doméstica, pois, possuem contato diário com as crianças, durante todo o período que permanecem na escola. Algumas limitações de se ter professores como informante diz respeito ao fato de professores identificarem mais casos de comportamento externalizante, ou seja, comportamento confrontativo, mas não são sensíveis a informar comportamentos relacionados com quadros internalizantes como, por exemplo, depressão.

Os instrumentos que avaliam crianças têm algumas características diferentes em relação àqueles que são destinados a adultos. Deve-se levar em conta que a criança se encontra em desenvolvimento e apresenta características diferentes com relação à idade por isso os instrumentos que as avaliam precisam contemplar várias idades e é necessário pensar quem será o respondente (a própria criança, ou os pais, cuidador etc.). Observa-se que instrumentos como Self-Report Questionnaire tem maior possibilidade de entender a situação da criança, pois tem uma versão para pais, uma versão para professores e uma versão de autoaplicação. Conseqüentemente possibilita que os resultados sejam coletados e obtidos de forma mais compreensiva do que instrumentos que só obtém dados de um informante, como é o caso, por exemplo, do Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC).^{20,21}

Os fatores associados são intimamente ligados a presença de violência. Fatores variados fazem com que crianças e adolescentes sejam mais vulneráveis a terem problemas mentais, problemas associados à autoestima, idade, sexo, problemas socioculturais, violência física, história de problemas de saúde mental na família, principalmente na mãe, violência psicológica e sexual, problemas com álcool e/ou drogas.⁸⁷ Adolescentes com dificuldade no relacionamento familiar apresentam mais chances de desenvolver transtornos mentais.

Mian et al.⁸⁸ apontam que a veracidade de informações fornecidas por mães com depressão em relação a seus filhos é duvidosa, por mais que haja hipótese de que mães com esse quadro tendem a possuir uma visão mais negativa com relação ao comportamento de

seus filhos. Por isso, se faz necessário que estudos que avaliem a saúde mental de filhos cujas mães apresentam transtornos mentais para confirmar ou não essa hipótese.

Maus tratos ocorridos na infância é um fator que pode elevar a probabilidade de crimes violentos. A violência doméstica é o fator que mais estimula crianças e adolescentes a irem morar nas ruas. Para Sinclair ⁸⁹, crianças que convivem com violência, ameaças do pai em combate com a mãe, possuem risco de ser fisicamente ou sexualmente abusada e devido a isso precisam ser protegidas. Para Holden et al. ⁹⁰, corre o perigo de a mulher agredida transferir a sua raiva na criança, pode ocorrer também da criança se machucar por acidente ao tentar apartar a briga ou proteger a sua mãe, ainda tem o fato de que uma criança que presencia a agressão contra a própria mãe pode vir a se tornar um marido agressor ou até mesmo uma mulher violentada.

Segundo Williams ⁹¹, a proximidade do agressor em referência à vítima, a quantidade de agressores, topografia do ato em si, o tempo de duração do acontecimento e a assistência oferecida a vítima por um membro não agressor são fatores que influem no prognóstico dos casos de abuso sexual infantil. No que diz respeito ao engajamento em ações de infração, é importante destacar que crianças que começam comportamentos agressivos precocemente possuem um risco mais elevado de cometer tais atos ou abusarem de drogas. ⁹²

7. CONCLUSÃO

É nítida a escassez de instrumentos para detecção de violência no Brasil. Poucos estudos definem claramente a violência. Durante o estudo foram encontrados poucos instrumentos claros para a detecção de casos de violência, a maioria dos encontrados diz respeito a fatores associados e não a violência propriamente dita. Apesar dos fatores associados serem importantes é preciso que a violência em si seja mais estudada assim como os instrumentos para detecção da mesma para que assim seja notificada e conseqüentemente combatida.

REFERÊNCIAS

1. Ariés P. História social da infância e da família. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.
2. ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
3. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2004 Jul [acesso em 20 Mai 2016]; 16(1): 43-51. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000700006&lng=en.
4. Algeri S. Caracterização de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem/UFRGS; 2001.
5. Wiewiorka M. Violência hoje. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2006 [acesso em 29 Abr 2016]; 11(Suppl): 1147-1153. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500002&lng=en.
6. Postman N. O Desaparecimento da Infância. Rio de Janeiro: Grafhia Editorial; 1999.
7. Cavalcanti, SVSF. A violência doméstica como violação dos direitos humanos. Jus Navigandi: Teresina. 2005 Dez [acesso em 17 Mai 2016]; 901(10). Disponível em <http://jus.com.br/revista/texto/7753>.
8. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.
9. Brasil. Direitos Humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
10. Sieger K, Rojas-Vilches A, Mckinney C, Renk K. (2004). The effects and treatment of community violence in children and adolescents: What should be done? Trauma, Violence & Abuse. 2004; 5(3): 243-259.
11. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira, RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. Revista de Saúde Pública. 2009; 43 (Supl. 1): 92-100.

12. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo de interdisciplinar de ação coletiva. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. 1998; 4 (3): 513-531.
13. Miranda, SG. A exploração do trabalho infantil: mitos que a sustentam, caminhos para a superação. Mimeog; 1998.
14. Silva LMP. Violência doméstica contra a criança e o adolescente. Recife: EDUPE; 2002.
15. Azevedo MA, Guerra VNA. Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Editora iglu; 2001. Citado por Rosas FK, Cionek MIGD. O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. *Conhecimento Interativo*, São José dos Pinhais, PR. jan./jun. 2006. [acesso em 20 Mai 2016]; 2(1): 10-15. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/impacto.pdf>
16. BRASIL. Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União nº 96, 18 maio, seção 1e. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.
17. Azevedo MA, Guerra, VNA. Infância e Violência Fatal em Família. São Paulo: Iglu; 1998.
18. WHO, World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.
19. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2002 Fev [acesso em 24 Nov 2016]; 18(1): 163-176. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100017&lng=en.
20. Straus MA, Hamby SA, Warren WL. The Conflict Tactic the Scales Handbook. Western Psychological Services; 2003
21. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cad Saúde Pública* 2003; 6:1701-12.
22. World Health Organization. A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SQR). Geneva: WHO; 1994.

23. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinsk F. Avaliação de desempenho do self-reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview do DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2): 380-90.
24. Fátima M. Teste de Matrizes Progressivas de Raven (MPCR). *Revista Portuguesa de Psicologia*; 2009.
25. Stelko-Pereira AC, Williams LCA, Freitas LC. Porte de armas, abuso de substâncias e participação em gangues por alunos. In: Eyng, A. M. (Coordenador). *Violências na Escola. Comunicação Oral. Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, Curitiba, Paraná*. 2009.
26. Kovacs M. *Children's Depression inventory (CDI): technical manual update*. Toronto: Multhi-Health Systems; 2003.
27. Stelko-Pereira AC, Williams LCA, Freitas LC. Validade e consistência interna do Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar: versão estudantes. *Aval. psicol.* [Internet]. 2010 Dez [citado 20 Nov 2016]; 9(3): 403-411. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300007&lng=pt.
28. Kidscape: preventing bullying, protecting children. Disponível em: <http://www.kidscape.org.uk/>.
29. Goodman R, Meltzer H, Bailey V The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 7: 125-130
30. Viviane SFS. *Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência*. Florianópolis: Centro de Filosofia e ciências humanas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
31. Reichenheim ME, Moraes CL. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):695-703
32. Steinweg DL, Worth H. Alcoholism: the keys to the CAGE. *Am J Med*. 1993; 94(5):520-3.
33. Hasselmann MH, Lopes CS, Reichenheim ME. Confiabilidade das aferições de estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 1998 Oct [acesso em 20 Nov 2016]; 32(5): 437-446. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000500006&lng=en.
34. Barbor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care [internet]. 2nd ed. Geneva: WHO; 2001 [capturado em 20 de ago. 2015]. Disponível em: HTTP://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?ua=1.
 35. Wolfe DA, Feiring C. Dating violence through the lens of adolescent romantic relationships. *Child Maltreat*. 2000; 5(4): 360-3.
 36. Bringiotti, MI. *Maltrato infantil*. Madrid: Mino Dávila. 1999.
 37. Zolotor AJ, Runyan DK, Dunne MP, Jain D, Péturs HR, Ramirez C, Volkova E, Deb S, Lidchi V, Muhammad T, Isaeva O. *Child Abuse Negl*. 2009; 33(11):833-41.
 38. Achenbach TM. *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont; 1991.
 39. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira LJES. Training and knowledge of professionals of the health family team on reporting mistreatment of children and adolescents. *Rev. paul. pediatr*. [Internet]. 2013 Jun [acesso em 16 Nov 2016]; 31(2): 223-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200014&lng=en.
 40. Palazzo LS, Kelling A, Béria JU, Figueiredo ACL, Gigante LP, Raymann B et al. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Ago [acesso em 16 Nov 2016]; 42(4): 622-629. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400007&lng=en.
 41. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Ago [acesso em 18 Nov 2016]; 40(4): 595-603. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500007&lng=en.
 42. Zotareli V, Faúndes A, Osis MJD, Duarte GA, Sousa MH. Gender and sexual violence among students at a brazilian university. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. [Internet]. 2012 Mar [acesso em 16 Nov 2016]; 12(1): 37-46. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100004&lng=en.
43. Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R, Duarte CS. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2006 Dez [acesso em 16 Nov 2016]; 28(4): 290-296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000400008&lng=en.
44. Stelko-Pereira, AC, Santini, PM, Williams, LCA. Punição corporal aplicada por funcionários de duas escolas públicas brasileiras: prevalência em duas escolas públicas. *Psicol. estud.* [Internet]. 2006 Dez [acesso em 16 Nov 2016]; 16(4): 581-591. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000400008&lng=en.
45. Silva RCR, Assis AMO, Hasselmann MH, Santos M, Pinto EJ, Rodrigues LC. Influência da violência familiar na associação entre desnutrição e baixo desenvolvimento cognitivo. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2012 Abr [acesso em 16 Nov 2016]; 88(2): 149-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000200009&lng=en.
46. Moura DR, Cruz ACN, Quevedo LA. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2011 Fev [acesso em 16 Nov 2016]; 87(1): 19-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000100004&lng=en.
47. Moreira TC, Belmonte EL, Vieira FR, Noto AR, Ferigolo M, Barros HMT. A violência comunitária e o abuso de álcool entre adolescentes: comparação entre sexos. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2008 Jun [acesso em 18 Nov 2016]; 84(3): 244-250. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000300010&lng=en.
48. Barros ACMW, Bastos OM, Pone MVC, Deslandes SF. A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Mai [acesso em 16 Nov 2016]; 18(5): 1493-1500. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100035&lng=en.

49. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Jul [acesso em 16 Nov 2016]; 16(7): 3285-3296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800028&lng=en.
50. Lopes APAT, Ganassin GS, Marcon SS, Decesaro. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. Universidade Estadual de Maringá [Internet]. Janeiro a março de 2015 [acesso em 14 Out 2016]; 20(1): 22-30. Disponível em www.scielo.br/epsic
51. Barreira AK, Lima MLC, Avanci JQ. Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do Recife, Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Jan [acesso em 15 Nov 2016]; 18(1): 233-243. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100024&lng=en.
52. Silva RA, Jansen K, Godoy RV, Souza LDM, Horta BL, Pinheiro RT. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 Dez [acesso em 16 Nov 2016]; 25(12): 2737-2745. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200020&lng=en.
53. Faleiros JM, Matias ASA, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 Fev [acesso em 16 Nov 2016]; 25(2): 337-348. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200012&lng=en.
54. Moraes CL, Cabral CS, Heilborn ML. Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 July [acesso em 11 Nov 2016]; 22(7): 1493-1504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700013&lng=en.
55. Ribeiro IMP, Ribeiro AST, Pratesi R, Gandolfi L. Prevalência das várias formas de violência entre escolares. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Prevalência das

- várias formas de violência entre escolares. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2015 Fev [acesso em 21 Nov 2016]; 28(1): 54-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100054&lng=en.
56. Straus MA. Measuring intra-familial conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*. 1979; 41 (1): 75–88.
 57. Dobash R, & Dobash, R. *Violence Against Wives: A Case Against the Patriarchy*. New York: Free Press. 1979.
 58. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American Parents. *Child Abuse Negl*. 1998; 22:249-70.
 59. Bonfim CB, Santos DN, Menezes IG, Reichenheim ME, Barreto ML. Um estudo sobre a validade de construto da Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC) em uma amostra populacional urbana do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Nov [acesso em 16 Nov 2016]; 27(11): 2215-2226. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100015&lng=en.
 60. Achenbach TM, Rescola LA. *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont; 2001.
 61. Clarisse G, Wang YP, Hungerbühler I. *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Artmed; 2016.
 62. Handing TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrido-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980; 10(2): 231-41.
 63. STELKO-PEREIRA AC. *Violência em escolas com características de risco contrastantes*. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial; 2009.
 64. Kowacs M. *Children's depression inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1992.
 65. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr*. 1995; 44(7): 345-9.

66. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens S, Peiro JM, Grau, R. Desde el “burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología Del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134. *Revista de Psicologia Del trabajo y de las Organizaciones*. 2000; 16(2): 117-134.
67. Gouveia, RSV. Engajamento escolar e depressão: um estudo correlacional com crianças e adolescentes [Tese de doutorado não publicada]. João Pessoa, PB, Brasil, Universidade Federal da Paraíba; 2009.
68. Raven JC, Court JH, Raven J. Manual for Raven’s Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Section 2. Coloured Progressive Matrices. (1995 edition). Oxford: OxfordPsychologists Press; 1995
69. Elliott M, Kilpatrick J. KIDSCAPE survey of young offenders: How to stop Bullying: A KIDSCAPE training guide. 1999.
70. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997; 38: 581-586.
71. 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; 2: 125-42.
72. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2005 Out [acesso em 28 Nov 2016]; 39(5): 702-708. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500002&lng=en.
73. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottons S, Jacobson S, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol ClinExp Res*. 1998; 18(5): 1156-61.
74. Moraes GL, Reichenheim ME, Viellas EF. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol*. 2005; 66 (2):165.
75. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA*. 1984; 252(14):1905-7
76. Mansur J. Monteiro MG. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983; 16(3):215-8.

77. Smart RG, Arif A, Hughes P, Medina-Mora ME, Navaratnam V, Varma VK, Wadud, K.A. Drugs Use Among Non-Student Youth. Geneva: World Health Organization. 1981,
78. Saunders JB, Aasland OG, Barbor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*. 1993; 88(6):791-804.
79. Méndez EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders IDENTIFICATION Test) [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
80. Wolfe DA, Scott K, Reitzel-Jaffe D, Wekerle C, GrasleyC, Straatman AL. Development and validation of the conflict in adolescent dating relationship inventory. *Psychological Assessment*, 2001; 13(2): 277-93.
81. Minayo, MCS, Assis, SG, Njaine K. **Amor e violência**: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.
82. Bringiotti MI. La escuela ante los niños maltratados. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2000.
83. Matias ASA, Bazon MR. Prevalência de maus-tratos de crianças de 0 a 6 anos que freqüentam estabelecimentos de educação infantil na cidade de Ribeirão Preto. In: Biasoli-Alves ZMM, Alves IMF, Carvalhaes LHR, Duarte P, organizadores. Programa de pós-graduação em psicologia: livro de artigos. Tomo II. Ribeirão Preto: LÉGISUMMA; 2005. p. 287-98.
84. Faleiros JM, Bazon MR. Estudo de prevalência de maus-tratos em crianças matriculadas de 1^a a 4^a série do ensino fundamental, nas escolas da rede pública e particular da cidade de Ribeirão Preto. In: Livro de Resumos do 8^o Seminário de Pesquisa. Ribeirão Preto: Legis Suma; 2005. p. 112.
85. World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva, Switzerland: WHO/ ISPCAN; 2006.
86. Stelko-Pereira AC, Valle JE, Williams LCA. Escala de Engajamento Escolar: análise de características psicométricas. *Aval. psicol.* [Internet]. 2015 Ago [acesso em 16 Nov2016]; 14(2): 207-212. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712015000200006&lng=pt.

87. Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rotherberger A. Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 2004
88. Gaston V, Sutherland J. A selected, Nannotated bibliography of child maltreatment reporting by educational professionals. Canada: Minister of Public Works and Government Services; 1999.
89. Mian L.A. Depressão materna e o comportamento de crianças em idade escolar. *Psicol Teoria Pesq*. 2009; 25(1):29-37.
90. Sinclair D. Understanding wife assault: a training manual for counselors and advocates. Toronto: Ontario; 1985.
91. Holden GW, Geffner R, Jouriles EN. Children exposed to marital violence: theory, research, and applied issues. Washington: American Psychology Association; 1998
92. Williams LCA. Abuso sexual infantil. In Guilhardi HJ, Madi MMB, Queiroz PP, Scoz MC(Org.). Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento. Santo André: ESETec; 2002. P.155-164.
93. Kumpfer, KL, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problems behaviors. *Psychological Association*. 2003, 58(6-7): 457-465.

ANEXO A

Tabela 2

Ficha de apontamento com registro de idéias.

Instrumento	População	Objetivo
Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)	Indivíduos que possuam uma relação de namoro, casamento ou afins.	Identificar violência entre casais.
Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC)	Pais	Investigar violência doméstica contra crianças através do comportamento parental de educar filhos.
Child Behavior Checklist (CBCL)	Crianças e adolescentes com idade entre 6 e 18 anos.	Identificar problemas comportamentais em crianças.
Self-Report Questionnaire (SQR e SQR-20)	Pode ser utilizado por qualquer população.	Rastrear transtornos do humor, de ansiedade e de somatização.
Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar (QIPVE)	Alunos, professores, inspetores ou diretores/coordenadores pedagógicos.	Investigar a prevalência de violência escolar.
Inventário de Depressão Infantil (CDI)	Crianças e adolescentes de 7 a 17 anos.	Verificar a presença e a gravidade de sintomas de depressão.
Escala de Engajamento Escolar (EEE)	Estudantes.	Investigar engajamento escolar.
Teste de Matrizes progressivas de Raven Infantil (Colored Progressive Matrices - CPM)	Crianças de 5 a 12 anos.	Medir competência cognitiva (inteligência e raciocínio não verbal).

Questionário KIDSCAPE	Alunos.	Identificar a presença de bullying.
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Crianças dos 4 aos 17 anos	Rastrear problemas de saúde mental.
Escala de Violência Psicológica (EVP)	Jovens	Identificar violência psicológica vivida na infância ou adolescência.
TWEAK (Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down)	Mulheres grávidas	Rastrear casos de uso de bebida alcoólica na gestação.
CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener)	Homens e mulheres	Identificar indivíduos com transtornos por uso de álcool.
Non-student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ)	*	Identificar o abuso de drogas ilícitas.
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Pessoas em uso de álcool na atenção básica.	Investigar de maneira eficiente, porém rápida, problemas associados com o uso de álcool.
Conflict Tactics Scales (CTS)	*	Investigar a prevalência de abuso físico e psicológico no contexto familiar.
Conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory (CADRI)	Adolescentes.	Detectar a existência de formas de violência entre casais de adolescentes.
Cartilha Epidemiológica	Educadores e professores.	Mensurar a prevalência de maus-tratos em escolares de até 10 anos.
ISPCAN Child Abuse	Crianças de 11 a 18 anos.	Avaliar a prevalência de

Screening Tool Children's Version (ICAST-C)		vitimização infantil.
--	--	-----------------------

*População não identificada.

ANEXO B

INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO

Escopo e política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Os trabalhos são publicados em português e em inglês. No caso de aceitação do trabalho para publicação, solicitamos que os manuscritos escritos em português sejam remetidos também em inglês. A avaliação e seleção dos manuscritos baseiam-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas.

Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons sendo possível cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A

fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o sistema *Ithenticate* para identificação de plágio.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho. ^{Lx}

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O *rationale* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor (es) para conferência e aprovação definitiva.

Seções da Revista

Seções da Revista

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. **Artigos Originais** divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, com até 10 referências. **Relato de Caso/Série de Casos** casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa de suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências. **Ponto de Vista** opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *online* (máximo 1.500 palavras). **Cartas** crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Forma e preparação de manuscritos

Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição, Discussão*. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), *Resultados, Conclusões*. Para o Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente

em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme as presentes Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista
Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. *J Phys Act Health*. 2014; 11 (2): 375-83.

Livro Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro Timmermans PBM. Centrally acting hypotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical

Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997. **Documento em formato eletrônico – Artigo de revista.**