

UFBA

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Ciências da Saúde

RENATA VIEIRA

RENATA VIEIRA

ANÁLISE FATORIAL DA FERRAMENTA DE TRIAGEM DE VIOLÊNCIA
FAMILIAR (FAST)



PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA

Salvador
2023

RENATA VIEIRA

**ANÁLISE FATORIAL DA FERRAMENTA DE TRIAGEM DE VIOLÊNCIA
FAMILIAR (FAST)**

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutor.

Orientador: *Dr. Irismar Reis de Oliveira*

Coorientador: *Pedro Paulo Pires*

Salvador

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Vieira, Renata.

Análise fatorial da ferramenta de triagem de violência familiar (FAST) [recurso eletrônico] / Renata Vieira. - Dados eletrônicos. - 2022.
1 CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Pires.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2022.

1. Psicometria. 2. Validade dos testes. 3. Confiabilidade. 4. Violência familiar. 5. Violência por parceiro íntimo. 6. Crianças - Maus-tratos. I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Pires, Pedro Paulo. III. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. IV. Título.

CDD 150.15195 - 23. ed.

Elaborada por Maria Auxiliadora da Silva Lopes - CRB-5/152



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Ciências da Saúde



TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE TESE

RENATA VIEIRA DA SILVA

**ANÁLISE FATORIAL DA FERRAMENTA DE TRIAGEM DE VIOLÊNCIA FAMILIAR
(FAST)**

Salvador, Bahia, 19 de dezembro de 2022.

COMISSÃO EXAMINADORA:

DocuSigned by:
Irismar Reis de Oliveira

43B8CAB21572416

PROF. DR. IRISMAR REIS DE OLIVEIRA (Examinador Interno)

DocuSigned by:
Antonio Carlos Cruz Freire

9F86A268044417

PROF. DR. ANTONIO CARLOS CRUZ FREIRE (Examinador Interno)

DocuSigned by:
Liliane Lins Kusterer

BEA601C81A44424

PROFA. DRA. LILIANE ELZE FALCÃO LINS KUSTERER (Examinadora Interna)

DocuSigned by:
Marcos Aguiar de Souza

D70C9F3B444440B

PROF. DR. MARCOS AGUIAR DE SOUZA (Examinador Externo)

DocuSigned by:
Pedro Paulo Pires dos Santos

2C3457A1927345C

PROF. DR. PEDRO PAULO PIRES DOS SANTOS (Examinador Externo)

*À minha família, pais, irmão, cunhada e sobrinho pelo apoio incondicional.
A Luca e Matteo, pelo amor e por me inspirarem a ser uma pessoa melhor.
Ao meu marido e parceiro de todas as horas, Rogério, por me incentivar e
compartilhar os sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Irismar Reis de Oliveira, pela generosidade de me aceitar como orientanda no mestrado, me incentivar a seguir no doutorado e pelos convites para publicações, além do cuidado, empatia e por me inspirar a ser uma pessoa melhor.

Ao Dr. Pedro Pires, meu coorientado, pela inestimável contribuição neste projeto e pela amizade.

Ao Dr. Hugo Cogo-Moreira, por me aceitar na disciplina na UNIFESP e me ensinar com paciência e gentileza.

Ao Dr. Roberto Paulo Araújo, pelos ensinamentos no mestrado, doutorado e oportunidade de fazer parte do Programa.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pelo conhecimento compartilhado.

Ao Carlos Alberto, pelo suporte e cuidado durante os anos em que estive no Programa.

A Michella Velasquez, a grande responsável por me incentivar, meu profundo agradecimento pelos ensinamentos e pela amizade.

Aos meus amigos, especialmente Raphael Silva, Mayse Guimarães, Chenia Frutuoso, Sabrina Kerr, Cássia Nunes e Marcelle Marckezine, que estiveram presentes me apoiando, mesmo com a distância.

VIEIRA, Renata. *Análise fatorial da ferramenta de triagem de violência familiar (FAST)*. 2022. Orientador: Irismar Reis de Oliveira. 117 f. Tese - (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

Introdução: A ferramenta de triagem de agressão familiar é um instrumento para rastrear experiências de maus-tratos por meio de representações em figuras, incluindo os métodos de Vitimização e Exposição à Violência por Parceiro Íntimo. As propriedades psicométricas iniciais do citado instrumento foram relatadas em único estudo original no Reino Unido. **Objetivos:** Analisar os resultados obtidos no perfil sociodemográfico em relação à idade, à raça e ao sexo, a partir da coleta pertinente de dados, comparando-os com os métodos de Vitimização e Exposição à Violência por Parceiros Íntimos, experienciados no contexto familiar. Acrescentar ao conhecimento atual evidências de validade baseada na estrutura interna do *Family Aggression Screening Tool*. **Participantes:** Os dados se referem a 648 jovens de 11 a 17 anos de escolas públicas da cidade de Salvador, Bahia. **Método:** Inicialmente, empregou-se o teste *t de Student* para comparar grupos com diferentes características sociodemográficas e métodos de agressão experienciados entre os diferentes grupos. Posteriormente, utilizaram-se as abordagens da Análise Fatorial Exploratória, da Análise Fatorial Confirmatória e da Análise Gráfica Exploratória para prover evidências de validade do instrumento. O Questionário de Trauma na Infância foi utilizado para prover evidência de validade concorrente. **Resultados:** O sexo feminino apresentou maior significância estatística como vítima da exposição à Vitimização por Parceiros Íntimos e os adolescentes entre 15 e 17 anos apresentaram sobreposição da ocorrência dos métodos de agressão comparados aos pré-adolescentes entre 11 e 14 anos. Não houve diferença estatística significativa para o grupo raça. A Análise Fatorial Confirmatória resultou em uma solução teórica, incluindo fatores de segunda e de primeira ordem, semelhante à estrutura original do instrumento. A confiabilidade do instrumento foi avaliada tanto pela consistência interna, quanto pelo teste-reteste, apresentando coeficientes favoráveis. A validade concorrente foi apoiada por fortes correlações entre as subescalas de vitimização emocional e física do instrumento e as subescalas de abuso emocional e físico do Questionário de Trauma na Infância. **Conclusão:** Os dados obtidos contribuíram para uma melhor compreensão do padrão de violência nos grupos. É preciso iniciativas para levar aos pais e/ou cuidadores, bem como a crianças e adolescentes o conhecimento sobre as diferentes formas que a violência pode assumir no contexto familiar. Os resultados deste estudo sugerem que o *Family Aggression Screening Tool* dispõem de boas propriedades psicométricas para validade baseada na estrutura interna como instrumento de triagem de maus-tratos no contexto familiar.

Palavras-chave: propriedades psicométricas; validade da confiabilidade; violência na família; exposição à violência por parceiro íntimo; maus-tratos infantis.

VIEIRA, Renata. *Factor structure of family aggression screening tool (FAST)*. 2022. Advisor: Irismar Reis de Oliveira. 117 s. Thesis (Doctorate in Interactive Processes of Organs and Systems) – Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador.

ABSTRACT

Introduction: Family Aggression Screening Tool is an instrument to identify maltreatment experiences using pictorial representations, including methods of Victimization and Exposure to Intimate Partner Violence. The initial psychometric properties of Family Aggression Screening Tool were reported in a single and original research in the United Kingdom. **Objective:** To analyze results obtained from the sociodemographic profile regarding to age, race and gender from Family Aggression Screening Tool data collection and compare them with the methods of Victimization and Exposure to Intimate Partner Violence that were experienced in family context. To add to current knowledge evidence of validity based on the internal structure of Family Aggression Screening Tool. **Participants:** Data consisted of 648 young people aged 11 to 17 years from public schools in the city of Salvador, Bahia. **Method:** Initially, it was applied the Student's t test to compare groups with different sociodemographic characteristics and the methods of aggression that were experienced in the groups. Afterwards Exploratory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis and Exploratory Graphic Analysis approaches were applied to provide evidence of validity. Childhood Trauma Questionnaire was used to provide evidence of concurrent validity. **Results:** Female gender was statistically more significant as a victim of Exposure to Intimate Partner Violence and adolescents between 15 and 17 years old showed an overlapping occurrence of methods of aggression compared to pre-adolescents between 11 and 14 years old. There was no statistically significant difference in race group. Confirmatory Factor Analysis resulted in a theoretical solution including second and first-order factors, similar to instrument's original structure. Reliability of Family Aggression Screening Tool was assessed both by internal consistency and by test-retest, which showed favorable coefficients. Concurrent validity was supported by strong correlations between emotional and physical victimization subscales and emotional and physical abuse subscales of Childhood Trauma Questionnaire. **Conclusion:** Data that was obtained contributed to a better understanding of the pattern of violence in the groups. Initiatives are needed to provide parents and/or caregivers, children and adolescents with knowledge about the different forms that violence can take in family context. Our results suggest that Family Aggression Screening Tool has good psychometric properties for validity based on internal structure as an identification instrument for maltreatment in family context.

Keywords: psychometric properties; usefulness of reliability; violence in family; exposure to intimate partner violence; child maltreatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico da média do sexo para exposição	47
Figura 2	Gráfico da média do sexo para o método Vitimização	48
Figura 3	Gráfico da média da idade para o método Vitimização	50
Figura 4	Autovalores obtidos de dados reais representados por círculos e dados simulados	60
Figura 5	Rede estimada incluindo itens como nós	63
Figura 6	Rede estimada incluindo pontuações da FAST, QUESI e variáveis demográficas	64
Figura 7	Representação teórica do modelo de segunda e primeira ordem (Modelo IV)	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos jovens estudados	45
Tabela 2	Resultados do teste de diferenças nos níveis de exposição entre sexos	46
Tabela 3	Resultados do teste de diferenças nos níveis de vitimização entre sexos	47
Tabela 4	Resultados do teste de diferença nos níveis de exposição entre raças	48
Tabela 5	Resultados do teste de diferença nos níveis de vitimização entre raças	48
Tabela 6	Resultados do teste de diferença nos níveis de vitimização entre os grupos 1 e 2	49
Tabela 7	Resultados do teste de diferença nos níveis de exposição entre os grupos 1 e 2	49
Tabela 8	Correlação de Pearson e correlação de parte-resto da FAST	59
Tabela 9	MIMIC para as variáveis de primeira ordem e sexo e idade como preditores de segunda ordem	61
Tabela 10	Carga fatorial para Vitimização e Exposição à VPI	62
Tabela 11	Índices de ajuste da AFC da FAST	65
Tabela 12	Testes de diferenças qui-quadrado (χ^2 diff) entre modelos	65
Tabela 13	Invariância para sexo e idade através do MIMIC	67
Tabela 14	Matriz de correlações para diferentes tipos de validade de critério correspondente à rede na Figura 6.	69
Tabela 15	Teste T de amostras pareadas para pontuações da FAST para Vitimização, Exposição à VPI e subescalas de primeira ordem	70
Tabela 16	Estatística descritiva para os dados do primeiro e do segundo ensaio	70

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABEP	Associação Nacional de Empresas e Pesquisas
AbE	Abuso Emocional
AbF	Abuso Físico
AbS	Abuso Sexual
ACE-IQ	<i>Adverse Childhood Experiences International</i>
AERA	American Educational Research Association
AF	Análise Fatorial
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APA	<i>American Psychological Association</i>
CFA	<i>Confirmatory Factor Analysis</i>
CFI	<i>Confirmatory Fit Indices</i>
CM	<i>Child Maltreatment</i>
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the Selection Health Measurement Instruments</i>
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
CTSPC	<i>Parent-Child Conflict Tactics Scale</i>
Df	Degree of freedom
DWLS	<i>Diagonal Weighed Least Squares</i>
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
EFA	<i>Exploratory Factor Analysis</i>
EGA	<i>Exploratory Graphical Analysis</i>
EmA	<i>Emotional Abuse</i>
EmI	<i>Emotional - Intimate Partner Violence</i>
EmN	<i>Emotional Neglect</i>
EmV	<i>Emotional - Victimization</i>
FAST	<i>Family Aggression Tool</i>
GFI	<i>Goodness-of-fit</i>
IPV	<i>Intimate Partner Violence</i>
ICAST-Trial	<i>International Society for the Prevention of Child Abuse Screening Tool</i>
ICAST-C	<i>International Society for the Prevention of Child Abuse Screening Tool - Child</i>

ICAST-P	<i>International Society for the Prevention of Child Abuse Screening Tool - Parents</i>
ICAST-R	<i>International Society for the Prevention of Child Abuse Screening Tool - Revised</i>
ISPCAN	<i>The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect</i>
ITC	<i>International Testing Commission</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MT	Maus-Tratos
MSA	Measurement System Analysis
MGCFA	<i>Measurement Multiple-Groups Confirmatory Factor Analysis</i>
MIMIC	<i>Multiple Indicator Multiple Cause Model</i>
NFI	<i>Normed Fit Index</i>
NgE	Negligência Emocional
NgF	Negligência Física
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PhA	<i>Physical Abuse</i>
PhN	<i>Physical Neglect</i>
PhV	<i>Physical Verbal</i>
P	<i>Picture</i>
QUESI	Questionário sobre Traumas na Infância
RMSEA	<i>Root Mean Square Error Approximation</i>
SEM	Modelo de Equação Estrutural
SxA	<i>Sexual Abuse</i>
T	Total
TA	Termo de Assentimento
TBCT-G	<i>Trial-Based Cognitive Training</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TCP-G	Treinamento Cognitivo Processual - Grupo
TLI	<i>Turcker-Lewis Index</i>
TRI	Teoria de Resposta ao item
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	19
4	REVISÃO DE LITERATURA	21
5	MATERIAL E MÉTODOS	31
5.1	PARTICIPANTES	32
5.2	INSTRUMENTOS	32
5.3	PROCEDIMENTO	33
6	RESULTADOS	35
6.1	ARTIGO 1 – ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA FERRAMENTA DE TRIAGEM DE AGRESSÃO FAMILIAR (FAST)	36
6.2	ARTIGO 2 – FERRAMENTA DE TRIAGEM DE AGRESSÃO FAMILIAR (FAST): ESTRUTURA FATORIAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS SUBESTCALAS	52
7	DISCUSSÃO	75
8	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICES	93

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
APÊNDICE B - Termo de Assentimento	95
APÊNDICE C – Questionário estruturado	96
APÊNDICE D - Instruções para o uso da FAST - Brasil	98
ANEXOS	105
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	106
ANEXO B – Escala original: Family Aggression Screening Tool by Cecil (2015)	107
ANEXO C -Questionário de Trauma Infantil (QUESI)	108

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A violência está presente na história da civilização desde a Antiguidade. Pode ocorrer no âmbito familiar, em instituições, relações interpessoais, em zona urbana ou rural e em todas as faixas etárias, sendo as crianças e adolescentes os grupos que apresentam maior vulnerabilidade¹.

Os maus-tratos (MT) contra crianças e adolescentes são uma preocupação crescente no mundo, pois têm sido relacionados a consequências graves à saúde, causando danos ao longo da vida^{2,3}. O *World Report on Children and Violence* da ONU versou sobre a epidemiologia e as consequências da violência em casa, nas escolas, em instituições e abordou a carga do problema em todo o mundo⁴. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou dados globais sobre o tema e destacou quatro subtipos de maus-tratos: abuso físico, psicológico/emocional, sexual e negligência (emocional e física)⁵.

A exposição à violência por parceiros íntimos (VPI) é uma forma de violência, pois envolve a observação da violência que ocorre entre os adultos, expondo criança e adolescente ao comportamento agressivo⁶. A VPI é definida por Schilling e colaboradores⁶ como “[...] um padrão de comportamentos coercitivos intencionais que podem incluir lesões físicas infligidas, abuso psicológico, abuso sexual, isolamento social progressivo, perseguição, privação, intimidação e ameaças”.

De acordo com o *Global Report* de 2017, 1,7 bilhão de crianças em todo o mundo sofreram algum tipo de maus-tratos no último ano, 16% negligência física, 23% delas supostamente sofrendo abuso físico e 36% abuso emocional⁵. Esse fenômeno tem alto custo econômico em despesas médicas, custos legais, perda de produtividade, comprometimento do desempenho acadêmico e cognitivo⁷. Além disso, representa maior risco para abuso de substância, ansiedade^{8,9}, depressão¹⁰, obesidade e perpetração da violência^{7,11}. A identificação adequada dos maus-tratos à criança e ao adolescente pode reduzir o sofrimento, contribuir para a prevenção e para a intervenção precoce¹²⁻¹⁶. Segundo a OMS, estima-se que ocorram 41 mil mortes por homicídio com crianças menores de 15 anos de idade todos os anos. Este dado revela a verdadeira extensão do problema, visto que uma parcela significativa de mortes por maus-tratos é atribuída de maneira incorreta a quedas, queimaduras e outras causas^{5,17,18}.

A violência sempre esteve próxima do processo educativo em decorrência da visão cultural na qual a disciplina é estabelecida pela autoridade dos pais; isto tem contribuído para mantê-la como um recurso permitido e até mesmo apropriado para educação dos filhos^{19,20}.

Infelizmente, a maior parte dos casos acontece no ambiente familiar, contrapondo o entendimento de proteção que a família deveria exercer^{2,11}.

Esforços importantes no mapeamento do impacto da violência acontecem no mundo todo^{2,3}. Os jovens que foram maltratados apresentam *deficit* em habilidades de regular afeto, no comportamento geral e são mais propensos a desenvolver transtornos de humor^{7,11}. Novas ferramentas de triagem foram desenvolvidas para facilitar a detecção, porém, há falta de consenso sobre quais instrumentos são mais adequados para a investigação e prevenção da violência²¹. Há desafios metodológicos, como evidências sobre diferentes formas de validade, estabilidade do instrumento em relação a diferentes características sociodemográficas (idade, sexo, *status* socioeconômico), subtipos de maus-tratos e métodos pelos quais são experienciados, além da dificuldade em se identificar a ocorrência da violência imposta pelos adultos às crianças no contexto familiar - daí a necessidade de se desenvolver instrumentos de qualidade válidos e adaptados aos diversos contextos culturais¹⁸.

Family Aggression Screen Tool (FAST) é uma ferramenta composta por representações em figuras, para testar experiências de maus-tratos de cuidadores, incluindo métodos de vitimização e exposição à violência por parceiros íntimos. Dada a natureza da FAST, pode-se dissociar três fontes distintas de informação capturadas: traços de comportamento de maus-tratos (emocional, verbal e físico); método pelo qual eles são experimentados, ou seja, Exposição à Violência por Parceiros Íntimos (IPV) e Vitimização (Vict) e a direção da violência (adultos para a criança ou adolescente; homem para a mulher; mulher para o homem; criança ou adolescente como observador da violência por parceiros íntimos)²².

Existe carência de estudos que validem instrumentos de violência contra crianças e adolescentes para a realidade brasileira. A validação dessa medida no Brasil é particularmente importante, pois não foi encontrado nenhum instrumento que avalie especificamente violência familiar, exposição à VPI e a direção da violência, apesar de ser cada vez mais reconhecida como um grande problema social. Além disso, acredita-se que o triagem por figuras possa contribuir para contemplar, jovens com dificuldades de aprendizagem e leitura. No Brasil, o Índice Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF) sugere que a alfabetização no país ainda é um desafio. Embora a escolarização da população brasileira tenha aumentado, apenas 25% estão na faixa do alfabetismo pleno, indicando, portanto, que 75% têm algum grau de analfabetismo funcional.^{23,24} Nesse contexto, uma ferramenta de triagem com essas características torna a validação relevante.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A validação baseada na estrutura interna da FAST no Brasil justifica o presente estudo, pois existe uma lacuna no conhecimento acerca de um instrumento que forneça fontes distintas de informações, como o subtipo de MT e o padrão de violência experienciado pela criança e pelo adolescente no contexto familiar. O triagem por figuras pode contribuir para contemplar os jovens com dificuldades de aprendizagem e leitura, posto que, embora a escolarização da população brasileira tenha aumentado, o analfabetismo funcional é uma realidade em bairros carentes. Considerando outras escalas, a FAST é um instrumento autoadministrado que demanda pouco tempo para ser respondido. Por isso, este estudo poderá contribuir para viabilizar e expandir as possibilidades de aplicação e diagnóstico de MT em jovens em diversas realidades no Brasil.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Analisar os resultados obtidos do perfil sociodemográfico em relação à idade, à raça e ao sexo, comparando-os aos métodos de violência experienciados no contexto familiar. (ARTIGO 1)

Acrescentar ao conhecimento atual, via análise fatorial confirmatória, evidências de validade baseada na estrutura interna da FAST, para o uso em população de faixa etária entre 11 e 17 anos. (ARTIGO 2 - Publicado)

REVISÃO DE LITERATURA

4 REVISÃO DE LITERATURA

Somente no século XX, a criança passa a ser aceita como parte da humanidade, sendo transferida para a família a responsabilidade pelo que pudesse lhe acontecer²⁵. Em 1924, o primeiro documento legal internacional pelo direito das crianças e dos adolescentes surgiu com a *Declaração de Genebra*. Mais de 30 anos depois, em 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas divulgou a *Declaração Universal de Direitos da Criança*, ratificada no Brasil. Este documento prevê princípios para a garantia do direito à proteção do desenvolvimento físico, mental e social da criança, bem como o direito a alimentação, moradia, assistência médica adequada, ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho. A *Declaração Universal de Direitos da Criança* foi ampliada e sucedida pela *Convenção Internacional sobre os Direitos das Crianças e Adolescentes* de 1989, tratado que o Brasil subscreveu no ano seguinte, incorporando ao conjunto normativo nacional^{25,26}.

Em 13 de julho de 1990, o Congresso Nacional promulgou a Lei nº 8.069, dispendo sobre o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA)²⁷, marco legal e regulatório de defesa da cidadania de crianças e adolescentes no Brasil. O ECA mudou a concepção de atendimento a essa população, priorizando a proteção por parte da família, da sociedade e do Estado. Em relação à violência, o artigo 5º trata da proteção contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, opressão e todos atentados em relação aos seus direitos fundamentais, seja por ação ou por omissão^{25,26}.

No Brasil, a principal manifestação da violência contra esse grupo ocorre no ambiente familiar. A violência na família se configura como toda ação ou omissão que prejudique os direitos básicos de um membro da família a partir de atos, palavras e pensamentos que depreciem a imagem da vítima. Pode ser cometida por qualquer integrante em relação de poder, sejam parentes consanguíneos ou cuidadores¹. Ela pode ocorrer de formas diferentes em cada fase do desenvolvimento: no pré-natal (aborto seletivo em função do sexo); primeira infância (testemunha de violência doméstica); média infância, entre 5-9 anos (disciplina violenta em casa, com castigo corporal); primeira adolescência, entre 10-14 anos; e no fim da adolescência, entre 15-19 anos (violência do parceiro)⁵.

Diante da magnitude do tema, o Ministério da Saúde adotou definições para contextualizar a violência, nos seus documentos *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência* (2001) e *Notificação de Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes*¹⁸. No contexto da criança e do adolescente, a violência é usualmente

classificada a partir dos subtipos de maus-tratos: abuso físico, emocional ou psicológico, verbal, sexual e por negligência. O abuso físico é o mais facilmente identificado pelos profissionais da área da saúde e assume diversas expressões, ou seja, espancamento, queimadura, mordida, sacudida, punição corporal e instrumentos de castigo. Alguns cuidadores podem manifestar esse comportamento como uma característica de comunicação, independente do comportamento da criança ou adolescente, ou seja, uma visão cultural da punição como processo educativo^{1,28,29}.

O abuso emocional ou psicológico envolve atitudes constantes de rejeição, cobranças exageradas, punições humilhantes, insultos e exposição dos jovens à corrupção. É um subtipo de maus-tratos difícil de detectar e está frequentemente associado a outros tipos de abuso^{1,18}. Embora o abuso verbal esteja próximo do emocional, difere pela gritaria excessiva, depreciação e provocação. Pode se manifestar com duração, volume e frequência variada^{18,30}. O abuso sexual envolve contato sexual ou exposição ao sexo, onde existe a intenção de estimular sexualmente ou mesmo utilizar a criança e o adolescente para obter satisfação sexual por meio de diferentes tipos de ações, que incluem o contato sexual com ou sem penetração¹⁸.

A negligência significa a omissão de cuidados básicos, como a privação de medicamentos, saúde, higiene, ausência de proteção e não provimento de estímulos e de condições para frequentar a escola^{5,31}. Ela se caracteriza pela falha em fornecer cordialidade, atenção, supervisão, falta de elogio, incentivo e até mesmo o abandono. Atualmente, a observação direta da violência, ou seja, exposição à violência por parceiro íntimo (VPI) foi adicionada como uma forma de violência familiar³². Ambos os métodos (violência direta ou exposição à violência) são associados a graves consequências para a saúde mental e física desse grupo ao longo da vida³²⁻³⁴.

São várias as consequências associadas à saúde mental em vítimas de violência e, naturalmente, pesquisadores da área passaram a se interessar pelo tema. Estudo¹⁰ realizado em uma escola pública da cidade de Salvador, avaliou a interrelação entre abuso *versus* satisfação com a vida e abuso *versus* sintomas depressivos, partindo de uma amostra de conveniência de 342 adolescentes, com idades entre 11 e 17 anos. Eles observaram correlações negativas entre maus-tratos e satisfação com a vida e entre satisfação com a vida e sintomas depressivos. Por outro lado, sintomas depressivos foram positivamente correlacionados a experiências de maus-tratos. Em concordância, outro estudo²⁹ apontou as associações entre o escore total de depressão e os subtipos de maus-tratos (abuso emocional, físico, sexual, negligência emocional e física). O resultado foi semelhante ao estudo de Salvador, visto que o diagnóstico de depressão apresentou forte associação entre os subtipos de MT.

Ainda no que concerne às consequências da violência, segundo Schilling e colaboradores⁶, a exposição infantil à VPI impacta a saúde da criança por várias vias, ou seja, trauma, ansiedade de separação, birras excessivas, fisiologia alterada do estresse, interrupção do apego criança-cuidador³⁵, percepção do mundo como hostil e inseguro, além do aprendizado por meio de modelos sociais em que a violência é uma forma aceitável para resolver conflitos³⁶. Sabe-se que as crianças em idade escolar expostas a VPI têm maior probabilidade de apresentar comportamentos agressivos e antissociais do que seus pares. Os adolescentes expostos apresentam taxas mais altas de reprovação escolar, abuso de substâncias tóxicas e comportamentos sexuais de risco^{2,37}.

No entanto, o impacto da violência contra crianças e adolescentes não se resume apenas a fatores psicológicos. A fim de compreender as consequências da violência no desenvolvimento desse grupo, um estudo de coorte prospectivo⁷, realizado durante o período de 1967 a 1971, comparou o impacto da violência em crianças, em longo prazo, com histórico de abuso e negligência com outras crianças não abusadas até a idade adulta (idade média de 41 anos). Para tanto, medidas de resultado do *status* econômico e da produtividade foram avaliadas em 2003-2004 (n = 807). Os resultados indicaram que os adultos com histórico documentado de abuso e/ou negligência na infância tiveram níveis mais baixos de educação, emprego, renda e se mostraram menos ativos quando adultos em comparação com os que não sofreram violência.

Nesse contexto, outros estudos^{4,15,32} identificaram fatores de risco associados à violência na família, entre eles, a dos pais ou cuidadores desempregados, que fizeram uso de substância, falta de apoio familiar e alta tolerância à violência³⁸ e, adicionalmente, a falta de legislação adequada para lidar com violência direcionada a crianças e adolescentes, além de normas culturais que promovem ou incentivam a violência e a falta de assistência especializada⁵. Estudos recentes apontam que a exposição dos pais à violência quando criança pode ser um fator de risco para perpetração dos maus-tratos na próxima geração³².

As normas culturais têm um importante papel nas práticas educativas parentais utilizadas em situações específicas de interação com as crianças. Elas são aprendidas em contexto sociocultural e são influenciadas pelas crenças dos pais ou cuidadores sobre disciplina e valores da família. Podem ser compreendidas em prática positiva, quando os pais favorecem diálogo e conseguem estabelecer regras, e em prática negativa, quando a disciplina é estabelecida por punição inconsistente, disciplina relaxada e abuso³⁸. Se positiva, a prática parental pode favorecer o desenvolvimento saudável, no entanto, se negativa, pode colocar a criança e adolescente em risco físico e psicológico³⁹.

A violência contra esse grupo exige intervenção em várias dimensões, ou seja, à criança, ao agressor (individual) e recursos sociais para lidar e prevenir a violência (coletiva). E, de fato, a relevância entre as dimensões é observada quando o tema é prevenção¹⁴. Por essas razões, várias ações em todo o mundo foram implementadas por governos, comunidades e organizações para rastrear e impedir a violência experimentada por crianças e adolescentes⁴⁰. No entanto, parte das ações dependem de métodos quantitativos e qualitativos com o objetivo de compreender como as mudanças podem ser geradas e sustentadas⁴¹. Portanto, ferramentas validadas são um importante material para instrumentalizar instituições e profissionais de saúde no triagem dos casos^{41,42}.

Neste sentido, a psicometria é a área responsável por avaliar características de testes projetados para medir atributos psicológicos, aliada a métodos de Análise Estatística, Análise Fatorial (AF), Modelagem de Equações Estruturais (MEE), Teoria de Resposta ao Item (TRI) e outras técnicas multivariadas^{43,44}. Essa abordagem surgiu a partir da psicofísica dos psicólogos alemães Ernst Heinrich Weber e Gustav Fechner⁴³. Contudo, a contribuição mais relevante foi a do pesquisador inglês Francis Galton sobre o papel que a genética desempenhava nas diferenças individuais. Os estudos nessa área progrediram e o termo validade ganhou destaque como elemento imprescindível no processo de desenvolvimento e validação de instrumentos⁴⁴.

Nesse período, surgiram pesquisadores importantes na área de estatística, cuja atividade vem até os dias atuais; um exemplo é o psicólogo inglês Charles Spearman, pioneiro da AF e responsável pelos coeficientes de correlação que levam o seu sobrenome. O período entre 1940 e 1980 foi marcado por obras relevantes como a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e Teoria sobre Medida Escalar⁴⁴. Especificamente em 1954, a primeira edição da American Psychological Association (APA)⁴⁵ publicou as normas para uso de testes psicológicos. E, somente através dessa publicação, o conceito de validade, dividido em quatro tipos, foi disseminado, sendo eles: conteúdo, constructo, concorrente e preditiva. Posteriormente, as duas últimas validades foram agrupadas sob o título de validade de critério.

Embora, o conceito de construto tenha surgido nas recomendações da APA, ganhou destaque por meio do artigo de Cronbach e Meehl *Construct validity in psychological tests*⁴⁶. Os mesmos autores apontaram que a compreensão do conceito teórico está ligada ao que chamaram de rede nomológica, ou seja, a relação de constructos com constructos (A e B), de variáveis observáveis com variáveis observáveis (a e b) e de constructos com variáveis observáveis (A e a; B e b)⁴⁷. No entanto, a validade reduzida a três classes não se ajustou com a Psicometria moderna⁴⁸, que surgiu com a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de

Resposta ao Item (TRI); ambas as teorias visam contribuir para desenvolver instrumentos de qualidade, contudo, diferem na percepção das variáveis que contribuem para esse objetivo. A TCT compreende que o acerto produzido por um sujeito ao responder o teste mostra a qualidade da medida, isto é, a soma das respostas dadas aos itens de um instrumento produzindo um escore total (T). Por outro lado, a TRI não tem interesse no escore total, mas na probabilidade e nos fatores que contribuem para cada item ser aceito ou rejeitado. Dessa forma, o objetivo na TRI é construir itens de qualidade para avaliar os traços latentes⁴⁷.

São vários os temas da teoria da Psicometria moderna, entretanto, os principais incluem uma visão de validade unificada, inferências e usos dos escores, teoria cognitiva em estudos de validade e consequências do teste na estrutura de validade⁴⁹. No livro *Measurement theory and applications for the social sciences*, a autora Deborah Bandalos⁴⁹ considera que esse processo de validação é semelhante à realização de pesquisa em geral, no qual o pesquisador reúne um conjunto de evidências que apoiam o uso pretendido e as inferências, a partir dos resultados das ferramentas. Logo, não é esperado reunir todas as evidências de validade em uma única ferramenta^{42,49,50}.

Na literatura, um dos referenciais para avaliar as propriedades de medidas em saúde é o COSMIN (*Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments*)⁵¹ que trata de normas baseadas em consenso para seleção de instrumentos de medidas. Entre as ferramentas disponíveis está a Taxonomia COSMIN⁵², resultado de um estudo Delphi internacional, composto por 43 especialistas nas áreas de Psicologia, Epidemiologia, Estatística e Medicina Clínica. O painel resultou em um documento com as definições e terminologia das propriedades psicométricas de medidas em saúde. O objetivo é contribuir para o uso uniforme de termos e de definições na literatura sobre as propriedades de medição.

A Taxonomia COSMIN compreende a validade como um dos domínios da lista e a define como a capacidade do instrumento em mensurar o constructo proposto. As propriedades psicométricas integrantes do domínio validade são: (1) validade de conteúdo que reflete se o instrumento é adequado para o constructo mensurado; (2) validade de critério representada pelo grau do quanto os escores de uma ferramenta são reflexos de um instrumento padrão ouro e (3) validade de construto determinada pela capacidade do instrumento em medir o que se propõe. A validade de construto é compreendida como uma das propriedades do domínio validade e conta com três propriedades psicométricas: validade estrutural (grau de adequação dos escores do questionário como reflexo da dimensão do constructo a ser mensurado); teste de hipóteses (o grau de relação com outras medidas que confirmem o suposto constructo); e validade

transcultural (a capacidade de uma versão traduzida ou adaptada culturalmente refletir adequadamente o desempenho dos itens do instrumento original)⁵².

O segundo domínio é representado pela confiabilidade e refere-se ao grau em que a medição está livre de erros de medição, ou seja, à capacidade do instrumento de manter um resultado diante de medições repetidas. São três as propriedades psicométricas que compreendem esse domínio: consistência interna (grau de interrelação dos itens); confiabilidade como propriedade (a proporção da variância da pontuação total que se deve a diferenças verdadeiras); e erro de medição (erro sistemático e aleatório da pontuação de um respondente que não se deve a verdadeiras mudanças no construto que está sendo medido). Por fim, o terceiro domínio corresponde à capacidade de resposta de um instrumento, conhecida como a habilidade da ferramenta em detectar mudanças ao longo do tempo no construto medido⁵².

Os estudos científicos de instrumentos de medidas psicológicas evoluíram ao longo das últimas décadas, bem como, simultaneamente, a compreensão sobre qualidade metodológica⁴⁹. Como parte desse processo, a APA 2014⁵³ apresentou a visão atual^{47,49} e predominante sobre evidência de validade baseada no conteúdo, em processos de resposta, na estrutura interna de instrumentos de medida psicológica, em relações com outras variáveis e evidências para as consequências dos testes. Desta forma, anteriormente ao processo de validação, é recomendado que o pesquisador especifique qual a interpretação e o uso pretendido dos escores. Essas especificações integram o argumento de validade e favorecem a tomada de decisão sobre quais evidências se pretende buscar, por meio, do acúmulo de provas circunstanciais⁴⁹.

No que diz respeito à evidência baseada na estrutura interna, propósito desse estudo, os objetivos são compreender a forma como os itens de um instrumento podem ser agrupados, o padrão de correlação entre eles e se os itens refletem a teoria do construto. Todas as ferramentas de medição são desenvolvidas fundamentadas em uma teoria, implícita ou explícita, sobre a dimensionalidade do construto. As interpretações dos escores são baseadas nesse pressuposto de dimensionalidade representado pelas correlações. Essas correlações podem assumir um agrupamento unidimensional ou multidimensional. No entanto, independente do agrupamento dos itens, eles devem estar alinhados com as expectativas teóricas sobre o construto⁴⁹.

As evidências baseadas na estrutura interna podem ser obtidas por meio de intercorrelações de itens e/ou subescalas, coeficientes de consistência interna, teoria de resposta ao item e os resultados de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias. Para tal, o procedimento da Análise Fatorial (AF) é comumente utilizado nas áreas de Psicologia, Educação, Ciências Políticas, Administração e Saúde Pública⁵⁴. A AF possibilita investigar os

padrões ou relações latentes para grande número de variáveis e fornece informações sobre itens e subescalas^{49,54}.

Assim, o procedimento da AF pode assumir a perspectiva da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e/ou Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Ambas têm por finalidade reproduzir as relações observadas entre um grupo, mas diferem fundamentalmente pelo número e pela natureza das especificações. AFE é orientada para dados, ou seja, inicialmente nenhuma especificação é feita em relação ao número de fatores ou padrão de relação entre fatores comuns e cargas fatoriais. Normalmente, é utilizada para estabelecer o número apropriado de fatores comuns e para descobrir quais variáveis são indicadores razoáveis das dimensões do instrumento⁵⁴.

Por outro lado, o procedimento da AFC é utilizado após a estrutura de um teste ter sido explorada e refinada pela AFE. É um tipo de MEE que considera as relações entre variáveis observáveis (itens, escores, classificação de observação comportamental) e variáveis não observáveis ou fatores latentes. AFC permite testar diferentes concepções teóricas nas quais os itens podem ser agrupados em fatores. O pesquisador especifica antecipadamente vários aspectos do modelo (número de fatores e natureza das variáveis), baseados em evidências e teorias passadas. Assim, é normalmente utilizada durante o processo de desenvolvimento de instrumentos para examinar a estrutura latente de um teste, verificar o número de dimensões (fatores) e padrão item-fator (cargas fatoriais). É considerada uma abordagem analítica indispensável para validação de construto, pois fornece evidências convincentes da validade convergente e discriminante de construções teóricas⁵⁴⁻⁵⁶.

Na literatura, há vários instrumentos de medida para facilitar a detecção de violência experienciada pelo jovem^{22,56-63}, mas, apesar dos esforços em capturar essa medida, ainda há dúvidas sobre quais instrumentos são mais adequados para o seu triagem e prevenção^{2,21,56}. Nessa perspectiva, estudos sobre instrumentos de medidas para triagem de violência são realizados no mundo todo^{58,62,64-67}, incluindo revisões sistemáticas sobre a qualidade de instrumentos. Yoon e colaboradores⁵⁶, realizaram uma revisão incluindo 25 estudos sobre a avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos de autorrelato com pais ou cuidadores sobre a violência ou a perpetração da violência. *A priori*, foram selecionados 15 instrumentos dos quais apenas 9 foram classificados como elegíveis⁵⁶, conforme as normas do COSMIN⁶⁸; entre eles, estão: a *Trial Child Abuse Screening Tool* (ICAST)⁶⁹ e a *Parent-Child Conflict Tactics Scale* (CTSPC)⁷⁰

A ferramenta de triagem de abuso infantil (ICAST-Trial) foi desenvolvida a partir de encontros de painel global de 122 especialistas de 31 países diferentes, com base em lacunas

identificadas nas ferramentas apresentadas no encontro da ONU⁵. *The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) destacou, em especial, duas medidas: (1) para pais ou responsáveis (ICAST-P)⁷¹ com 19 itens e (2) para jovens de 18 a 24 anos (ICAST-R)⁷² com 27 itens, que incluem abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência e exposição à violência doméstica. É uma medida autoadministrada, que pode ser preenchida em aproximadamente 30 minutos. O ICAST e suas versões foram adaptados para aplicação em pesquisas interculturais e multiculturais. A adaptação para o português do Brasil incluiu as três versões: ICAST-C⁶² (para crianças), ICAST-R⁶³ (entrevista retrospectiva) e o ICAST-P⁷¹ (versão para pais), totalizando 69 itens.

A *Parent-Child Conflict Tactics Scale* (CTSPC)⁷⁰ é um instrumento retrospectivo de percepção do adulto em relação à violência. É composto por 22 itens e testa atos de disciplina não violenta e abuso físico e psicológico no ano anterior. O estudo do CTSPC foi estratificado em três módulos por nível de gravidade (leve, moderada e alta). No módulo 1 (leve), as agressões consistiam em tapas, beliscões ou sacudir. As agressões do módulo 2 (moderada) consistiam em espancamento, pontapés ou atirar a criança ao solo. No módulo 3, os eventos eram altamente graves e consistiam em abuso físico, tais como queimadura com cigarro, ameaça com faca ou arma de fogo e engastamento⁷³. O instrumento passou por avaliação semântica para o português em 2003⁶⁵ e validação da estrutura fatorial em 2011⁷⁴.

O instrumento mundialmente conhecido e referido pela OMS é o *Questionário Internacional de Experiências Adversas na Infância* (ACE-IQ)⁵⁸. Trata-se de um instrumento retrospectivo e uma das medidas mais robustas de investigação da exposição à situação adversa. O ACE-IQ foi desenvolvido para ser usado com pessoas > 18 anos para investigar experiências adversas na infância. É composto por 43 itens distribuídos em 7 domínios: (1) proteção, (2) abuso (físico, psicológico, sexual, emocional), (3) negligência (psicológica e física), (4) exposição à violência doméstica, (5) exposição a violência comunitária, (6) exposição à violência coletiva e (7) exposição à violência entre pares. Em 2021, foi adaptado para o português do Brasil com o mesmo nome⁶⁷. O tempo médio de resposta é de aproximadamente 25 minutos.

O *Questionário sobre Traumas na Infância* (QUESI)⁶⁰, internacionalmente conhecido como *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)⁷⁵, é aceito mundialmente como instrumento de avaliação de maus-tratos na infância. É uma medida de autorrelato retrospectivo destinado a mensurar diversas formas de maus-tratos e pode ser aplicado em adolescentes a partir de 12 anos. Foi um dos instrumentos mais utilizados e publicados entre 2009 e 2017⁶⁴. A versão

adaptada e validada para o português do Brasil consiste em 28 itens, dividido em cinco subescalas: abuso físico, emocional e sexual e negligência física e emocional⁶⁰. (ANEXO C)

Novas ferramentas de triagem de maus-tratos foram desenvolvidas e adaptadas em todo o mundo, todavia, há dúvidas sobre qual é mais adequada para investigação e prevenção da violência contra crianças e adolescentes^{42,56}. Possivelmente, a ferramenta mais adequada para uma pesquisa pode não ser para outra. Nesse sentido, é recomendado primeiro considerar a população-alvo, o objetivo do estudo e a relação custo-benefício das diferentes abordagens quanto às as informações coletadas, ou seja, autorrelato do adulto, autorrelato da criança e/ou relatório baseado em observadores⁴². Além disso, é sugerido considerar a quantidade de itens de um instrumento, tempo de aplicação, necessidade de treinamento da equipe e as evidências de validade psicométricas do instrumento^{42,64}.

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é fornecer evidências sobre a validade baseada na estrutura interna da FAST, para disponibilizar uma ferramenta rápida de triagem e de fácil administração; adicionalmente, compreender o perfil sociodemográfico do grupo (idade, raça e gênero), considerando os métodos de violência experimentados.

MATERIAL E MÉTODO

5 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de evidências de validade, baseado na estrutura interna da FAST. A pesquisa foi conduzida como parte de um ensaio clínico realizado entre abril de 2017 e outubro de 2018, intitulada *Eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G) na Prevenção de Transtornos de Ansiedade e Depressão em Adolescentes de Escolas Públicas Municipais de Salvador: Um Ensaio Clínico Randomizado*. O ensaio recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, sob o parecer de número 3.024.360. (ANEXO A)

5.1 PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com alunos matriculados do 7º ao 11º ano de uma escola pública da cidade de Salvador/BA. Foi incluído no estudo jovens matriculados, com idades de 11 a 17 anos e de ambos os sexos. Os alunos com idade inferior a 11 anos, com idade superior a 17 anos de idade e cujo responsáveis (ou eles próprios) se recusaram a assinar os termos de consentimento e/ou assentimento não foram incluídos no estudo.

Participaram do estudo 684 respondentes, dos quais trinta e seis foram removidos devido a altos padrões de dados ausentes e dois com idade maior que 17 anos, resultando em uma amostra de $n = 648$, sendo 342 (52,8%) participantes do sexo feminino, 305 (47,2%) do sexo masculino e um não identificou o sexo. A amostra foi dividida, produzindo duas subamostras com $n = 324$ sujeitos cada, uma utilizada para AFC e outra para AFE. O teste-reteste considerou apenas os participantes do estudo do grupo controle TCP-G, atingindo um tamanho amostral de $n = 268$ respondentes. O tamanho amostral atendeu as recomendações encontradas na literatura para AF, em que a proporção tende a ser de 100 participantes por dimensão ou item 10:1⁷⁶.

5.2 INSTRUMENTOS

A condição de cada participante foi avaliada por meio de um questionário estruturado, com o objetivo de obter as características sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor e condições de vida). Além disso, os jovens responderam a duas perguntas sobre vitimização por pares, consumo de álcool e drogas. (APÊNDICE C)

O QUESI é utilizado para medir a exposição autorrelatada a MT sofrida pelos jovens. O instrumento é composto por 28 itens distribuídos em cinco subescalas: abuso físico (AbF), emocional (AbE) e sexual (AbS), bem como negligência física (NgF) e emocional (NgE). Os itens são avaliados em uma escala Likert de cinco pontos⁶⁰. Essa medida foi utilizada para obter informações sobre a validade concorrente. (ANEXO C)

A FAST foi adaptada para o idioma português do Brasil a partir de sua forma curta original, em colaboração com os autores da versão original em inglês²². A adaptação brasileira seguiu os padrões metodológicos recomendados pela *International Testing Commission* (ITC)⁷⁷ e a técnica de re-tradução pautou-se na adaptação adequada dos instrumentos a outras culturas. O instrumento é composto por 12 figuras que avaliam experiências de diferentes formas de MT, incluindo vitimização direta da criança e exposição à violência por parceiros íntimos (VPI). Cada figura retrata um dos três tipos de MT, usando os seguintes símbolos: (a) um coração partido, para representar mágoa emocional; (b) um megafone, para representar a agressão verbal; e (c) uma seta pontiaguda, para representar a agressão física. Para cada representação pictórica, uma seta é usada para indicar a direção da agressão entre os membros da família, a saber (i) violência de adulto masculino para criança, (ii) violência de mulher para criança, (iii) violência de adulto masculino para adulto feminino e (iv) violência do adulto do sexo feminino para o adulto do sexo masculino. Primeiro, o jovem responde à pergunta “Isso já aconteceu com você?”, sendo que há duas respostas possíveis: “não” ou “sim”. Se o jovem responder “não”, ele é direcionado para a próxima figura. Se ele ou ela responder “sim”, a segunda pergunta é feita (“Isso já acabou?”), e também registrada como “sim” ou “não”. Em seguida, o jovem é solicitado a avaliar “Com que frequência isso aconteceu?” em uma escala contínua de 0 a 10, sendo 0 = Nunca; 5 = Às vezes; 10 = Muito. (APÊNDICE D)

5.3 PROCEDIMENTO

O primeiro contato foi realizado com a Secretaria Municipal de Educação para apresentar o estudo, obter autorização e apoio para a realização da pesquisa. Após minuciosa avaliação e aprovação, os pais dos alunos foram convidados a participar de uma reunião para conhecer a proposta e esclarecer dúvidas com a equipe de pesquisa. Os pais que concordaram com a participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Em seguida, os alunos foram informados sobre a pesquisa em sala de aula, incluindo a opção de não participar ou interromper a participação contínua em qualquer momento. Os alunos assinaram um Termo de Assentimento (TA) (APÊNDICE B). O colégio

pré-estabeleceu dia, horário e local para aplicação dos testes. Psicólogos treinados pelo pesquisador principal aplicaram os instrumentos em sala de aula, onde permaneceram durante toda execução da tarefa. Cada participante recebeu os formulários de pesquisa, que incluíam a entrevista estruturada e as versões em português da FAST e do QUESI. À medida que os jovens finalizavam, os formulários eram entregues para a equipe e depositados em um envelope.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ATRAVÉS DA FERRAMENTA DE TRIAGEM DE AGRESSÃO FAMILIAR (FAST)

INTRODUÇÃO

A violência na família contra crianças e adolescentes é um problema que ocorre em todos os países, ricos ou pobres. O *Relatório global de violência contra jovens*⁴¹ registrou que 1 bilhão de crianças entre 2 e 17 anos de idade experienciou algum tipo de violência no último ano. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 40 mil crianças entre 0 e 17 anos morrem todo ano vítimas de algum tipo de violência letal⁴. Esse dado revela a verdadeira extensão do problema, visto que um parcela significativa de mortes são atribuídas de maneira incorreta⁴².

Diante da magnitude do tema, pesquisadores ao redor do mundo têm discutido sobre o que caracteriza a violência. Segundo a OMS⁵, ela consiste no uso intencional da força ou poder, em forma de ameaça, contra si, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano físico e alterações do desenvolvimento. A criança e o adolescente estão sujeitos a experienciar a violência de diferentes formas, em variados contextos e fases do desenvolvimento. Entre as principais formas relatadas nessa população estão os maus-tratos (MT), a violência juvenil e a violência por parceiros íntimos ou violência no namoro. As diferentes formas estão interrelacionadas, podendo ser experienciadas simultaneamente em diferentes etapas ao longo da vida, ou seja, desde a fase pré-natal até os 18 anos de idade^{5,42}.

Os maus-tratos, objeto deste estudo, referem-se à violência contra crianças e adolescentes no ambiente familiar, institucional e pela sociedade. Os MT incluem todos os tipos de violência como o abuso (sexual, emocional, físico) e negligência (física e emocional), ou qualquer outra que resulte em danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder^{42,78,79}. Essas formas agressivas de se relacionar são frequentemente usadas por pais, educadores e responsáveis por abrigos como estratégia disciplinar¹⁸.

No contexto familiar, há diferentes formas pelas quais os MT podem ser experienciados pelo jovem⁷⁸. O abuso físico é uma delas e envolve espancamento, queimadura, mordida e

punição física. Normalmente, resulta em dano físico real ou potencial. O abuso emocional ou psicológico engloba rejeição constante, insultos, gritos, depreciação e provocação, além de falhas no fornecimento de suporte adequado ao desenvolvimento de competências emocionais e sociais^{1,18}. Embora o abuso verbal esteja próximo do emocional, difere pela gritaria excessiva, depreciação e provocação. Pode se manifestar com frequência, duração e volume e frequência variados^{18,30}. O abuso sexual inclui contato sexual ou exposição ao sexo, além de envolver a criança ou adolescente em atividade sexual que ele não compreende plenamente ou que prejudique a fase de desenvolvimento^{4,42}.

A negligência emocional ou física é uma das formas mais prevalentes de MT contra o jovem¹⁶. Ela pode ser definida como a falha em fornecer cordialidade, atenção, supervisão, ausência de elogio ou incentivo. Envolve falhar em prover saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo, higiene e condições de vida segura^{5,42}. Todos os subtipos experienciados por esse grupo são prejudiciais, independente da natureza ou gravidade^{5,32}. Recentemente, a observação direta, ou seja, a exposição à violência por parceiro íntimo (VPI) foi adicionada ao catálogo de tipos de MT^{12,32}. Na literatura, os MT de todas as naturezas são associados a graves consequências para a saúde mental e física do jovem, não apenas na infância, mas também ao longo da vida³²⁻³⁴.

Os MT contra crianças e adolescentes ocorrem em todo o mundo com diferentes configurações, enraizados em práticas culturais, econômicas e sociais⁴¹. Segundo a OMS², as formas de violência nas quais crianças e adolescentes são expostos podem variar de acordo com a idade e o estágio de desenvolvimento. Na primeira infância (0 - 4 anos), as crianças são mais vulneráveis como vítimas de violência física. Na média infância (5 a 9 anos) estão sujeitas a castigos corporais, violência emocional, negligência e exposição a violência por parceiros íntimos. Na primeira adolescência (10 – 14 anos), por causa da fase da puberdade estão mais vulneráveis a abuso sexual e a exposição à violência por parceiros íntimos. E, no fim da adolescência (15 – 19 anos), os jovens estão mais expostos ao abuso sexual, abuso físico e negligência^{16,80-82}.

As consequências associadas aos MT no ambiente familiar geram prejuízos ao desenvolvimento físico, mental e social do jovem. As evidências^{5,7,16} sugerem que vítimas de MT podem apresentar uma série de problemas, incluindo traumas, ansiedade⁹, depressão¹⁰, interrupção do apego criança-cuidador⁸³ e a percepção do mundo como hostil e inseguro⁶.

Entretanto, o impacto não se resume apenas a fatores psicológicos. Os jovens expostos a algum subtipo de MT apresentam uma chance maior de adotar comportamentos não saudáveis, ou seja, fumar, beber álcool e fazer uso de drogas. Além disso, são mais propensos

a ter desempenho escolar ruim, maior chance de desemprego na fase adulta, dificuldades financeiras e risco aumentado de se envolver em violência no futuro^{5,84}. Além dos custos humanos, existem consequências econômicas para toda a sociedade, com aumento de despesas médicas, custos legais e perda de produtividade⁴¹.

Somando-se a isso, são muitos os fatores de risco associados aos MT. Lakhdar e colaboradores⁸⁵ avaliaram esses fatores em jovens de 0 a 17 anos e encontraram fortes associações com paternidade e/ou maternidade na adolescência, pais alcólatras, história de MT dos pais na infância, contexto socioeconômico e desemprego. Outros estudos^{86,87} destacaram a falta de apoio familiar, conflitos conjugais, monoparentalidade e ambiente doméstico estressante como possíveis preditores de MT.

Segundo Morgan e colaboradores⁸⁷ as práticas educativas parentais podem ser um importante fator preditor de MT, ou seja, elas são aprendidas em contextos socioculturais e influenciadas pelas crenças sobre disciplina e valores da família. Dessa forma, pais ou cuidadores que sofreram MT ou tiveram envolvimento com formas de violência na infância podem utilizar punições inconsistentes, autoritarismo e abuso, tornando a prática educativa um instrumento de MT disfarçado de disciplina^{39,88,89}. Sob o mesmo ponto de vista, outro estudo apresentou a exposição dos pais a violência quando crianças como um fator para perpetuação das agressões na próxima geração³².

Ainda nesse contexto, os dados apontam para o ciclo intergeracional nos MT, que representa importante campo para compreensão dos aspectos que podem manter padrões de abuso na família. Jovens que foram vítimas ou foram expostos à VPI têm risco aumentado de se tornarem agressores na vida adulta^{5,42}. Morgan e colaboradores⁸⁷ investigaram a relação entre estilo parental e o risco aumentado de se tornar um agressor. O resultado demonstrou que os adultos podem ser influenciados pelas práticas parentais na quais foram educados. Ademais, na infância, o adulto responsável pela criança colabora na formação das crenças, ou seja, as ideias sobre si mesmas, sobre as outras pessoas e o seu mundo⁹⁰. Nesta perspectiva, o ambiente familiar pode impactar nas crenças sobre parentalidade, vulnerabilidade pessoal e habilidades de resolução de conflitos⁹¹.

No cenário mundial, a análise de dados de uma pesquisa representativa publicada pela Organização Mundial da Saúde com 96 países, parte do projeto INSPIRE, revela que 1 bilhão de crianças em todo mundo, entre 2 e 17 anos de idade, sofreram violência psicológica, física ou sexual no ano anterior. O estudo apontou os subtipos de violência e correlacionou com os estágios de desenvolvimento. A exposição à violência por parceiros íntimos surgiu como a mais presente de 0 a > 18 anos, seguida dos maus-tratos entre 0 e 17 anos de idade⁹².

No Brasil, a Fundação ABRINQ reuniu informações sobre as notificações de MT contra jovens registradas em 2015 pelo Disque 100. Os principais casos de MT notificados são de violência psicológica (45,7%), violência física (42,4%), violência sexual (21,3%) e outros tipos de violação (8,6%). Nesse canal, o denunciante pode informar mais de um subtipo de MT em uma única ligação⁹³. No Estado da Bahia, um estudo sobre o perfil das vítimas de 0 -11 anos de idade que sofreram algum tipo de violência de 2004 a 2014, revelou que a maioria foi vítima de violência física (47,6%), seguida de violência sexual (34,6%), psicológica (17,4%) e negligência (0,4%)⁹⁴.

Contudo, independente da região, as crianças e os adolescentes brasileiros são diariamente vitimizados em uma série de contextos e submetidos a diferentes formas de MT. Em 2021, foram registrados 19.136 casos de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos de idade vítimas de violência não letal (VNL), especificamente MT. Conforme demonstra o último *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022*, o grupo etário de 0 a 4 anos representou 26% dos casos registrados e, no grupo de 5 a 9 anos, o percentual chegou a 36%. Ambos os grupos apresentaram uma prevalência maior entre os meninos. O cenário se inverte nas faixas de 10 a 14 anos (29%) e 15 a 17 anos (9%), em que a maior parte das vítimas são do sexo feminino⁹⁵.

O *Fórum Brasileiro de Segurança Pública* apresentou um levantamento de crimes contra crianças e adolescentes entre 2019 e 2021. Os crimes com vítimas de 0 a 17 anos de idade totalizaram 129.844 casos, incluindo lesão corporal, MT, estupro e exploração sexual. Os MT são o segundo tipo de crime que mais acontece, com 28.098 casos identificados. Nesse relatório, a distribuição da prevalência entre o sexo das vítimas não apresentou diferença significativa, isto é, o sexo feminino representou 51% dos casos contra 49% do sexo masculino. Os dados de raça/cor das vítimas foram divididos em duas raças, 59% branca e 41% preto⁹⁶.

Outro estudo realizado entre 2018 e 2019, em escolas municipais em São Paulo, teve como objetivo identificar casos suspeitos ou confirmados de MT. Foram identificados 90 casos, não houve discrepância significativa entre sexo das vítimas, mas o sexo masculino foi apontado como o mais atingido. A negligência (74%) teve maior prevalência em comparação aos outros subtipos e os principais sinais e sintomas percebidos pelos pedagogos foram piolho (42%), cárie (34), uso de roupas inadequadas (12%), agressividade com outras crianças (5%), nenhuma refeição (3,3%) e queimaduras (2%)⁹⁷.

No Brasil, não há um sistema unificado de dados da Segurança Pública, o que dificulta a uniformização das informações. Vale salientar que os crimes não-letais, como é o caso de MT, estão sujeitos a altas taxas de subnotificação, uma vez que é necessário o engajamento de um adulto (família, vizinhos) ou instituição (escola)⁹⁵ para fazer a denúncia.

A taxa de crimes de MT com vítimas de 0 a 17, por 100 mil habitantes, entre 2020 e 2021 teve um aumento de 21,3% no país. Contudo, esse período coincide com as medidas de isolamento social, em que escolas se mantiveram fechadas e as delegacias tiveram queda em todos os tipos de crimes⁹⁸. O Sudeste foi a região que acumulou a maior taxa de registros preenchidos nesse período, seguido da região Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte. No entanto, a taxa nem sempre retrata a realidade dos crimes, ou seja, pode indicar que a região tem mais acesso a canais de denúncias ou está mais bem informada sobre o que caracteriza crime nesse contexto⁹⁸.

Com relação ao perfil do agressor, as mulheres aparecem como principais agressoras no subtipo violência psicológica, seguido de negligência⁹⁹. Os dados no anuário de 2022 apresentaram um resultado semelhante, dado que 70% dos crimes de MT cometidos contra crianças entre 0 e 9 anos são cometidos por mulheres. Esse percentual diminui gradativamente, de acordo com o aumento da faixa etária das vítimas, mas se mantém próximo dos 60%. Entre 16 e 17 anos, as mulheres e homens são igualmente responsáveis. As estatísticas são semelhantes a outros estudos que apontam uma ligeira prevalência das mulheres como agressoras mais ativas nos MT contra crianças e adolescentes, no contexto familiar^{88,100,101}.

Entre os canais oficiais disponíveis para notificar MT contra crianças e adolescentes estão o *Boletim de Ocorrência Policial* (BO) e o registro no Conselho Tutelar. Além disso, o governo disponibiliza um canal chamado *Disque Direitos Humanos* (Disque 100), que recebe, analisa e encaminha denúncias aos órgãos de proteção. Embora qualquer pessoa possa registrar uma denúncia, os profissionais de saúde, assistência social, conselhos tutelares e escolas são fundamentais na identificação de situações de risco de violência a que as crianças possam ser expostas¹⁰². Porém, os registros de notificações não se apresentam como uma prática incorporada na rotina de alguns profissionais e quando faz parte da rotina ainda há insegurança para o ato de notificar¹⁰³.

O relatório da UNICEF sobre prevenção da violência contra crianças e adolescentes¹⁰⁴ sugeriu mudanças individuais e coletivas, dentre as quais capacitar os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes para identificar os casos (profissionais da saúde e escolas); não justificar nem balizar a violência; aumentar a escuta voltada para proteção de crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência; garantir a permanência de crianças e adolescentes na escola; ampliar o conhecimento dos jovens sobre seus direitos e os riscos; responsabilizar os autores das agressões; investir no monitoramento e na geração de evidências. As abordagens de prevenção incluem o apoio aos pais e o ensino de habilidades parentais positivas e o aprimoramento das leis para proibir a punição violenta^{2,20,39,105}.

Ações em todo o mundo estão sendo implementadas por governos, comunidades e organizações para rastrear e impedir a violência experimentada por crianças e adolescentes^{5,40,106}. As estratégias de enfrentamento envolvem aspectos culturais, sociais, econômicos e dificuldades contextuais da família. O planejamento efetivo de programas de intervenção e prevenção depende do número real de casos e de estatísticas confiáveis sobre prevalência em diferentes países e regiões. Nesse sentido, esforços importantes estão sendo implantados no mundo todo com ações no tratamento e prevenção com vítimas de MT⁹⁸.

Nos últimos anos, pesquisadores ao redor do mundo se mobilizaram para estudar o tema violência contra jovens, principalmente com a tentativa de reduzir suas inúmeras consequências. O mais expressivo e mundialmente reconhecido é o programa INSPIRE, que inclui 20 agências, com 400 representantes de agências da ONU, associações de profissionais, organizações não governamentais e filantrópicas. Atualmente, é copresidido pela OMS e pela Universidade da Colômbia, junto com a UNICEF e o Instituto de Segurança de Estudos para acabar com a violência¹⁰⁶.

O relatório global 2020 destacou as principais recomendações para programas de intervenção e prevenção de violência contra jovens: (1) coleta de dados como indicadores da violência e, a partir desse ponto, definir metas mensuráveis para o programa; (2) garantia por parte dos governos por meio de leis que atendam a proteção de crianças e adolescentes; (3) intervenções baseadas em evidências comprovadas e promissoras; (4) garantia de financiamento adequado para abordagens baseadas em evidências. Para a implementação dessas recomendações, é importante um sistema de vigilância em diferentes grupos que possam fornecer informações sobre MT, ou seja, com inventários de autorrelato da criança e adolescente, autorrelato dos pais ou cuidadores e autorrelato baseado em observadores que testemunham a violência^{41,42}.

Nesse sentido, os programas dependem de um sistema de vigilância que pode ser realizado usando pesquisas representativas. Uma das maneiras de implementar esse sistema é por meio de questionários validados a serem utilizados dentro da escola, instituições e por profissionais de saúde. Esses instrumentos dependem de avaliações que combinem métodos quantitativos e qualitativos, com o objetivo de identificar e auxiliar no planejamento de ações que podem ser sustentadas^{42,84}.

A ferramenta *Family Aggression Screening Tool* (FAST)²² foi desenvolvida no Reino Unido para rastrear experiências de violência na família por parte do cuidador, incluindo a direção da violência (vitimização e exposição à violência por parceiros íntimos). O estudo original no Reino Unido foi constituído por uma amostra pequena de jovens de alto risco (n =

168) entre 16 e 24 anos, provenientes de uma instituição de caridade que oferece apoio aos jovens vulneráveis, de escolas secundárias no centro de Londres e de um número menor em sites. A amostra foi etnicamente diversificada, sendo que 47% se identificaram como caucasianos, 37% negros e 16% outros. A maioria dos respondentes tinha menos de 21 anos, sendo 49% (n = 83) do sexo feminino. O histórico de MT foi avaliado usando o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)⁷⁵. A FAST foi apresentada usando *Psytools Software* no computador. O tempo total de preenchimento foi inferior a 5 minutos. Os resultados foram mais fortemente correlacionados com a idade (mais velhos) e etnia (não caucasianos). Esse estudo não apresentou diferença estatisticamente significativa na diferença do sexo. A consistência interna foi boa e a validade convergente foi observada por associações fortes e discriminatórias, com as subescalas correspondentes do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ).

Além disso, a vitimização verbal apresentou maior relevância em comparação à exposição à VPI física, mas teve menor associação com sintomas psiquiátricos. No entanto, a vitimização emocional foi o correlato mais forte da gravidade dos sintomas psiquiátricos da maioria dos respondentes. Esse dado é consistente com outros estudos que apontam o abuso emocional como fator de risco para ansiedade e depressão^{3,41,107-109}. O abuso físico na vitimização foi fracamente associado a problemas externalizantes, diferente do que é encontrado na literatura²².

As propriedades psicométricas da FAST¹¹⁰ foram recentemente estudadas no Brasil, em uma amostra composta por 648 jovens de 11 a 17 anos de escolas públicas na cidade de Salvador. A pesquisa teve como objetivo replicar e ampliar a avaliação das propriedades psicométricas. Os pesquisadores utilizaram procedimentos mais robustos para estudar a validade baseada na estrutura interna do instrumento. Empregaram Análise Fatorial Confirmatória (AFC), Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Gráfica Exploratória (AGA). A validade concorrente foi apoiada por fortes correlações entre as subescalas de vitimização emocional e física da FAST e as subescalas de abuso emocional e físico do *Questionário de Trauma na Infância* (QUESI)¹¹¹. A AFC resultou em uma solução incluindo fatores de segunda e primeira ordem, assemelhando-se à estrutura original. A confiabilidade da FAST foi avaliada tanto pela consistência interna, quanto pelo teste-reteste, apresentando coeficientes favoráveis. O instrumento apresentou boas propriedades psicométricas para rastrear experiências de MT, tanto em validade, quanto em confiabilidade.

No estudo brasileiro da FAST, as ligações mais fortes na análise de rede que unem os fatores de segunda ordem com os de primeira ordem foram representadas pela violência verbal. Cecil e colaboradores²² também descreveram a vitimização verbal como a mais comum e

apontaram que raramente ela é examinada na literatura separadamente dos subtipos de MT emocional e psicológico. Isso pode indicar que esse subtipo é mais perceptível em comparação aos demais. A experiência de vitimização verbal ocorre em ambos os sexos, porém nesse estudo o homem adulto desempenhou um papel mais ativo como agressor.

O presente estudo teve o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico (idade, sexo e raça) e os métodos de violência experimentados por jovens de uma escola pública da Cidade de Salvador (BA), Brasil. Compreender o padrão de violência nesse grupo pode contribuir para direcionar pesquisas futuras e intervenções.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo acerca das características sociodemográficas de crianças e adolescentes na faixa etária de 11 a 17 anos, a partir dos dados coletados na aplicação do instrumento FAST validado no Brasil. Os dados da pesquisa fizeram parte de um estudo maior que recebeu a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, sob o número do parecer 3.024.360. (ANEXO A)

Participantes

A pesquisa foi realizada com alunos matriculados do 7° ao 11° de uma escola pública da cidade de Salvador/BA. Foram incluídos no estudo jovens matriculados, com idades de 11 a 17 anos, de ambos os sexos. Os alunos com idade inferior a 11 anos, com idade superior a 17 anos e cujos responsáveis (ou eles próprios) se recusaram a assinar os termos de consentimento e/ou assentimento não foram incluídos no estudo. A amostra foi composta por n = 648 respondentes, sendo 342 participantes (52,8%) do sexo feminino e 305 (47,2%) do sexo masculino, sendo que um não identificou o sexo. (Tabela 1)

Instrumentos

A entrevista estruturada avaliou a condição de cada participante por meio de uma lista modificada a partir da *Association for Enterprises Research*¹³⁴, a fim de obter as características sociodemográficas (idade, sexo, etnia e condições de vida). Além disso, os jovens responderam a duas perguntas sobre vitimização por pares, consumo de álcool e drogas. (APÊNDICE C)

O questionário sobre traumas na infância (QUESI) é utilizado para medir a exposição autorrelatada a MT, sofrida pelos jovens. O instrumento é composto por 28 itens distribuídos em cinco subescalas: abuso físico (AbF), emocional (AbE) e sexual (AbS), bem como negligência física (NgF) e emocional (NgE). Os itens são avaliados em uma escala Likert de cinco pontos⁶⁰. Essa medida foi utilizada para obter informações sobre a validade concorrente. (ANEXO C)

A FAST foi adaptada para o idioma português do Brasil a partir de sua forma curta original, em colaboração com os autores da versão original do instrumento. O instrumento é composto por 12 figuras que avaliam experiências de diferentes formas de MT, incluindo vitimização direta da criança e exposição à violência por parceiros íntimos (VPI). Cada figura retrata um dos três tipos de MT, usando os mesmos símbolos da escala original: (a) um coração partido, para representar mágoa emocional; (b) um megafone, para representar a violência verbal; e (c) uma seta pontiaguda, para representar a violência física. A direção da violência é indicada por uma seta entre os membros da família. A violência pode ser capturada (i) do homem para criança, (ii) da mulher para criança, (iii) do homem para mulher e (iv) mulher para o homem. Cada jovem responde à pergunta “Isso já aconteceu com você?” sendo que há duas respostas possíveis: “não” ou “sim”. Se o jovem responder “não”, ele é direcionado para a próxima figura. Se ele ou ela responder “sim”, a segunda pergunta é feita (“Isso já acabou?”) e também registrada como “sim” ou “não”. Em seguida, eles são solicitados a avaliar a frequência em uma escala contínua de 0 a 10. A versão em português, diferente da original, é realizada com papel e caneta (APÊNDICE D).

Procedimento

Primeiro, o contato foi realizado com a Secretaria Municipal de Educação para apresentar o estudo, obter autorização e apoio para a realização da pesquisa. Após avaliação e aprovação, os pais dos alunos foram convidados a participar de uma reunião para conhecer a proposta e esclarecer dúvidas com a equipe de pesquisa. Os que concordaram com a participação do filho no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Em seguida, os alunos receberam informações sobre a pesquisa em sala de aula, no horário pré-estabelecido pela coordenação e foram informados que tinham a opção de não participar ou interromper a participação contínua a qualquer momento. Aqueles que aceitaram, assinaram um Termo de Assentimento (TA) (APÊNDICE B). O colégio pré-estabeleceu dia, horário e disponibilizou uma sala silenciosa para aplicação dos instrumentos.

Os jovens receberam instruções sobre o objetivo da medida e o significado de cada figura, seguido de um exemplo. Os que experimentaram dificuldades de leitura foram assistidos oralmente por um membro da equipe devidamente treinado. Cada participante recebeu os formulários de pesquisa, que incluíam entrevista estruturada e as versões em português da FAST e do QUESI. À medida que os jovens finalizavam, os formulários eram entregues a um membro da equipe e depositados em um envelope.

Análise de dados

Foi realizado a limpeza do banco para identificação de dados omissos, repetidos ou de alguma forma errôneos. Posteriormente, os grupos de interesse foram devidamente separados. O procedimento incluiu separar em amostras diferentes juntamente com a escala dos respectivos grupos: feminino e masculino; em relação à raça, foi feito recorte dos respondentes em pretos e brancos, bem como em relação à idade, o que por sua vez demandou manuseio do banco e recorte do critério do interesse do grupo amostral. Nesse sentido, a amostra foi dividida entre pré-adolescentes (11, 12, 13, 14 anos) e adolescentes (15, 16, 17 anos), de acordo com a classificação da OMS¹¹². Com objetivo de testar se o nível de violência e método pela qual foi experimentada (exposição/vitimização) apresentaram níveis de diferença entre esses grupos, eles foram analisados por meio do teste *t de student* para comparações de médias. O procedimento visa demonstrar em que medida existe diferença nos níveis e na espécie de violência nos grupos. Por fim, utilizou-se o teste *d de Cohen* para apontar se os níveis tiveram significância na diferença entre os grupos. Todos os procedimentos de teste *t* foram executados mediante o uso do *software* livre *jamovi (version 1.6)*¹¹³.

RESULTADOS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos jovens estudados

Características	N	%
Sexo		
Feminino	357	52,19
Masculino	326	47,66
Etnia		
Preto	205	29,97
Branco	95	13,89
Amarelo	44	6,43
Pardo	306	44,74
Indígena	32	4,68

Fonte: Dados da pesquisa.

Procedeu-se a um teste *t* de *Student*, com o objetivo de investigar em que medida os níveis de exposição e vitimização eram diferentes entre cada um dos respectivos grupos: sexo, idade e raça.

Os resultados apontaram que o sexo feminino teve escore estatisticamente maior ($M = 1,66$; $DP = 1,77$) do que o sexo masculino ($M = 1,03$; $DP = 1,35$) ($649 p < 0,001$) para exposição, com o tamanho de efeito da diferença considerado de média significância (d de Cohen = 0,40) (Tabela 2). Já os resultados para vitimização obtiveram o valor de $p > 0,13$, indicando que não existe diferença estatística significativa entre sexo para o método vitimização (d de Cohen = 0.19) (Tabela 3).

No que concerne à raça, não se obteve escore estatisticamente significativo, para vitimização, entre preto ($M = 1,31$; $DP = 1,42$) e branco ($M = 1,45$; $DP = 1,82$) ($t = 2,49 p < 0,56$). Da mesma forma, para exposição com preto ($M = 1,28$; $DP = 1,70$) e branco ($M = 1,22$; $DP = 1,37$) (Tabelas 4 e 5).

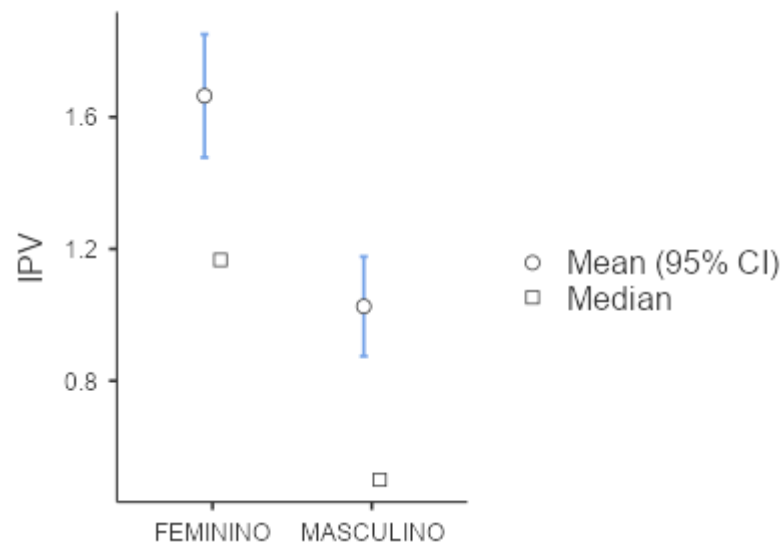
O recorte de faixa etária nas tabelas e análises foi dividido de 11 a 14 anos (pré-adolescentes) e de 15 a 17 anos (adolescentes) de acordo com a OMS¹¹², em que o grupo 1 contempla pré-adolescentes, enquanto o grupo 2, os adolescentes. Os resultados demonstraram que, para o método vitimização, o grupo 1 ($M = 1,28$, $DP = 1,66$) e o grupo 2 ($M = 1,81$; $DP = 1,82$) ($t = 3,49$, $p < 0,001$) apresentam diferença nos níveis de escore. As diferenças nos dois grupos também foram observadas para o método exposição, no qual o grupo 1 resultou ($M = 1,22$; $DP = 1,66$) e o grupo 2 ($M = 1,28$, $DP = 2,75$), assim ($t = 4,32$ $p < 0,001$). Os resultados apontaram o mesmo sentido, tanto para vitimização, quanto para exposição, o que indica que o grupo 2 (adolescentes) sofre mais os dois fenômenos (Tabela 6 e 7). A significância encontrada foi 0,30 para vitimização e 0,35 para exposição, considerando o *d de Cohen*.

Tabela 2. Resultados do teste de diferença nos níveis de exposição entre sexos

		Escore				Estatística do teste <i>t</i>			
		M	DP	T	GI	Valor-p	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%)	
								Limite inferior	Limite superior
Exposição	Feminino	1,66	1,77	5,13	647	0,001	0,64	0,39	0,88
	Masculino	1,03	1,35						

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: Sexo = Feminino e Masculino

Figura 1. Gráfico da média do sexo para exposição

Fonte: Dados da pesquisa.

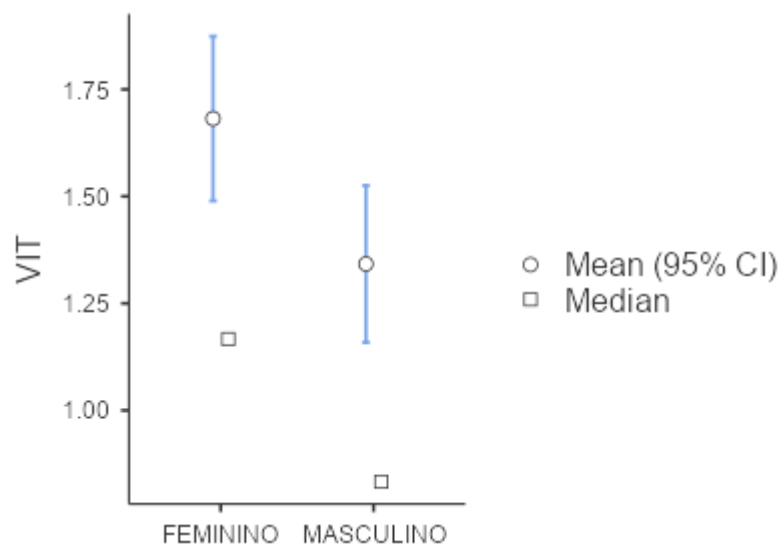
Legenda: IPV = Exposição à Violência por Parceiros Íntimos

Tabela 3. Resultados do teste de diferença nos níveis de vitimização entre sexos

		Escore				Estatística do teste <i>t</i>			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>T</i>	<i>GI</i>	Valor- <i>p</i>	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%)	
								Limite inferior	Limite superior
Vitimização	Feminino	1,68	1,82	2,49	647	0,13	0,64	0,39	0,88
	Masculino	1,34	1,64						

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: Sexo = feminino e masculino

Figura 2. Gráfico da média do sexo para o método vitimização

Fonte: Dados da pesquisa;
Legenda: Vit = Vitimização

Tabela 4. Resultados do teste de diferença nos níveis de exposição entre raças

		Escore				Estatística do teste <i>t</i>			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>T</i>	<i>GI</i>	Valor- <i>p</i>	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%)	
								Limite inferior	Limite superior
Exposição	Preto	1,28	1,70	2,49	187	0,79	-0,05	-0,50	0,39
	Branco	1,22	1,37						

Fonte: Dados da pesquisa
Legenda: Raça = preto e branco

Tabela 5. Resultados do teste de diferença nos níveis de vitimização entre raças

		Escore				Estatística do teste <i>t</i>			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>T</i>	<i>GI</i>	Valor- <i>p</i>	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%)	
								Limite inferior	Limite superior
Vitimização	Preto	1,31	1,42	2,49	187	0,56	-0,05	-0,61	0,34
	Branco	1,45	1,82						

Fonte: Dados da pesquisa
Legenda: Raça = preto e branco

Tabela 6. Resultados do teste de diferença nos níveis de vitimização entre os grupos 1 e 2

		Escore				Estatística do teste <i>t</i>			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>T</i>	<i>GI</i>	Valor- <i>p</i>	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%)	
								Limite inferior	Limite superior
Vitimização	Grupo 1	1,28	1,66	3,79	616	0,001	0,53	0,25	0,81
	Grupo 2	1,81	1,82						

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: Grupo 1 = 11 a 14 anos de idade; Grupo 2 = 15 a 17 anos de idade

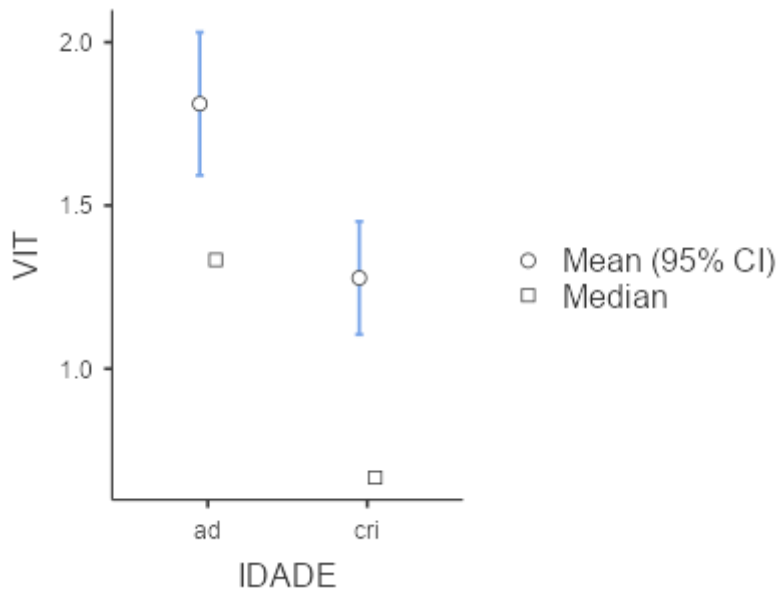
Tabela 7. Resultados do teste de diferença nos níveis de exposição entre os grupos 1 e 2

		Escore				Estatística do teste <i>t</i>			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>T</i>	<i>GI</i>	Valor- <i>p</i>	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%)	
								Limite inferior	Limite superior
Exposição	Grupo 1	1,22	1,66	4,32	616	0,001	0,52	0,28	0,75
	Grupo 2	1,28	2,75						

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: Grupo 1 = 11 a 14 anos de idade; Grupo 2 = 15 a 17 anos de idade

Figura 3. Gráfico da média da idade para o método vitimização.



Fonte; Dados da pesquisa.

Legenda: Vit = Vitimização

DISCUSSÃO

A violência familiar é um tipo de violência interpessoal que inclui MT, violência por parceiros íntimos (VPI) e exposição à VPI¹¹⁴. Normalmente, quando direcionada a crianças e adolescentes, é praticada por um membro da família ou pessoa de confiança⁷⁹. Apesar da violência ocorrer em todas as faixas etárias, pode ser experienciada de diferentes formas, por sexos diferentes. A análise das características sociodemográficas no estudo da FAST-Brasil¹¹⁰ revelou diferenças no método de violência experienciado por crianças e adolescentes, considerando sexo e idade.

Neste estudo, o sexo feminino representou uma proporção maior como vítima no método Exposição à VPI comparada ao masculino. Este achado é semelhante a um estudo retrospectivo sueco¹¹⁵ que revelou o método exposição à VPI como mais comum nesse sexo. Muitos autores^{85,87,116} apontam o sexo feminino como um dos subgrupos mais vulneráveis à exposição à VPI. No Brasil, a exposição à VPI é maior entre sexo feminino¹¹⁷ em todas as formas de violência (físico, sexual, psicológica e negligência), mesmo ocorrendo em ambos os sexos¹⁰⁰. Segundo a OMS, uma em cada quatro crianças vivem com mães vítimas de VPI⁵. Para adolescentes do sexo feminino, a prevalência cresce a partir dos 15 anos⁵. Taquette e

Monteiro¹¹⁸ alertam que a desigualdade de sexo é uma característica cultural que ainda visualiza o homem como forte e a mulher como frágil. Inclusive, outro estudo¹¹⁹ apontou que há uma aceitação maior da violência perpetrada contra o sexo feminino. Isso alerta para a necessidade de desconstrução desses padrões culturais de sexo, incluindo escola, família e comunidade¹¹⁸.

No estudo da FAST-Brasil, a análise de raça/cor seguiu o parâmetro utilizado no *Anuário de Segurança Pública 2022*⁹⁵ e não apresentou diferença estatisticamente significativa entre brancos e pretos. O *Anuário*⁹⁵ também não encontrou diferenças na prevalência de violência contra crianças e adolescentes, no que se refere a raça/cor. Contudo, regiões do país apresentaram diferenças na qualidade do preenchimento desse campo, afetando a precisão do perfil. O *Anuário*, destacou que quanto maior a faixa etária do jovem, maior o percentual de vítimas da cor preta. Em contrapartida, o estudo original da FAST-UK²², mesmo com uma amostra menor, encontrou valores mais altos para não-brancos, ou seja, representados na pesquisa por asiáticos, afro-americanos ou pretos e mistos (nativos do Alasca ou nativos do Havai).

A divisão dos grupos por idade seguiu o critério indicado pela OMS¹¹², sendo o grupo 1 representado por pré-adolescentes (11, 12, 13 e 14 anos) e o grupo 2 por adolescentes (15, 16 e 17 anos). O grupo 2 apresentou sobreposição nos dois tipos de métodos de violência, ou seja, exposição à VPI e Vitimização, em comparação ao grupo 1. No entanto, não foi encontrado nenhum estudo específico correlacionando os dois métodos de violência entre faixas etárias. O relatório global 2017⁴¹ apresentou os subtipos de violência mais comumente vivenciados por crianças e adolescentes ao longo do crescimento, do qual a exposição à VPI e MT são partes integrantes. Embora a exposição possa estar presente do nascimento ao fim da adolescência, os subtipos de violência mais frequentes nessa faixa etária são castigos corporais, abuso sexual e violência dirigida ao sexo feminino. Estudos apontam que diferentes tipos de violência concorrem, ou seja, esse grupo pode sofrer múltiplas formas de violência ao mesmo tempo^{41,114,116,120}. Morgan e colaboradores⁸⁷ recomendam que o apoio aos pais e/ou cuidadores com treinamento de práticas parentais educativas, com apresentação de opções de disciplina não violenta são essenciais para construção de uma rede de apoio. No entanto, a resposta mais eficaz seria uma abordagem abrangente, com estratégias de prevenção que envolvessem apoio aos pais, crianças, comunidade, escolas, profissionais da saúde e serviços públicos^{41,106,114,121}.

Este estudo apresenta uma série de limitações que precisam ser consideradas em pesquisas futuras. Primeiro, a análise do perfil sociodemográfico foi proveniente de uma amostra de conveniência de escolas públicas na cidade de Salvador, Bahia. Consequentemente, não é uma amostra representativa da população. No entanto, esse aspecto não invalida os

resultados encontrados. Segundo, as representações em figuras não abordam diretamente as diferentes concepções de família (por exemplo, famílias monoparentais ou famílias LGBTQ: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Queer). Terceiro, o questionário estruturado não contemplou a identidade de gênero no formulário, podendo este um viés de seleção.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que crianças e adolescentes sofrem violência na família como vítimas diretas (método de vitimização) e no papel de observadores da violência (método de exposição à VPI). No entanto, para a amostra analisada, o sexo feminino testemunhou mais VPI comparado ao sexo masculino. Além disso, adolescentes entre 15 e 17 anos foram mais expostos aos dois métodos de violência se comparados à faixa etária entre 11 e 14 anos. Os achados desta pesquisa apontam para um preditor de MT (testemunhar a violência) e o aumento do risco da sobreposição dos métodos, de acordo com o aumento da faixa etária. Esses resultados alertam para a necessidade de estratégias preventivas com família, escola e grupo.

6.2 ARTIGO 2

FERRAMENTA DE TRIAGEM DE AGRESSÃO FAMILIAR (FAST): ESTRUTURA FATORIAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS SUBESCALAS

PMID: 35184024. DOI: [10.1016/j.chiabu.2022.105548](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105548)

INTRODUÇÃO

A agressão familiar é uma preocupação mundial. Tem sido associada a graves consequências para a saúde, não apenas no período da infância, mas durante toda a vida¹²². A Organização Mundial da Saúde⁵ publicou dados sobre a violência e descreveu os quatro principais subtipos de maus-tratos que podem ser vivenciados: (a) abuso físico, (b) psicológico/emocional, (c) sexual e (d) negligência emocional e física. De acordo com o *Relatório Global 2017*, 1,7 bilhão de crianças em todo o mundo sofreram algum tipo de violência, sendo que 23% das crianças sofreram abuso físico no último ano, 16% negligência física e 36% abuso emocional^{2,3,109}. No Brasil, a sobreposição de violência por parceiro íntimo

e maus-tratos infantis no ambiente familiar é particularmente comum em regiões com desvantagens sociais. Ambos compartilham fatores de risco para uma série de problemas de saúde mental e física, incluindo estresse traumático, ansiedade, depressão, obesidade e comportamento suicida^{7,29,78,123-125}. Esse fenômeno tem alto custo econômico em termos de despesas médicas, custas judiciais, perda de produtividade e comprometimento do desempenho cognitivo/acadêmico⁷. A identificação adequada da agressão familiar pode, portanto, reduzir o sofrimento e contribuir para uma prevenção mais eficaz e intervenção precoce¹²⁶.

Embora novas ferramentas de triagem tenham sido desenvolvidas para facilitar a detecção de maus-tratos infantis, não há consenso sobre quais instrumentos são mais adequados para a investigação e prevenção de MT^{60,111,127-129}. Existem desafios metodológicos, como a falta de evidências da validade e de confiabilidade da maioria dos instrumentos existentes. Recentemente, uma revisão sistemática e uma meta-análise⁵⁶ foram realizadas sobre a avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos de relato de pais ou cuidadores na identificação de MT; 25 estudos relatados em 15 instrumentos. No entanto, apenas a ferramenta de triagem de abuso infantil para uso em ensaios (ICAST) foi classificada como de alta qualidade⁷⁴.

Todos os instrumentos avaliaram a atitude dos pais ou cuidadores em relação ao MT ou perpetração do MT. Alguns instrumentos medem o mesmo constructo (abuso e negligência infantil), quando relatado por crianças e adolescentes, embora a grande maioria dos instrumentos existentes não faça distinção entre experiências de maus-tratos direta e exposição na infância à violência por parceiros íntimos¹³⁰⁻¹³², ainda que ambas sejam formas de violência familiar. De fato, existem poucos instrumentos validados de autorrelato de agressão familiar e a maioria está disponível apenas em formato verbal, o que limita sua aplicabilidade a determinadas populações, como respondentes mais jovens e indivíduos com dificuldades de leitura. Para abordar essas limitações, a FAST²² foi desenvolvido como um instrumento para rastrear experiências de agressão do cuidador, usando principalmente representações pictóricas com mínimo de conteúdo verbal. Suas propriedades psicométricas iniciais foram avaliadas em uma amostra de 168 jovens de alto risco do centro da cidade do Reino Unido, com idades entre 16 e 24 anos, mostrando boa consistência interna e validade convergente, apoiada por associações fortes e discriminativas com o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)⁶⁰, um dos instrumentos mais amplamente utilizados para autorrelato de MT⁶⁴. No entanto, no estudo da FAST-Reino Unido, várias limitações importantes foram destacadas, incluindo o uso de dados de uma pequena amostra da comunidade de jovens mais velhos (e, conseqüentemente, aplicabilidade pouco clara a entrevistados mais jovens), a ausência de uma análise fatorial

exploratória (AFE) como hipóteses da estrutura FAST e ausência de avaliação de confiabilidade teste-reteste.

Dado o potencial da FAST como ferramenta de rápido preenchimento para triagem de violência por figuras e abrangente acerca da agressão do cuidador, o presente estudo teve como objetivo avaliar suas propriedades psicométricas, em uma amostra brasileira de 648 jovens de 11 a 17 anos, recrutados em uma escola pública em Salvador, Brasil. Além de replicar as análises psicométricas originais relatadas por Cecil²², em uma amostra maior e mais jovem de um contexto social e cultural diferente, estenderam-se as análises para testar um conjunto mais amplo de propriedades psicométricas. Especificamente, este estudo empregou AFC, AFE e EGA, pois é de importância crítica para detectar novas estruturas emergentes de testes psicométricos quando estes são adaptados a uma cultura diferente. Mais informações sobre validade concorrente, consistência interna e confiabilidade sobre teste-reteste também foram disponibilizadas para avaliar a qualidade dos escores fornecidos pela FAST.

A validação da FAST no Brasil é particularmente importante porque, atualmente, não há uma escala única que avalie especificamente os maus-tratos infantis e a exposição à IPV, apesar de ser cada vez mais reconhecidos como um grande problema social no país. A violência contra crianças e adolescentes saiu do contexto de invisibilidade e do silêncio, desde a implantação do *Estatuto da Criança e do Adolescente*²⁷. No entanto, como a MT ocorre frequentemente em ambiente privado, esse tipo de violência é particularmente difícil de reconhecer, tornando-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos a esse problema¹¹.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo foi conduzido como parte de um ensaio clínico, comparando o Treinamento Cognitivo Baseado em Ensaio de Grupo (TCP-G) e incluindo um grupo controle e uma intervenção em grupo. Foram considerados elegíveis alunos do 7º ao 11º ano, com idade entre 11 e 17 anos. Os entrevistados foram recrutados em uma escola pública de Salvador (Bahia, Brasil) localizada em um bairro considerado violento.

O estudo começou com 684 participantes, dos quais 36 casos foram removidos devido a altos padrões de dados ausentes e dois, com idade > 17 anos, resultando em uma amostra de $n = 648$. Todos os pais foram informados sobre a pesquisa e forneceram consentimento por

escrito para a participação dos alunos. A pesquisa foi realizada entre abril de 2017 e outubro de 2018. A amostra foi dividida, produzindo duas subamostras com $n = 324$ sujeitos cada, uma usada para AFC e outra para AFE. A amostra completa foi composta por 342 (52,8%) participantes do sexo feminino, 305 (47,2%) do sexo masculino e um participante que não declarou seu grupo. A amostra teste-reteste considerou apenas os participantes do estudo do grupo controle TCP-G, alcançando um tamanho amostral de $n = 268$ participantes. Ainda assim, considerando as propriedades psicométricas, o tamanho amostral alcançado também atendeu a algumas das recomendações encontradas na literatura. O tamanho da amostra para análise fatorial geralmente difere do que é geralmente recomendado e a proporção tende a ser de 100 participantes por dimensão ou 10:1 item ⁷⁶.

O tamanho da amostra na AF também é uma função referente a outras variáveis, como baixas cargas fatoriais, baixa comunalidade e outras questões que podem aumentar as demandas de tamanho da amostra, dependendo dos resultados anteriores ¹³³.

Instrumentos

Questionário estruturado com os responsáveis legais dos participantes foram utilizados para registrar características sociodemográficas sobre idade, sexo, etnia e condições de vida. Além disso, avaliou-se a condição de cada participante por meio de um *checklist* modificado a partir do questionário da Associação Brasileira de Pesquisa Empresarial¹³⁴. Duas questões sobre vitimização entre pares faziam parte do questionário aplicado aos alunos (Com que frequência você já sofreu *bullying*?) e (Você já praticou *bullying* com outros alunos?), registrados como: 0 = Nunca; 1 = Uma ou duas vezes; 2 = Dois ou três por mês; 3 = Cerca de uma vez por semana; 4 = Várias vezes por semana. Os jovens também relataram consumo de álcool, uso de outras drogas e uso de maconha com as mesmas quatro categorias de resposta (APÊNDICE C).

O QUESI foi usado para medir a exposição a maus-tratos na infância. O instrumento é composto por 28 itens em cinco subescalas: abuso físico (PhA), emocional (EmA) e sexual (SxA), bem como físico (PhN) e negligência emocional (EmN). Os itens são classificados em uma escala Likert de cinco pontos, variando de “Nunca” a “Sempre” ⁶⁰ (ANEXO C).

A FAST foi adaptada para o português brasileiro a partir de sua versão original curta, em colaboração com os autores da versão original em inglês ²². A adaptação brasileira da FAST seguiu os padrões metodológicos recomendados pela *International Testing Commission* (ITC) e a técnica de retrotradução para a adaptação adequada dos instrumentos a outras culturas ⁷⁷. A

FAST é composta por 12 figuras que avaliam a experiência de diferentes formas de maus-tratos, incluindo vitimização direta e exposição à VPI. Essa experiência pode ter ocorrido na casa do jovem “enquanto crescia”. Cada representação descreve um dos três tipos de agressão, usando os seguintes símbolos: (a) um coração partido, para retratar a dor emocional; (b) um megafone, para retratar agressão verbal; e (c) uma flecha pontiaguda, para retratar agressão física. Para cada figura, uma seta é utilizada para indicar a direção da agressão entre os membros da família, a saber: (i) agressão do homem adulto para a criança, (ii) agressão da mulher para a criança, (iii) agressão do homem para a mulher e (iv) agressão da mulher para homem. Primeiro, cada jovem responde à pergunta “Isso já aconteceu com você?”, para a qual há duas respostas possíveis: “não” ou “sim”. Se o jovem responder “não”, ele é direcionado para a próxima figura. Se ele responder “sim”, a segunda pergunta “Terminou?” é feita (também com opção para “sim” ou “não”). Em seguida, eles são solicitados a avaliar “Com que frequência isso aconteceu?” em uma escala contínua variando de 0 a 10, sendo 0 = Nunca; 5 = Às vezes e muito = 10 (APÊNDICE D).

Procedimento

Primeiro, foram feitos contatos com a Secretaria Municipal de Educação, momento em que foi apresentado o objetivo do estudo, a fim de se obter autorização e apoio para a realização da pesquisa. Após criteriosa avaliação e aprovação, os pais dos alunos foram convidados a participar de uma reunião para conhecer a proposta e esclarecer dúvidas com a equipe de pesquisa. Os pais que concordaram com a participação assinaram um termo de consentimento e foram submetidos a uma entrevista estruturada. Posteriormente, os alunos receberam informações sobre o estudo por meio de reuniões presenciais, incluindo a opção de não participar ou interromper a qualquer momento sua participação em andamento. Os alunos interessados receberam informações adicionais. Foi-lhes oferecida uma tarefa alternativa, caso optassem por não participar, mas nenhum respondente recusou. Psicólogos treinados aplicaram os testes em sala de aula, em horário previamente agendado pelo colégio. Cada participante recebeu os formulários de pesquisa, que incluíam as versões em português do Brasil da FAST e QUESI. Todos os dados foram coletados presencialmente durante as sessões de teste em horários pré-estabelecidos pela escola, em uma sala destinada ao projeto. Nenhuma compensação financeira foi oferecida.

Análise de dados

As análises de dados foram realizadas por meio do *software* R versão 3.6.1¹³⁵, utilizando os pacotes e funções *psych*¹³⁶; *lavaan*¹³⁷; *nFatores*¹³⁸; *carro*¹³⁹; *qgraph*¹⁴⁰; *Hmisc*¹⁴¹; e *effsize*¹⁴². Como primeiro passo, estimou-se a consistência interna da FAST, usando o ômega de McDonald (ω), que consiste em um coeficiente congenérico superior ao Alfa de Cronbach (por exemplo, maior tolerância à não equivalência, alta dimensionalidade e não normal dados)¹⁴³. A correlação parcial-reposo também foi estimada para dar uma perspectiva sobre o funcionamento do escore, considerando a estrutura original proposta por Cecil e colaboradores²².

Segundo, examinou-se a dimensionalidade da medida FAST, realizando um procedimento de estimação de análise paralela pelo uso do pacote *nFactors*. A AFE foi conduzida usando o pacote *psych*, por meio do processo de estimação MinRes, rotação oblimin com carregamentos fatoriais bootstrap. Os pontos de corte para cargas fatoriais adotados para este trabalho consideram valores acima de 0,40, mas, como tais regras variam na literatura, é desejável usar limiares mais rigorosos para maior estabilidade da estrutura⁷⁶; também relataram-se intervalos de confiança em nossos resultados. O emprego da AFE também foi decidido como procedimento, uma vez que a FAST está em adaptação e uma estrutura diferente pode surgir em um ambiente cultural diferente.

Em terceiro lugar, após o AFE, realizou-se uma Análise Gráfica Exploratória (AGE) para investigar mais a fundo a estrutura da FAST como um sistema dinâmico. Enquanto a informação central da AF revela como os fatores regridem nos padrões de resposta dos itens, as redes se concentram em indicar a interconexão entre os indicadores familiares de agressão disponíveis na FAST, permitindo assim não apenas a avaliação de uma evidência de validade com base na estrutura interna, mas sobre a organização dos indicadores dentro das comunidades (fatores) e fora (entre os fatores ou quais itens fazem a ponte entre as comunidades). A AGE foi realizada de acordo com o pacote *EGAnet*¹⁴⁴. Esta análise produz um teste mais rigoroso da estrutura detectada no AFE. As redes psicométricas são uma abordagem que combina a análise correlacional como um primeiro passo. Pode então ser seguido por estratégias de aprendizado de máquina para eliminar associações espúrias por meio de penalização por LASSO gráfico de critério bayesiano estendido (EBICglasso). O Glasso elimina correlações próximas de zero (representadas como arestas) por meio do processo de encolhimento, até atingir o melhor ajuste e o menor nível de entropia, por meio da comparação de modelos (EBIC). Dimensionalidade para redes psicométricas é entendida sobre como os itens formam subgráficos, denominados comunidades¹⁴⁵. O *EGAnet* permite a detecção de comunidades através de um algoritmo

walktrap, que foi testado em conjunto com outras estratégias de análise de dimensionalidade, como M.A.P, análise paralela e outras¹⁴⁴. A importância relativa dos nós (itens) foi investigada por meio da estimativa do índice de força, calculado na forma de escores z da soma do valor absoluto das arestas de cada nó dentro da rede. Os índices de ajuste da análise dos modelos de covariância foram obtidos e interpretados considerando $\chi^2/df < 3,00$, CFI, GFI e NFI acima de 0,90 e RMSEA abaixo de 0,08, conforme recomendado por Brown⁵⁴.

Em quarto lugar, AFC foi realizada para fornecer evidências de validade com base em modelos restritos. Para avaliação do modelo, o processo de estimação envolveu o método dos Mínimos Quadrados Ponderados na Diagonal e foram utilizados os seguintes índices de ajuste: *chi-square* (χ^2), *confirmatory fit indices* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), e *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA), tudo de acordo com os mesmos critérios mencionados acima para a Análise Gráfica Exploratória. O processo de estimação da AFC levou em consideração a necessidade de um estimador flexível, devido à não normalidade dos dados, o que é esperado para fenômenos como agressão e abuso⁵⁵. As cargas fatoriais também foram avaliadas de acordo com os mesmos critérios da AFE. O presente estudo dividiu a amostra total em duas metades para procedimentos exploratórios (AFE e AGE) *versus* confirmatórios (AFC). Após a obtenção de uma estrutura para o AFC, à análise seguiu-se uma avaliação preliminar da invariância de medição por meio do *Multiple Indicator Multiple Cause Model* (MIMIC), que envolve a inserção de variáveis de grupo dentro do modelo, como preditores de diferentes níveis, onde a invariância deve ser testada (para fatores de primeira e de segunda ordem). As variáveis de grupo podem ser tratadas como preditores categoriais, para os quais uma influência estatisticamente significativa e altos coeficientes de regressão podem indicar possíveis problemas de medição^{146,147}.

Por fim, testou-se a validade concorrente, examinando as correlações entre as escalas FAST e o QUESI, uma das medidas de maus-tratos na infância mais amplamente utilizadas, além de variáveis sociodemográficas, como idade, ser do sexo feminino, escolaridade e não ser caucasiano/asiático. Para este objetivo, uma rede de correlação bivariada foi estimada e nenhum ajuste condicional (por exemplo, correlações parciais) ou encolhimento foi realizado devido à natureza redundante das variáveis latentes para medidas convergentes. Por fim, a confiabilidade teste-reteste foi avaliada, considerando o teste t de amostras dependentes, que incluiu o *D de Cohen* e seu intervalo de confiança de 95% para tamanhos de efeito.

RESULTADOS

Confiabilidade

Os resultados indicam uma consistência interna de $\omega = 0,87$ para o conjunto completo de itens. Considerando os itens organizados pelo método Vitimização e Exposição à VPI, a consistência interna resultou respectivamente em $\omega = 0,83$ e $\omega = 0,81$. Na dimensão vitimização, o componente verbal resultou em $\omega = 0,62$, físico em $\omega = 0,68$ e emocional em 0,65. Para os componentes da VPI, a medida obtida para ω verbal = 0,78, ω físico = 0,72 e ω emocional = 0,68. A consistência interna média-baixa para essas dimensões específicas pode ser um produto do número de itens, enquanto as dimensões de segunda ordem pontuaram mais em consistência interna. A FAST obteve uma média de correlação entre itens de 0,34 e média de correlação parte-resto de 0,54. Um segundo passo foi dado para analisar as pontuações produzidas por todas as dimensões abuso emocional, físico e verbal, tanto da vitimização, quanto da exposição à VPI, como uma análise de correlação parcial-reposo. Os resultados indicam bons níveis de correlação para os diferentes escores (Tabela 8) e os intervalos indicam que nenhum dos pares inclui o zero.

Tabela 8. Correlação de Pearson e correlação de parte-resto da FAST

FAST Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	Parte-resto
Emocional (1)	—							0,62
Verbal (2)	0,56*** [.49 ;.64]	—						0,64
Físico (3)	0,53*** [.44;.60]	0,56*** [.49;.63]	—					0,55
Vitimização (4)	0,83*** [.80;.86]	0,87*** [.84;.89]	0,81*** [.77;.85]	—				. —
Emocional (5)	0,49*** [.41;.57]	0,43*** [.34;.52]	0,37*** [.27;.46]	0,52*** [.43;.59]	—			0,63
Verbal (6)	0,38*** [.28;.47]	0,50*** [.41;.57]	0,34*** [.24;.44]	0,49*** [.40;.57]	0,60*** [.53;.67]	—		0,63
Físico (7)	0,27*** [.16;.37]	0,20*** [.09;.30]	0,19*** [.09;.30]	0,26*** [.16;.36]	0,36*** [.26;.45]	0,51*** [.42;.59]	—	0,41
Exposição à VPI (8)	0,48*** [.40;.56]	0,50*** [.41;.58]	0,39*** [.29;.48]	0,55*** [.47;.62]	0,85*** [.82;.88]	0,90*** [.88;.92]	0,65*** [.58;.71]	—

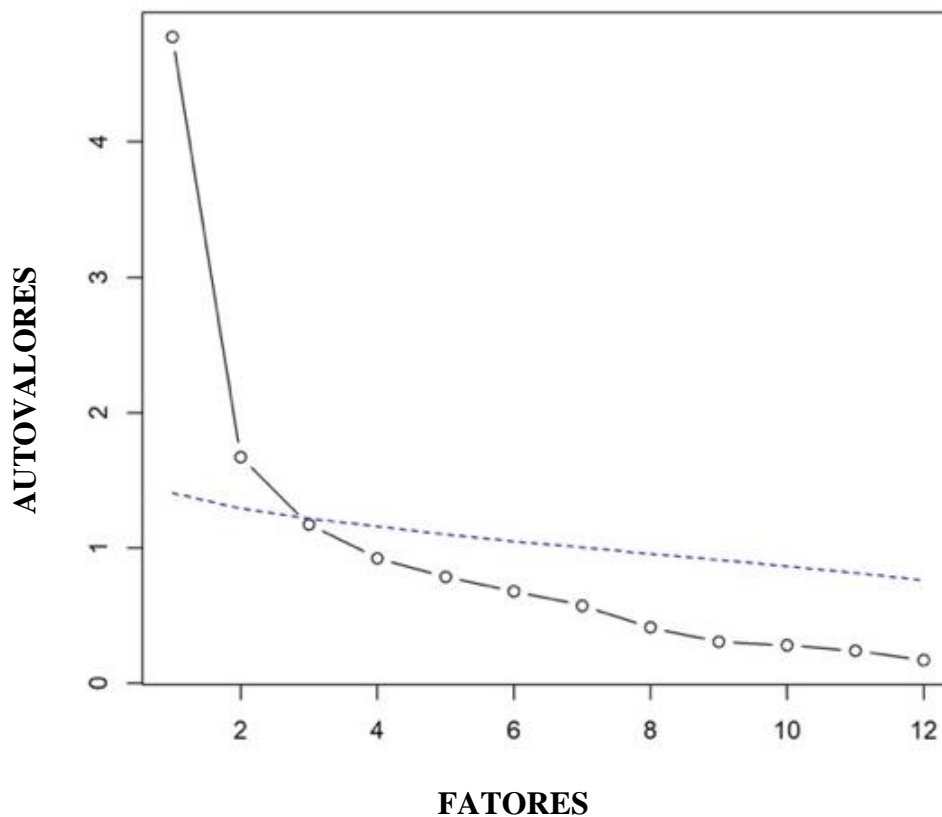
Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: Correlações de Pearson, intervalos de confiança de 95% e estatísticas de valor-p relatadas. As variáveis 1, 2 e 3 referem-se à Vitimização. As variáveis 5, 6 e 7 referem-se a Exposição à VPI. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Dimensionalidade

Avaliação da dimensionalidade foi realizada por meio de análise paralela. Os autovalores foram obtidos a partir de uma matriz de correlação de Pearson. Os resultados levaram em consideração dados simulados de 1000 repetições e percentil 0,95. O critério Kaiser de $e > 1,00$ sugere a retenção de três fatores ($e_1 = 4,77$, $e_2 = 1,67$ e $e_3 = 1,18$). Os resultados indicam a possibilidade de extração de dois fatores, que pontuaram mais do que os dados simulados pelo método de análise paralela (Figura 4).

Figura 4. Autovalores obtidos de dados reais representados por círculos e dados simulados.



Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: A análise paralela é representada por uma linha tracejada.

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A adequação da amostra para análise fatorial resultou em um $KMO = 0,76$, que pode ser considerado razoável, enquanto o teste de esfericidade de *Bartlett* resultou em $\chi^2 = 1760,39$ ($df = 66$, $p < 0,001$), sendo que ambos os resultados indicam adequação. A menor adequação amostral mínima foi alcançada pelo item P7 ($MSA = 0,69$) e a máxima, pelo item P1 ($MSA = 0,85$). A Tabela 2 indica os respectivos itens agrupados conforme a estrutura original de

segunda ordem, distinguindo os itens exposição à VPI e vitimização, para cargas fatoriais acima de 0,40 e respectivos intervalos de confiança de 95%, para uma rotação oblimin. Pontuações fatoriais correlacionadas por $r = 0,43$. A adequação dos escores foi obtida para múltiplos R2 de escores com fatores de 0,84 para o Fator 1 e 0,83 para o Fator 2, e correlação dos escores com fatores de 0,92 e 0,91, respectivamente (Tabela 10).

Tabela 9. MIMIC para as variáveis de primeira ordem e sexo e idade como preditores dos fatores de segunda ordem

	Grupos	Est,	S,E,	p-valor	IC.baixo	IC.alto
Primeira Ordem						
EmI	Sexo	-0,26	0,06	0,000	-0,37	-0,15
	Idade	0,16	0,07	0,013	0,03	0,29
VbI	Sexo	-0,15	0,06	0,010	-0,27	-0,04
	Idade	0,26	0,07	0,000	0,14	0,39
PhI	Sexo	-0,17	0,05	0,001	-0,28	-0,07
	Idade	0,19	0,07	0,010	0,05	0,34
EmV	Sexo	-0,18	0,06	0,003	-0,30	-0,06
	Idade	0,07	0,06	0,259	-0,05	0,20
VbV	Sexo	-0,06	0,06	0,334	-0,18	0,06
	Idade	0,18	0,06	0,003	0,06	0,30
PhV	Sexo	0,03	0,07	0,699	-0,11	0,16
	Idade	0,23	0,06	0,000	0,11	0,36
Segunda Ordem						
IPV	Sexo	-0,23	0,05	$p < ,001$	-0,33	-0,12
	Idade	0,24	0,06	$p < ,001$	0,11	0,36
Vit	Sexo	-0,09	0,06	0,134	-0,21	0,03
	Idade	0,18	0,06	0,003	0,06	0,30

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: IPV = (Exposição à violência por parceiros íntimo) e V = Vit (Vitimização Em (emocional), Vb (verbal), Ph (física), IC (intervalo de confiança).

O teste de esfericidade de Bartlett também foi realizado para verificar em que medida a matriz de covariâncias é semelhante a uma matriz identidade, além de ser uma forma de verificar a significância das correlações. Resultados favoráveis indicam que $p < 0,05$ ¹⁴⁸. Para os dados da FAST, os resultados indicam que a matriz não é identidade, oferecendo evidências da adequação dos dados para a realização da AFC.

Tabela 10. Carga fatorial para vitimização e exposição à VPI.

FAST Subescalas	Direção da agressão	Fator 1	95% I.C		Fator 2	95% I.C	
			baixo	alto		baixo	alto
Vitimização							
P3. EmV	mulher => criança	,70	,52	,87	,02	-,16	,25
P4. EmV	homem => criança	,47	,26	,69	,24	,07	,47
P7. VbV	mulher => criança	,73	,57	,88	-,01	-,14	,20
P8. VbV	homem => criança	,43	,22	,67	,28	,09	,51
P11. PhV	mulher => criança	,79	,63	,90	-,09	-,20	,11
P12. PhV	homem => criança	,45	,19	,72	,18	-,04	,46
Exposição à VPI							
P1. EmI	mulher => homem	,37	,25	,55	,43	,26	,61
P2. EmI	homem => mulher	,16	,02	,35	,51	,33	,69
P5. VbI	mulher => homem	,23	,07	,46	,60	,38	,80
P6. VbI	homem => mulher	,03	-,11	,25	,77	,55	,95
P9. PhV	mulher => homem	-,08	-,29	,18	,63	,38	,85
P10. PhV	homem => mulher	-,18	-,33	,03	,71	,52	,86

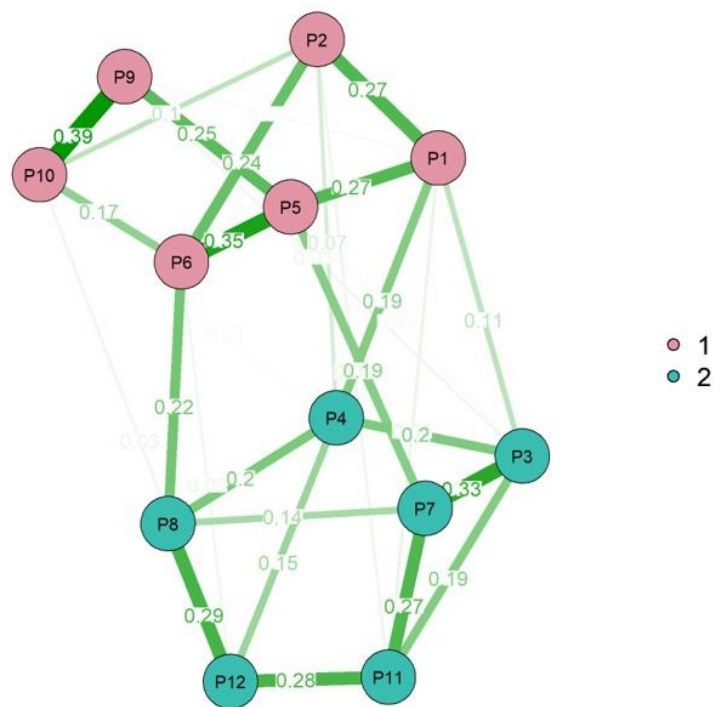
Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: Incluindo os limites inferior (baixo) e superior dos intervalos de confiança para Fator 1 e Fator 2. P = Figuras; VPI = exposição à violência por parceiro íntimo, EmV= vitimização emocional; VbV = vitimização verbal; PhV= físico verbal; EmI = VPI emocional; VbI = VPI verbal; PhV = IPV físico, Fator 1= VPI; Fator 2 = Vitimização.

Análise Gráfica Exploratória (AGE)

A análise gráfica exploratória foi realizada para oferecer evidências adicionais sobre os resultados da AFE para avaliar a replicabilidade da dimensionalidade do item e outros aspectos dinâmicos da agressão familiar. A Figura 5 indica a detecção de duas comunidades, iguais às dimensões detectadas por meio da análise fatorial exploratória, respectivamente dividindo os itens de acordo com os fatores de segunda ordem da medida original (ou seja, exposição à VPI e vitimização direta). Os valores de borda estão disponíveis no gráfico; os valores referem-se a correlações parciais, após o processo de encolhimento executado sob LASSO gráfico para eliminar bordas próximas de zero.

Figura 5. Rede estimada incluindo itens como nós.

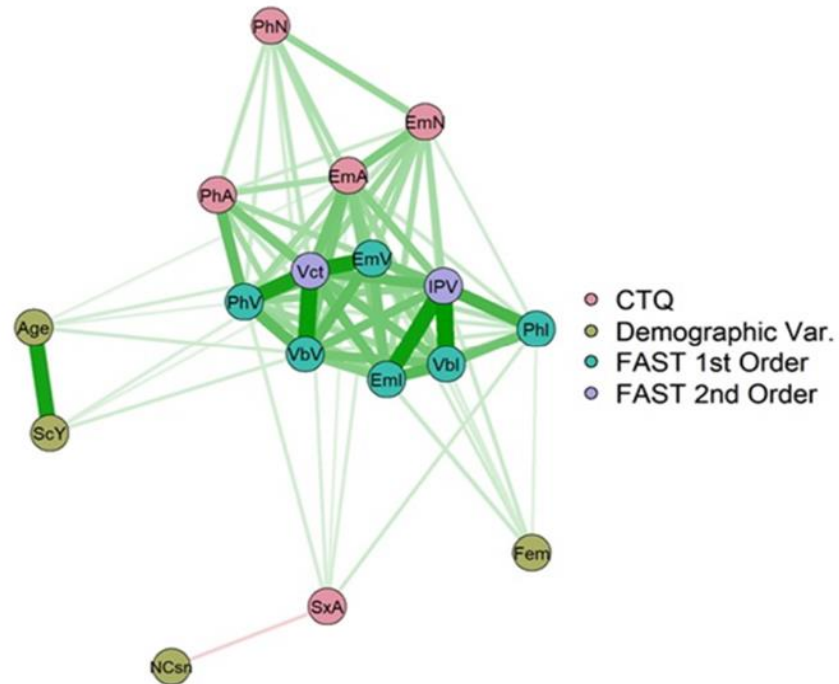


Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: P = figura/ itens; 1 = VPI e 2 = Vitimização. As legendas do lado direito indicam comunidades de fatores resultantes do algoritmo de detecção de walktrap. As arestas verdes representam conexões positivas entre os nós.

A ponte mais forte foi entre os itens P6–P8, conectando ambas as comunidades. Bootstrap foi realizado solicitando mil amostras. Os itens ficaram estáveis nas simulações, considerando as comunidades gráficas atribuídas, com 67,2% das soluções indicando 2 comunidades. Os índices de ajuste para a rede foram obtidos usando *diagonally weighted least square* como estimador, pois os dados não eram normais, conforme verificado durante a investigação da suposição, o que resultou em $MTin/df = 1,78$, $CFI = 0,97$, $RMSEA = 0,049$, $GFI = 0,96$, e $NFI = 0,93$, indicando que a rede se encaixou adequadamente. Os valores de força indicam que os itens verbais são os mais influentes dentro da rede (P5, P6 e P7), o que significa que a agressão verbal desempenha um papel importante na influência da rede.

Figura 6. Rede estimada incluindo pontuações da FAST, do QUESI (= CTQ) e variáveis demográficas



Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: CTQ = QUESI (Questionário de Trauma na Infância); PhV = Vitimização Física; VbV = Vitimização Verbal; EmV = Vitimização Emocional; PhI = Violência física por parceiro íntimo; VbI = Violência verbal por parceiro íntimo; EmI = Violência emocional por parceiro íntimo; Vct = vitimização; IPV = Exposição à Violência por Parceiro Íntimo

Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Os modelos testados incluíram um conjunto de possibilidades visando não apenas aos resultados dos procedimentos exploratórios, mas também a outros cenários que pudessem levar a uma estrutura funcional. Primeiro, foi testada a estrutura unidimensional (modelo I), alcançando boas estatísticas de ajuste para $\chi^2(df = 54) = 90,05$ (p -value = 0,002), CFI = 0,98, TLI = 0,97 e RMSEA = 0,045. A segunda estrutura testada incluiu uma solução oblíqua bidimensional (modelo II) com os fatores originais de ordem superior incluídos como fatores de primeira ordem, organizados de maneira semelhante à investigação exploratória, que parece se beneficiar com um aumento no ajuste do modelo para um $\chi^2(df = 53) = 59,39$ (p -valor =

0,254), CFI = 0,99, TLI = 0,99 e RMSEA = 0,019. O terceiro modelo ortogonal (modelo III) resultou em um ajuste extremamente ruim (CFI = 0,55, TLI = 0,45). O quarto modelo, que inclui fatores de segunda e primeira ordem (modelo IV), semelhante à estrutura original, resultou em maior ajuste $\chi^2(df = 47) = 47,87$ (p-value = 0,437), CFI = 0,99, TLI = 0,99 e RMSEA = 0,008. Testar o modelo bidimensional e o modelo hierárquico com soluções bifatoriais alternativas não foi viável. Os modelos foram comparados aos pares, fornecendo evidências de que a estrutura original apresenta melhor ajuste após a comparação com todos os modelos possíveis (Tabela 11), exceto quando comparados ao modelo bidimensional, onde a estrutura original fornece melhor ajuste, mas sem diferença estatística ($p = 0,074$) (Tabela 12).

Tabela 11. Índices de ajuste da AFC da FAST

Índices	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV
χ^2	(df=54) = 90,05	(df=53) = 59,39		(df=47) = 47,87
CFI	,98	,99	,55	,99
TLI	,97	,99	,45	,99
RMSEA	,045	,019		,008
<i>p-value</i>	,002	,254		,437

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: qui-quadrado (χ^2), Índices de Ajuste Confirmatório (CFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI), Aproximação do erro quadrático médio da raiz (RMSEA). Modelo I (unidimensional); Modelo II (Oblíqua Bidimensional); Modelo III (Ortogonal); Modelo IV (Segunda ordem e primeira ordem).

Tabela 12. Testes de diferença qui-quadrado (χ^2 diff) entre modelos

Comparação entre modelos	χ^2 diff	df diff	<i>p-value</i>
Model I x Model II	30,655	1	$p < ,001$
Modelo I x Model III	608,13	-	$p < ,001$
Modelo I x Model IV	42,175	7	$p < ,001$
Modelo II x Model III	638,74	1	$p < ,001$
Modelo II x Model IV	11,52	6	,074
Modelo III x Model IV	650,26	7	$p < ,001$

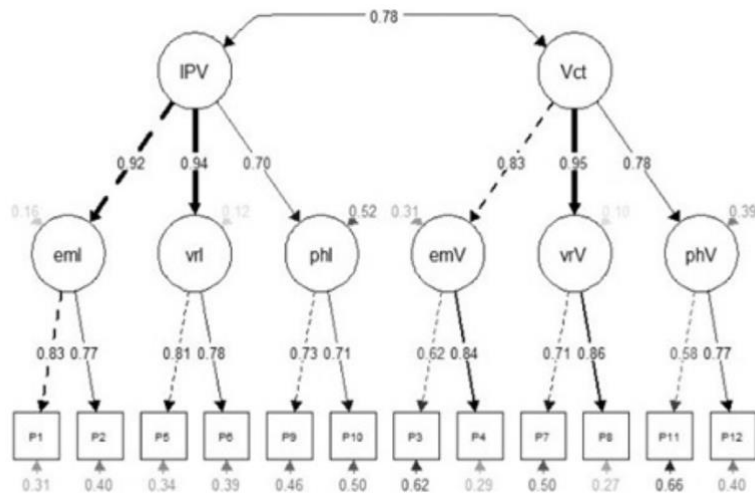
Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: Modelo I (unidimensional); Modelo II (Oblíqua Bidimensional); Modelo III (Ortogonal); Model IV (Segunda ordem e primeira ordem)

As cargas fatoriais resultaram significativas e superiores a 0,50 para o modelo 4 (Figura. 7). A maior carga fatorial foi para o item P8 na dimensão verbal para o fator vitimização. A correlação entre os fatores de ordem superior foi de 0,78 ($p < 0,001$). No caso do modelo

MIMIC, as variáveis sexo e idade foram inseridas como predictoras das dimensões FAST (desfecho), para as quais o método *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS) ainda é o método de estimação mais adequado na literatura⁵⁵, mesmo para a análise em nível de item para o modelo MIMIC.

Figura 7. Representação teórica do modelo segunda e primeira ordem (Modelo IV)



Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: Fatores de segunda ordem = VPI - Exposição à violência por parceiro íntimo e Vct = Vitimização; Fatores de primeira ordem; em = emocional; vr = verbal; pH = físico; p = representações das figuras.

Invariância - Modelo de causa múltipla de indicador múltiplo (MIMIC)

Não foi possível testar a invariância do modelo em relação a sexo e idade por meio da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (MG AFC), pois o modelo configural não pôde ser estimado. Isso pode decorrer da complexidade fatorial e da baixa proporção entre item/dimensão e o baixo poder estatístico para estimar o modelo para sexo, pois uma amostra mínima exigiria uma proporção de 100:1 respostas/dimensão. Como a amostra de AFC foi de 323, considerando respostas completas para sexo de 174 mulheres e 149 homens, a proporção obtida foi de 29:1 (feminino) e 25:1 (masculino) aproximadamente. A invariância de medição foi então investigada por meio de um modelo MIMIC em três etapas, definindo sexo e idade como variáveis independentes para: (1) cada item (Tabela 13), (2) as variáveis latentes de primeira ordem e (3) os dois fatores de ordem superior (Tabela 9). Vários itens apresentaram influência significativa tanto para idade quanto para sexo, porém todas as estimativas ficaram

abaixo de 0,30, chegando a 0,22, o que significa que a maior interferência nesse nível foi pequena.

Tabela 13. Invariância para sexo e idade através da MIMIC

Item	Grupo	est,	S,E	z	p-value	I,C menor	I,C maior
P1	Sexo	-0,20	0,05	-3,81	p<,001	-0,30	-0,10
	Idade	0,14	0,06	2,34	0,019	0,02	0,25
P2	Sexo	-0,22	0,05	-4,26	p<,001	-0,31	-0,12
	Idade	0,12	0,06	2,12	0,034	0,01	0,23
P3	Sexo	-0,10	0,06	-1,73	0,084	-0,21	0,01
	Idade	0,02	0,05	0,45	0,655	-0,08	0,13
P4	Sexo	-0,17	0,05	-3,21	p<,001	-0,27	-0,07
	Idade	0,08	0,05	1,43	0,154	-0,03	0,18
P5	Sexo	-0,09	0,05	-1,70	0,089	-0,19	0,01
	Idade	0,22	0,06	3,83	p<,001	0,11	0,33
P6	Sexo	-0,15	0,05	-2,77	0,006	-0,25	-0,04
	Idade	0,20	0,06	3,48	p<,001	0,09	0,31
P7	Sexo	-0,02	0,06	-0,27	0,785	-0,13	0,10
	Idade	0,09	0,06	1,66	0,097	-0,02	0,20
P8	Sexo	-0,07	0,05	-1,30	0,195	-0,18	0,04
	Idade	0,19	0,05	3,41	p<,001	0,08	0,29
P9	Sexo	-0,11	0,05	-2,16	0,031	-0,21	-0,01
	Idade	0,17	0,06	2,74	0,006	0,05	0,29
P10	Sexo	-0,14	0,04	-3,34	p<,001	-0,22	-0,06
	Idade	0,11	0,06	1,74	0,083	-0,01	0,23
P11	Sexo	0,09	0,06	1,54	0,124	-0,02	0,20
	Idade	0,14	0,05	2,61	0,009	0,04	0,25
P12	Sexo	-0,03	0,05	-0,59	0,554	-0,14	0,07
	Idade	0,18	0,06	3,24	p<,001	0,07	0,29

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: P1 = VPI emocional mulher para criança; P2 = VPI emocional homem para mulher; P3 = Vitimização verbal mulher para criança; P4 = Vitimização verbal homem para criança; P5 = VPI verbal mulher para homem; P6 = VPI verbal homem para mulher; P7 = Vitimização emocional mulher para criança; P8 = Vitimização verbal homem para criança; P9 = VPI físico mulher para homem; P10 = VPI físico homem para mulher; P11 = Vitimização verbal mulher para criança; P12 = Vitimização verbal homem para criança. VPI = Exposição por parceiros íntimos

Evidência baseada em critérios externos

A avaliação da validade externa foi realizada considerando as subescalas do QUESI, que fornecem evidências convergentes e concorrentes. Como esperado, as menores correlações foram detectadas para as subescalas do QUESI que rastreiam evidências de abuso sexual e negligência física, localizadas na borda da rede e não avaliadas diretamente pela FAST. Em contraste, correlações mais fortes foram detectadas ao associar fatores convergentes, ou seja,

correlações entre a vitimização emocional da FAST e a subescala de abuso emocional do QUESI, bem como a dimensão de vitimização física da FAST e a subescala de abuso físico do QUESI (Figura 6 e Tabela 14).

Tabela 14. Matriz de correlações para diferentes tipos de validade de critério correspondente à rede na Figura 6.

	Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
QUESTI	1.EmAb																
	2.PhAb	,31***															
	3.SxA	,11*	,15**														
	4.EmN	,45***	,19***	-0,07													
	5.PhN	,29***	,23***	-0,03	,36***												
FAST	6.EmV	,42***	,32***	,14*	,32***	,27***											
	7.VbV	,48***	,33***	0,1	,34***	,15**	,57***										
	8.PhV	,33***	,55***	,11*	,24***	,19***	,53***	,56***									
	9.Vct	,50***	,47***	,14*	,36***	,24***	,83***	,87***	,81***								
	10.EmI	,43***	,20***	0,03	,31***	0,1	,49***	,43***	,37***	,52***							
	11.VbI	,34***	,24***	0,1	,27***	0,07	,38***	,50***	,34***	,49***	,60***						
	12.PhI	,19***	,16**	,18**	,17**	0,05	,27***	,20***	,19***	,26***	,36***	,51***					
	13.IPV	,42***	,25***	0,1	,32***	0,1	,48***	,50***	,39***	,55***	,85***	,90***	,65***				
Variáveis Demográficas	14.ScY	0,09	0,02	-0,02	0,07	-0,08	,11*	,17**	0,06	,14*	0,09	0,1	0,05	0,11			
	15.Idade	,11*	0,08	0,02	0,1	-0,06	0,11	,17**	,11*	,16**	0,08	0,1	0,07	0,1	,82***		
	16.Fem	,15**	-0,1	0,1	0,1	-0,1	,17**	0,08	-0,01	0,1	,19***	,14*	,12*	,18***	0,06	0,01	
	17.NCsn	0	0,04	-,16**	0,01	-0,03	0	-0,01	0,01	0	0,05	0,04	0,08	0,06	-0,01	0,07	0,04

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: Níveis de significância são *,05, **,01 e ***,001. PhV = Vitimização Física; VbV = Vitimização Verbal; EmV = Vitimização Emocional; PhI = Violência física por parceiro íntimo; VbI = Violência verbal por parceiro íntimo; EmI = Violência emocional por parceiro íntimo; Vct = vitimização; VPI = Exposição à Violência por Parceiro Íntimo; EmAb = Abuso emocional; PhAb = Abuso físico; SxA = Abuso sexual; EmN = Negligência emocional; PhN = Negligência física; QUESTI = Questionário de Trauma na Infância; FAST = Ferramenta de triagem de agressão familiar

Confiabilidade de teste-reteste

Os coeficientes tenderam a ser favoráveis para a confiabilidade teste-reteste. A maioria das dimensões da FAST foram estáveis, exceto para os escores emocionais da vitimização ($t(df = 267) = -2,99$ ($p = 0,003$, *Cohen's D* = - 0,17, 95% IC [-0,28, -0,06]) e VPI D ($t(df = 267) = -2,19$ ($p = 0,029$, *D de Cohen* = -0,12, 95% CI [-0,22, -0,01])). No entanto, em ambos os casos, o tamanho do efeito foi inferior a 0,20, indicando que as diferenças são insignificantes. Informações sobre outras pontuações estão disponíveis na Tabela 15 e a estatística descritiva na Tabela 16.

Tabela 15. Testes T de amostras pareadas para pontuações da FAST para Vitimização, Exposições à VPI e subescalas de primeira ordem

Subescalas da FAST	t	df	p	Cohen's d	95% I.C Cohen's d	
					Lower	Upper
Vitimização Total	-1,98	267	,049	-,10	-,20	-,01
Emocional	-2,96	267	,003	-,17	-,28	-,06
Verbal	-,88	267	,381	-,05	-,16	,06
Físico	-,28	267	,780	-,02	-,13	,09
<i>Exposição à VPI total</i>	-,26	267	,795	-,01	-,10	,07
Emocional	-2,19	267	,029	-,12	-,22	-,01
Verbal	1,57	267	,118	,08	-,02	,17
Físico	,81	267	,419	,04	-,05	,13

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: IC = Intervalo de confiança

Tabela 16. Estatística descritiva para os dados do primeiro e do segundo ensaio

	N	Média	DP	EM
Vitimização T1	268	8,45	9,59	,59
Vitimização T2	268	9,44	10,38	,63
Emocional T1	268	2,63	3,94	,24
Emocional T2	268	3,36	4,48	,27
Verbal T1	268	3,70	4,37	,27
Verbal T2	268	3,92	4,61	,28
Físico T1	268	2,12	3,16	,19
Físico T2	268	2,16	3,04	,19
Exposição à VPI T1	268	8,21	9,82	,60
Exposição à VPI T2	268	8,32	9,98	,61
Emocional T1	268	3,52	4,40	,27
Emocional T2	268	4,08	5,10	,31
Verbal T1	268	3,96	4,88	,30

Tabela 16. Estatística descritiva para os dados do primeiro e do segundo ensaio

	N	Média	DP	EM
Verbal T2	268	3,59	4,66	,28
Físico T1	268	,73	2,19	,13
Físico T2	268	,65	1,99	,12

Fonte: Dados da Pesquisa.

Legenda: N = Tamanho da amostra; DP = Desvio Padrão; EM = Erro de Medição; T1 = Primeiro ensaio; T2 = Segundo ensaio.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas da Ferramenta de Triagem de Agressão Familiar (FAST), constituída por figuras de vitimização e exposição à VPI. Usaram-se dados de uma grande amostra de jovens no Brasil para testar a validade da FAST, incluindo estrutura interna (por exemplo, por meio de AFC, AFE e AGE), validade convergente e concorrente, com base em critérios externos (por exemplo, QUESI e variáveis sociodemográficas), confiabilidade teste-reteste e consistência interna. Juntos esses indicadores de desempenho são importantes para avaliar as propriedades psicométricas da FAST^{53,148}. Os dados obtidos apoiam a estrutura, a validade e a confiabilidade da FAST, indicando sua qualidade satisfatória como medida de triagem de agressão familiar.

Cecil e colaboradores²² desenvolveram a FAST como uma medida de representação por imagem multidimensional de agressão familiar, composta por seis fatores de primeira ordem (emocional, verbal e físico) presentes em dois fatores de segunda ordem (Vitimização e VPI). Em seu artigo, os autores testaram as propriedades psicométricas da FAST, com foco na consistência interna e validade externa (por exemplo, associações com o CTQ), porém, a estrutura interna da FAST não foi testada. No presente estudo, tratou-se dessa lacuna, avaliando minuciosamente a estrutura interna da FAST pela primeira vez, utilizando várias abordagens (ou seja, AFE, EGA, AFC). A análise exploratória de itens foi realizada permitindo a detecção de novas estruturas emergentes¹⁴⁹, extremamente importantes em variáveis sociais, como a agressão familiar. Adicionalmente, soluções disponíveis em AFC foram testadas e o modelo IV apresentou um ajuste mais parcimonioso para as correlações entre os fatores. Essas especificações apontavam a VPI e a Vitimização como fatores de segunda ordem, com efeitos diretos sobre os fatores de primeira ordem, representados pelo abuso emocional, verbal e físico

O procedimento AGE destacou o fato de a escala ter dois métodos diferentes de agressão (representados pelos fatores Exposição à VPI e Vitimização). Um padrão semelhante foi descrito por Cecil e colaboradores²². Golino e Demetriou¹⁴⁴ compararam o AGE com técnicas tradicionais para estimar o número de dimensões de um instrumento. Os resultados mostraram que a AGE foi a única técnica capaz de estimar corretamente o número de dimensões da estrutura, sugerindo ser uma possível solução para os dados. Além disso, as ligações mais fortes que unem fatores de segunda ordem com fatores de primeira ordem são representadas pelo subtipo agressão verbal. Isso pode indicar que esse subtipo é mais manifesto em relação aos demais no que diz respeito à ligação entre os fatores de segunda e primeira ordem. Embora a experiência de vitimização ocorra em ambos os sexos, o homem adulto tem desempenhado um papel mais ativo como agressor neste fator. Uma explicação possível é que os pais frequentemente experimentam sentimentos de preocupação, raiva pelo mau comportamento de seus filhos e isso tem sido considerado um preditor de maus-tratos¹⁵⁰. Igualmente importante é o fato que algumas culturas podem entender a agressão como práticas disciplinares de educação e não tem a percepção de que a vivência da agressão pode implicar a manutenção da violência^{30,38}. Uma recente revisão sistemática sobre intervenções usadas para aumentar a participação dos pais e prevenir a MT destacou que ainda existem obstáculos na compreensão dos benefícios da coparentalidade¹⁰⁵ na educação dos filhos.

Existem muitos fatores que interferem em estilos parentais eficazes, como adultos com histórico de abuso infantil, problemas de saúde mental materna, violência sofrida por mulheres, altas taxas de desemprego, falta de serviços de apoio às famílias, alta tolerância à violência, falta de educação adequada quanto à legislação para lidar com abuso infantil e normas culturais que promovem ou incentivam a violência^{5,38,89}. Nesse contexto, os pais são mais propensos a usar práticas disciplinares negativas na criação de seus filhos^{6,32,83,103,151}. Além disso, no Brasil, a subnotificação dos casos de agressão é uma realidade¹⁰³.

As cargas fatoriais mais baixas foram encontradas nos itens P1 e P4, relacionados à definição de VPI e Vitimização emocional. No entanto, Hair e colaboradores⁷⁶ alertam que a carga fatorial mínima tende a flutuar na literatura. O ponto de corte foi de 0,40, entendendo que cargas fatoriais na faixa de 0,30 ainda não são confiáveis para a recuperação da replicação. Ainda considerando a hipótese de carga cruzada, mais pesquisas são necessárias para entender o impacto e a variação do que está sendo observado, pois a carga fatorial não representa a verdadeira população/parâmetro. A Figura P4 representada pela Vitimização do pai direcionada à criança pode estar relacionada às manifestações culturais do comportamento feminino no Brasil, sendo as mães consideradas mais protetoras que os pais¹⁵². Entretanto, esse tema ainda

é pouco explorado. Desta forma, uma nova e mais ampla coleta de dados é necessária antes de inferir o que significa uma carga cruzada abaixo de carga fatorial desejada. Em resumo, os resultados obtidos neste estudo sugerem que (a) existem duas dimensões distintas da agressão familiar (VPI e Vitimização) e (b) a VPI desempenha um papel importante na agressão como um sistema dinâmico. Estes resultados também indicam que os nós referentes à agressão verbal são mais fortes na rede. Porém, a investigação da agressão verbal deve ser avaliada com cautela, principalmente em períodos de transição, como a adolescência e as práticas disciplinares culturais praticadas em cada região. Durante a adolescência, os conflitos entre pais e filhos geralmente aumentam e, junto, a probabilidade de agressão verbal. Deve-se considerar que a puberdade aumenta a labilidade emocional do jovem, fator que pode fazer com que se afastem dos pais e estreitem vínculos com seus pares.^{153,154} Na literatura, as mães foram consideradas as principais agressoras em alguns tipos de violência: punição psicológica e física, seguida de negligência.⁹⁹ No entanto, essa informação pode ser explicada pelo fato de que as mulheres adultas (mãe, cuidadora, madrastra) estão diária e fisicamente mais próximas das crianças¹⁵⁵.

A confiabilidade da escala FAST foi avaliada tanto pela consistência interna, quanto pelo teste-reteste, apresentando coeficientes favoráveis. Isso pode sugerir que a FAST é um instrumento adequado como ferramenta de triagem para agressão. Tal avaliação não foi realizada no estudo de Cecil²²; portanto, não é possível fazer comparações.

Correlações significativas foram demonstradas entre a FAST e o QUESI, em termos de validade concorrente. Vale ressaltar que as maiores correlações foram encontradas para as dimensões concordantes, ou seja, vitimização física na FAST com abuso físico no QUESI e Vitimização emocional na FAST com abuso emocional no QUESI. Embora a FAST utilize figuras para retratar as formas de agressão, os resultados indicam que os dois instrumentos estão medindo a sobreposição de construtos, concordando com os resultados encontrados por Cecil e colaboradores²². Também, como esperado, a menor correlação foi detectada para as subescalas do QUESI que medem abuso sexual e negligência física, que não são avaliadas diretamente pela FAST.

Atualmente, existem iniciativas em todo o mundo que enfatizam o uso de estratégias de enfrentamento com maior participação da família, da escola e do estado³². A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰⁶ divulgou um relatório sobre as iniciativas relatadas pelos governos para enfrentar a violência contra crianças de acordo com o INSPIRE: sete estratégias para acabar com a violência contra crianças. Destaca, entre outras medidas, que a educação escolar pode ser uma proteção poderosa, pois fortalece o conhecimento das crianças sobre os riscos relacionados à violência, muitas vezes ensinando como se proteger.

A FAST pode ser uma ferramenta útil para triagem de traços de agressão (emocional, verbal e física) e os métodos pelos quais eles são vivenciados (vitimização e VPI), pois é um instrumento não verbal que pode facilitar o testemunho de jovens vítimas de diferentes tipos de agressão.

Este estudo apresentou uma série de limitações que precisam ser endereçadas em estudos futuros. Primeiro, descreveu as relações entre construtos teóricos, utilizando uma amostra de conveniência representada por jovens de uma escola da periferia da cidade de Salvador, no Brasil. Consequentemente, não é possível generalizar seus resultados. Além disso, a participação voluntária dos respondentes pode gerar um viés de autosseleção, devido ao interesse em participar. Ainda assim, a amostra deste estudo parece representar os participantes mais vulneráveis, já que as escolas públicas no Brasil tendem a agregar famílias economicamente carentes. No entanto, a não representatividade da amostra não significa necessariamente que os resultados sejam inválidos, mas que o resultado não pode ser generalizado para toda a população. O objetivo do instrumento é detectar experiências de agressão por meio de figuras, sem excluir totalmente a demanda verbal. Porém, não há informações sobre até que ponto essa medida é mais fácil de entender já que não se compararam com outros instrumentos de agressão. É importante que estudos futuros considerem essa limitação. Outro ponto é que a representação por figuras da FAST não aborda diretamente estruturas familiares não tradicionais (por exemplo, famílias monoparentais ou famílias LGBTQ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Questionadoras), que podem precisar ser mais bem acomodadas em versões futuras. Não obstante, a estrutura fatorial observada precisará ser validada independentemente em estudos maiores antes que se possa inferir com segurança o que significa a carga cruzada abaixo de carga fatorial alvo. Em conclusão, os resultados deste estudo sugerem que a FAST tem boas propriedades psicométricas em um contexto cultural brasileiro, em relação à sua validade e confiabilidade. No geral, a FAST pode ser uma ferramenta eficaz para facilitar a triagem de agressão familiar no Brasil, que permanece subestimada e subnotificada.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

A FAST é uma breve ferramenta com 12 representações em figuras para rastrear experiências de MT vivenciadas por crianças e adolescentes por parte de cuidadores. O instrumento avalia três subtipos de MT (emocional, verbal e físico), incluindo os métodos pelos quais são experimentados (vitimização ou exposição à violência por parceiros íntimos). Este estudo ampliou a avaliação das propriedades psicométricas da FAST, a partir de uma amostra com jovens brasileiros na cidade de Salvador, Bahia. A pesquisa teve como objetivos testar a validade baseada na estrutura interna (ARTIGO 2)¹¹⁰ e analisar o perfil sociodemográfico e comparar com métodos de violência experienciados pelo grupo (Artigo 1). Os resultados apontaram o modelo de segunda ordem como uma solução teórica que apresentou um bom ajuste aos dados do instrumento. Os fatores de segunda ordem, representados pelos métodos Vitimização e exposição à VPI, indicaram boa consistência interna e os fatores de primeira ordem apresentaram consistência interna baixa-moderada, em consonância com o trabalho de Cecil e colaboradores²².

A FAST foi desenvolvido no Reino Unido e teve suas propriedades psicométricas iniciais, considerando a consistência interna e a validade externa, segundo Cecil e colaboradores²². No presente estudo, avaliou-se a estrutura interna, pela primeira vez, por meio das abordagens AFE, AFC e AGE. Os procedimentos permitiram identificar duas dimensões distintas de violência na família, ou seja, exposição à VPI (observação da violência) e vitimização (violência direta). Esses dados foram apoiados pela avaliação adicional por meio da análise de redes em Psicometria e pelos dados encontrados no artigo original de Cecil e colaboradores²³. A exposição à VPI foi recentemente incluída na literatura como uma forma de violência contra crianças e adolescentes^{33,149}.

As ligações mais fortes na análise de rede que unem os fatores de segunda ordem (exposição à VPI e vitimização) com os de primeira ordem (emocional, verbal e físico) foram representadas pela violência verbal. Isso pode indicar que esse subtipo é mais perceptível em comparação aos demais. Embora a experiência de vitimização verbal ocorra em ambos os sexos, o homem adulto desempenhou um papel mais ativo como agressor verbal. Cecil e colaboradores²² também encontraram a vitimização verbal como a mais comum e apontaram que ela raramente é examinada separadamente dos subtipos de MT emocional e psicológico. De fato, há poucos estudos que utilizam a nomenclatura violência verbal, sendo que, ao invés disso, se referem a esse subtipo de MT como parte da violência psicológica ou abuso psicológico^{78,156}. Contudo, a violência verbal representou 16% dos casos notificados no SINAM

NET no período de 2009 e 2018, especialmente na faixa etária de 10 a 14 anos. Contrário a esse dado, a maior parte dos estudos consultados para esta pesquisa apontaram prevalência maior da negligência comparada a outros subtipos de MT ^{16,42,93,97,99}. Talvez isso aponte para uma fragilidade na literatura sobre a concordância dos termos violência verbal e negligência. No entanto, a investigação da violência verbal deve ser avaliada criteriosamente, principalmente em períodos de transição, como a puberdade na adolescência. Nesse período, os conflitos entre pais e filhos geralmente se intensificam, aumentando também a probabilidade de agressão verbal^{153,154}.

Todavia, algumas culturas utilizam da violência verbal como característica de comunicação, independente do comportamento da criança ou adolescente^{1,28} e compreendem essa abordagem como medida educativa³⁸. E, de fato, algumas famílias não têm a percepção de que esses comportamentos possam implicar a manutenção da violência^{30,38}. Alguns autores ^{86,105} acreditam que a redução desse problema pode ser alcançada por meio do conhecimento sobre opções disciplinares não violentas e da participação ativa do homem em programas de prevenção de MT.

Diferente do encontrado neste estudo, outras pesquisas ^{88,99,100} apontam as mulheres como principais agressoras de MT contra crianças e adolescentes. No entanto, vários fatores podem contribuir para esse resultado, entre eles o fato de as mulheres brasileiras estarem mais participativas na força de trabalho e conseqüentemente expostas à pressão para administrar as demais demandas como tarefas domésticas, filhos e casamento^{80,157}. Por outro lado, as mulheres (mãe, cuidadora, madrasta) que não trabalham fora de casa, estão fisicamente mais próximas dos jovens diariamente e, portanto, mais expostas a situações de conflitos¹⁵⁵.

Em relação à validade baseada na estrutura externa, os dados foram consistentes com os apresentados no estudo original²², isto é, as correlações mais fortes foram encontradas para dimensões concordantes da FAST (mágoa emocional e abuso físico) e do QUESI (abuso emocional e abuso físico). Por outro lado, a menor correlação foi detetada para as subescalas do QUESI que medem abuso sexual e negligência, embora esses subtipos de MT não sejam avaliados diretamente pela FAST¹¹⁰.

No que diz respeito à prevalência de violência contra esse grupo, o sexo feminino representou uma proporção maior como vítimas no método exposição à VPI, semelhante a estudos anteriores^{5,85,115,117}. Esses achados sugerem que, ao longo do desenvolvimento, o sexo feminino pode ser mais exposto a esse método de violência. E, talvez, isso revele uma característica cultural que visualiza a mulher como frágil, portanto, vulnerável a esse comportamento¹⁵⁸. Contudo, a exposição a qualquer tipo de agressão é um alerta para toda a

sociedade, visto que histórico de abuso na infância e/ou adolescência aumenta a tolerância à violência e o risco de se tornar um perpetrador no futuro^{87,126}. Dessa forma, fica clara a importância das práticas parentais saudáveis, como medida protetiva da violência contra esse grupo^{20,87,91,159}

Quanto aos grupos raciais, não houve diferença estatisticamente significativa entre brancos e pretos, corroborando os dados do *Anuário de Segurança Pública 2022*⁹⁵. Contudo, diferentes regiões do país não preencheram esse campo nos formulários de notificações, afetando a precisão dos dados. Em contrapartida, o estudo original da FAST – UK²², mesmo com uma amostra menor, encontrou valores mais altos para não-brancos, ou seja, representados na pesquisa por asiáticos, afro-americanos ou pretos e mistos, nativos do Alasca ou nativos do Haváí.

Neste estudo, os adolescentes representados pelo grupo 2 apresentaram sobreposição nos métodos de exposição à VPI e vitimização. No entanto, não foram encontrados outros estudos que tenham comparado os dois métodos de violência. Contudo, os resultados podem sugerir que, quanto maior a faixa etária, maior a chance de terem experienciado as diferentes formas de violência.

Atualmente, existem iniciativas em todo o mundo que enfatizam o uso de estratégias de enfrentamento, com maior participação da família, escola e estado³². A OMS⁵ divulgou recentemente um relatório sobre as iniciativas relatadas pelos governos para abordar a violência contra crianças e adolescentes. Entre outras medidas, destacou que escolas podem contribuir para disseminação do conhecimento sobre os riscos relacionados à violência.

A FAST pode ser uma ferramenta útil para rastrear traços de violência dos pais e/ou cuidadores contra crianças e adolescentes. E, dada a natureza da FAST, pode-se obter duas fontes distintas de informação capturadas pelo instrumento, ou seja, subtipos de MT (emocionais, verbais e físicos) e os métodos pelos quais eles são vivenciados (vitimização e VPI).

O estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas em pesquisas futuras. Os dados foram compostos por uma amostra de conveniência proveniente de um estudo maior com outras variáveis e a autorização não foi exclusiva para este estudo. Além disso, os cuidadores que autorizaram a participação podem ter autorizado por se perceberem menos agressivos.

As representações em figuras foram projetadas para fornecer informações iniciais sobre agressão por parte do cuidador, mas não abordam detalhes específicos de experiência de vitimização. Além disso, não considera diretamente as diferentes concepções de família (por exemplo, famílias monoparentais ou famílias LGBTQ: Lésbicas, Gays, Bissexuais,

Transgêneros e Queer). A entrevista estruturada não contemplou a identidade de gênero no formulário, podendo ser outro viés de seleção.

O objetivo do instrumento é detectar experiências de agressão por meio de figuras, sem excluir totalmente a demanda verbal. Porém, não se teve informações sobre até que ponto essa medida é mais fácil de entender, já que não se comparou com outros instrumentos de agressão. O instrumento não permite detalhar sobre o tempo ou duração da exposição.

A medida utilizada para prover informações sobre validade concorrente não representa um padrão ouro, porém, não é do nosso conhecimento um instrumento que corresponda a esse padrão. Dessa forma, o QUESI foi escolhido como critério de validade concorrente devido às suas propriedades psicométricas. Não obstante, a estrutura fatorial observada precisa ser validada independentemente em estudos maiores antes que se possa inferir com segurança o que significa a carga cruzada abaixo da carga fatorial alvo.

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O processo de validação de instrumentos de triagem que representem violência é um problema de alta importância, sobretudo no contexto de crianças e adolescentes. Diferentes ferramentas de triagem foram desenvolvidas para facilitar a detecção da violência, contudo, há desafios metodológicos, como evidências sobre diferentes formas de validade, estabilidade do instrumento, subtipos de maus-tratos e padrões pelas quais são experienciados. Os dados obtidos apontam a FAST como uma ferramenta útil para rastrear traços de violência (emocional, verbal e física) e os métodos pelos quais são vivenciados (exposição à VPI e vitimização). A análise do perfil sociodemográfico revelou a exposição à VPI como um importante fenômeno a ser considerado nesse grupo. Apesar disso, ainda é uma questão negligenciada e o debate sobre as diversas formas que a violência na família se apresenta é escasso. É preciso iniciativas para propiciar aos pais e/ou cuidadores, crianças e adolescentes o conhecimento sobre as diferentes formas que a violência pode assumir no contexto familiar.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Brazil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Violência faz mal à saúde*. Editora MS; 2005. 296 p.
2. United Nations International Children’s Emergency Fund. *A Familiar Face Violence in the lives of children and adolescents Key findings*. New York; 2017 nov. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/90/PDF/G1600090>.
3. Gruhn MA, Compas BE. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl*. 2020 maio;103:104446.
4. Pinheiro PS de MS (Paulo S de MS, UN. Independent Expert for the United Nations Study on Violence against Children. *World report on violence against children*. UN; 2006. 364 p.
5. WHO. World Health Organization. *Global status report on preventing violence against children 2020*. Geneva; 2020.
6. Schilling S, Snyder A, Scribano P v. Intimate Partner Violence—Pediatric Risks of “Not Asking–Not Telling”. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2012 set;13(3):229–38.
7. Currie J, Spatz Widom C. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreat*. 2010 Maio 20;15(2):111–20.
8. Njaine K, Assis SG de, Constantino P. *Impactos da Violência na Saúde*. Fiocruz, organizador. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
9. Chung JE, Song G, Kim K, Yee J, Kim JH, Lee KE, et al. Association between anxiety and aggression in adolescents: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*. 2019 dez 18;19(1):115.
10. de Vasconcelos NM, Ribeiro M, Reis D, Couto I, Sena C, Botelho AC, et al. Life satisfaction mediates the association between childhood maltreatment and depressive symptoms: a study in a sample of Brazilian adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020 jun;42(3):250–7.
11. Abranches CD de, Assis SG de. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad Saude Publica*. 2011 maio;27(5):843–54.
12. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000 ago;8(4):22–9.
13. Aimé C, Paquette D, Déry M, Verlaan P. Predictors of childhood trajectories of overt and indirect aggression: An interdisciplinary approach. *Aggress Behav*. 2018 jul 25;44(4):382–93.
14. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, et al. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2021 mar 18;143(3):189–205.
15. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl*. 2018 mar;77:198–210.
16. Avdibegović E, Brkić M. Child Neglect - Causes and Consequences. *Psychiatr Danub*. 2020 out;32(Suppl 3):337–42.
17. Silva SBDJ, Conceição HN, Câmara JT, Machado RS, Chaves TS, Moura DES, et al. Perfil das notificações de violência contra crianças e adolescentes. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2020 mar 29;14.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelo profissionais de saúde: Um passo a passo a*

- mais na cidadania em saúde. Brasília, DF: 2020. Available from: www.saude.gov.brGOVERNOFEDERAL
19. Freitas EL, Loch AA, Chianca C, Andrade JC, Serpa MH, Alves TM, et al. Childhood maltreatment in individuals at risk of psychosis: Results from the Brazilian SSAPP cohort. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020 set 21;66(6):566–75.
 20. Masud H, Ahmad MS, Cho KW, Fakhr Z. Parenting Styles and Aggression Among Young Adolescents: A Systematic Review of Literature. *Community Ment Health J*. 2019 ago 17;55(6):1015–30.
 21. Yoon S, Speyer R, Cordier R, Aunio P, Hakkarainen A. A Systematic Review Evaluating Psychometric Properties of Parent or Caregiver Report Instruments on Child Maltreatment: Part 1: Content Validity. *Trauma Violence Abuse*. 2021 dez 13;22(5):1013–31.
 22. Cecil CAM, McCrory EJ, Viding E, Holden GW, Barker ED. Initial Validation of a Brief Pictorial Measure of Caregiver Aggression: The Family Aggression Screening Tool. *Assessment*. 2016 jun 1;23(3):307–20.
 23. BRASIL. Brasil alfabetizado: caminhos da avaliação. 1º ed. UNESCO: Digital Library, organizador. Vol. 18. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; 2006. 1–242 p.
 24. Catelli Jr R. Indicador de analfabetismo funcional : INAF BRASIL 2018 - Resultados preliminares. 2018.
 25. Martins CB de G, Jorge MHP de M. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010 jun;23(3):423–8.
 26. UNICEF. United Nations International Children’s Emergency Fund. História dos Direitos das Crianças. UNICEF. [citado 2022 set 9]. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/historia-dos-direitos-da-crianca>
 27. Brasil. Ministério da Mulher da F e dos DHumanosL 8. 069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, 8.069 Brazil: Diário Oficial da União; jul 13, 1990.
 28. Freitas RJM de, Lima CLF de, Costa TA de M, Barros A de S, Moura NA de, Monteiro ARM. Intra-family violence against children and adolescents: the role of nursing / Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: o papel da enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2021 jun 14;13:1154–60.
 29. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2020 abr;102:104361.
 30. Derella OJ, Burke JD, Stepp SD, Hipwell AE. Reciprocity in Undesirable Parent–Child Behavior? Verbal Aggression, Corporal Punishment, and Girls’ Oppositional Defiant Symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2020 maio 3;49(3):420–33.
 31. Rizvi MB, Connors GP, Rabiner J. *New York State Child Abuse, Maltreatment, and Neglect*. New York: Treasure Island (FL): StatPearls; 2022.
 32. IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Coughlan B, Reijman S. Annual Research Review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020 mar 30;61(3):272–90.
 33. Kimber M, Adham S, Gill S, McTavish J, MacMillan HL. The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood—A systematic review. *Child Abuse Negl*. 2018 fev;76:273–86.
 34. Schilling S, Snyder A, Scribano P v. Intimate Partner Violence—Pediatric Risks of “Not Asking–Not Telling”. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2012 set;13(3):229–38.

35. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(2):339–52.
36. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull.* 2002 mar;128(2):330–66.
37. Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra RR. *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements.* Atlanta, Georgia; 2015.
38. Labella MH, Masten AS. Family influences on the development of aggression and violence. *Curr Opin Psychol.* 2018 fev;19:11–6.
39. Jiménez TI, Estévez E, Velilla CM, Martín-Albo J, Martínez ML. Family communication and verbal child-to-parent violence among adolescents: The mediating role of perceived stress. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 nov 2;16(22).
40. Who Health Organization. *Inspire: Seven strategies for ending violence against children. Uptake between 2016 and 2021.* Genebra; 2022.
41. Know Violence in Childhood. *Acabar com a violência na infância. Relatório Global de 2017.* Nova Deli, Índia; 2017.
42. Health Organization Regional Office for Europe W. *Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook.* 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
43. Pasquali L. *Psicometria. Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2009 dez;43(spe):992–9.
44. Price LR. *Psychometric methods : theory into practice.* London: The Guilford Press; 2017.
45. APA. American Psychological Association. *Technical recommendations for psychological testes and diagnostic techniques.* Washington; 1954.
46. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validation in psychological tests. 1955;v.52:281–302.
47. Pasquali L. *Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2007;23(spe):99–107.
48. Bandeira Andriola W. *Psicometria moderna: características e tendências 1. Estudos em Avaliação Educacional.* 2009 maio;20(43):319–40.
49. Bandalos DL. *Validy. Em: Measurement theory and applications for the social sciences.* New York: The Guilford Press; 2018. p. 254–97.
50. Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, et al. *COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. Quality of Life Research.* 2018 maio 19;27(5):1171–9.
51. Prinsen CAC, Vohra S, Rose MR, Boers M, Tugwell P, Clarke M, et al. *How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a “Core Outcome Set” – a practical guideline. Trials.* 2016 dez 13;17(1):449.
52. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. *The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. J Clin Epidemiol.* 2010 jul;63(7):737–45.
53. AERA, APA, NCME NC on MIE. *Standards for psychological and educational testing.* Washington, D.C; 2014.
54. Brown AT. *Confirmatory factor analysis for applied research. Em: Confirmatory factor analysis for applied research. 2 edition.* Guildford Publications; 2015. p. 462.
55. Li CH. *Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. Behav Res Methods.* 2016 set 15;48(3):936–49.

56. Yoon S, Speyer R, Cordier R, Aunio P, Hakkarainen A. A Systematic Review Evaluating Psychometric Properties of Parent or Caregiver Report Instruments on Child Maltreatment: Part 2: Internal Consistency, Reliability, Measurement Error, Structural Validity, Hypothesis Testing, Cross-Cultural Validity, and Criterion Validity. *Trauma, Violence, and Abuse*. SAGE Publications; 2021. V.22, p. 1296–315.
57. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, et al. Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res*. 2011 jun;45(6):814–22.
58. Pace CS, Muzi S, Rogier G, Meinero LL, Marcenaro S. The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (part I). *Child Abuse Negl*. 2022 jul;129:105640.
59. Silveira AL da S, Grassi-Oliveira R. Semantic validation of the ISPCAN Child Abuse Screening Tools (ICAST) in Brazilian Portuguese. *Trends Psychiatry Psychother*. 2016 jun;38(2):105–10.
60. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One*. 2014 jan 27;9(1).
61. Teicher MH, Parigger A. The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ (MACE) Scale for the Retrospective Assessment of Abuse and Neglect During Development. *PLoS One*. 2015 fev 25;10(2):e0117423.
62. Zolotor AJ, Runyan DK, Dunne MP, Jain D, Péters HR, Ramirez C, et al. ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children’s Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abuse Negl*. 2009 nov;33(11):833–41.
63. Sierau S, White LO, Klein AM, Manly JT, von Klitzing K, Herzberg PY. Assessing psychological and physical abuse from children’s perspective: Factor structure and psychometric properties of the picture-based, modularized child-report version of the Parent-Child Conflict Tactics Scale – Revised (CTSPC-R). *PLoS One*. 2018 out 8;13(10):e0205401.
64. Pereira FG, Viana MC. Instrumentos mais utilizados na avaliação da exposição a Experiências Adversas na Infância: uma revisão da literatura. *Saúde em Debate*. 2021 jun;45(129):501–13.
65. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cad Saude Publica*. 2003 dez;19(6):1701–12.
66. Simsek E, Guney SA, Baysal SU. A retrospective study with ICAST-R (ispcan child abuse screening tools-retrospective) questionnaire for determination of child abuse in first year medical students in Turkish population. *Child Abuse Negl*. 2017 jul;69:125–33.
67. Pereira FG, Viana MC. Cross-cultural Adaptation of the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2021;55.
68. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*. 2018 maio 12;27(5):1147–57.
69. Meinck F, Boyes ME, Cluver L, Ward CL, Schmidt P, DeStone S, et al. Adaptation and psychometric properties of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool for use in trials (ICAST-Trial) among South African adolescents and their primary caregivers. *Child Abuse Negl*. 2018 ago;82:45–58.
70. Cotter A, Proctor KB, Brestan-Knight E. Assessing child physical abuse: An examination of the factor structure and validity of the Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC). *Child Youth Serv Rev*. 2018 maio;88:467–75.

71. Runyan DK, Dunne MP, Zolotor AJ, Madrid B, Jain D, Gerbaka B, et al. The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool—Parent version (ICAST-P). *Child Abuse Negl.* 2009 nov;33(11):826–32.
72. Dunne MP, Zolotor AJ, Runyan DK, Andrevia-Miller I, Choo WY, Dunne SK, et al. ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. *Child Abuse Negl.* 2009 nov;33(11):815–25.
73. Bosquet Enlow M, Englund MM, Egeland B. Maternal Childhood Maltreatment History and Child Mental Health: Mechanisms in Intergenerational Effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2018 dez 21;47(sup1):S47–62.
74. 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 Saude Publica.* 2011 nov;27(11):2215–26.
75. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003 fev;27(2):169–90.
76. Hair JF, Babin BJ, Anderson RE, Black WC. *Multivariate data analysis.* India: Cengage; 2018.
77. Muniz J, Elosua P, Padilla JL, Hambleton RK. Test adaptation standards for cross-lingual assessment. Em: Wells ICS, Faulkner-Bond M, organizadores. *Educational measurement: From foundations to future.* The Guilford Press; 2016. p. 291–304.
78. Matoso LML, Matoso MBL, Rocha EMP, Carvalho BGS. Violência Intrafamiliar contra Criança e Adolescente: O papel do profissional de Enfermagem e Serviço e Serviço Social. . *Cadernos Brasileiros de Saúde* . 2014 [citado 2022 out 1];v.6(n.13):71–86. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68509>
79. Souto DF, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 3):1237–46.
80. Dessen MA, Torres C v. Family and Socialization Factors in Brazil: An Overview. *Online Readings in Psychology and Culture.* 2019 maio 1;6(3).
81. Russotti J, Warmingham JM, Duprey EB, Handley ED, Manly JT, Rogosch FA, et al. Child maltreatment and the development of psychopathology: The role of developmental timing and chronicity. *Child Abuse Negl.* 2021 out;120:105215.
82. Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci J. Impactos da Violência na Saúde. Njaine K, Assis SG de, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. Editora FIOCRUZ; 2020.
83. Chiesa AE, Kallechey L, Harlaar N, Rashaan Ford C, Garrido EF, Betts WR, et al. Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child Abuse Negl.* 2018 jun;80:285–300.
84. Know Violence in Childhood. *Acabar com a violência na Infância. Relatório Global de 2017.* Nova Deli, Índia; 2017.
85. Lakhdar MPA, Farooq S, Khan UR, Parpio Y, Azam SI, Razzak J, et al. Factors Associated With Child Maltreatment Among Children Aged 11 to 17 Years in Community Settings of Karachi, Pakistan, Using Belsky Ecological Framework. *J Interpers Violence.* 2021 jan 27;36(1–2):297–313.
86. Rodriguez CM, Silvia PJ, Pu DF. Predictors of change in mothers' and fathers' parent-child aggression risk. *Child Abuse Negl.* 2018 dez;86:247–56.
87. Morgan CH, Pu DF, Rodriguez CM. Parenting style history in predicting harsh parenting and child abuse risk across the transition to parenthood: Role of gender. *Child Abuse Negl.* 2022 maio;127:105587.

88. Miranda MC, Affuso G, Esposito C, Bacchini D. Parental Acceptance–Rejection and Adolescent Maladjustment: Mothers’ and Fathers’ Combined Roles. *J Child Fam Stud*. 2016 abr 24;25(4):1352–62.
89. Fluke JD, Tonmyr L, Gray J, Bettencourt Rodrigues L, Bolter F, Cash S, et al. Child maltreatment data: A summary of progress, prospects and challenges. *Child Abuse Negl*. 2021 set;119:104650.
90. Beck Judith S. Conceituação Cognitiva. Em: Artmed, organizador. *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. 2 ed. Porto Alegre; 2013. p. 49–52.
91. Lo C, Ho F, Wong R, Tung K, Tso W, Ho M, et al. Prevalence of Child Maltreatment and Its Association with Parenting Style: A Population Study in Hong Kong. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 mar 29;16(7):1130.
92. INSPIRE Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças versão em Português.
93. ABRINQ. Cenário da Infância e Adolescência no Brasil. 2022 [citado 2022 out 15]. Available from: https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2022-03/cenario-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil-2022_0
94. Barreto CSLA, Araújo RPC, Júnior DFM, Filho RCB, Costa MCO. Perfil da violência que vitima crianças no Estado da Bahia, segundo registros do Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE) da Secretaria de Segurança Pública. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2018;8:5–15.
95. Brasil. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022: Parte 1 Estatísticas Criminais por Unidade da Federação (2020-2021). 2022.
96. Barros WB, Reinach S, In: Anuário Brasileiro de Segurança Pública. As violências contra crianças e adolescentes no Brasil. 2022.
97. Garbin CAS, Saliba TA, Belila N de M, Butarelo AV, Poli MCF, Garbin AJÍ. Perfil Epidemiológico dos Casos de Violência Infantil em Escolas Municipais de Ensino Básico. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*. 2021 ago 2;11(1):102–6.
98. 13-anuario-2022-maus-tratos-entre-criancas-e-adolescentes-perfil-inedito-das-vitimas-e-circunstancias-desse-crime-no-brasil.
99. LeRoy M, Mahoney A, Boxer P, Gullan RL, Fang Q. Parents who hit and scream: Interactive effects of verbal and severe physical aggression on clinic-referred adolescents’ adjustment. *Child Abuse Negl*. 2014 maio;38(5):893–901.
100. Straus MA, Douglas EM. Concordance Between Parents in Perpetration of Child Mistreatment: How Often Is It by Father-Only, Mother-Only, or by Both and What Difference Does It Make? *Trauma Violence Abuse*. 2019 jul 13;20(3):416–27.
101. Kong J, Martire LM, Tate AM, Bray BC, Almeida DM. Different Types of Childhood Experience With Mothers and Caregiving Outcomes in Adulthood. *Fam Relat*. 2021 out 12;70(4):1090–101.
102. Reinach S, Burgos F, In: 15º Anuário de Segurança Pública. Violência contra Crianças e Adolescentes no Brasil: a urgência da parceria entre educação e segurança pública. 2021.
103. Arruda da Silva P, Lerch Lunardi V, Dalke Meucci R, Algeri S, Peixoto da Silva M, Pivoto Franciscatto F. (In) visibility of notifications of violence against children and adolescents registered in a municipality in southern Brazil. *Invest Educ Enferm*. 2019 jun 19;37(2).
104. United Nations International Children’s Emergency Fund. Preventing and Responding to Violence Against Children and Adolescents: Theory of Change. New York; 2017 out. Available from: www.unicef.org

105. Branco MSS, Altafim ERP, Linhares MBM. Universal Intervention to Strengthen Parenting and Prevent Child Maltreatment: Updated Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2021 maio 11;152483802110131.
106. World Health Organization. INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children. Uptake between 2016 and 2021. World Health Organization Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO . 2022;
107. Moraes CL de, Sampaio PF, Reichenheim ME, Veiga GV da. The intertwined effect of lack of emotional warmth and child abuse and neglect on common mental disorders in adolescence. *Child Abuse Negl*. 2018 set;83:74–82.
108. Gama CMF, Portugal LCL, Gonçalves RM, de Souza Junior S, Vilete LMP, Mendlowicz MV, et al. The invisible scars of emotional abuse: a common and highly harmful form of childhood maltreatment. *BMC Psychiatry*. 2021 dez 17;21(1):156.
109. Marta GR, Doretto VF, Scivoletto S. Maltreatment and Emotion Recognition Among Brazilian adolescents. *Front Psychiatry*. 2018 nov 26;9.
110. Vieira R, Pires PP, Cecil C, Barker E, Reis D, Couto I, et al. Family Aggression Screening Tool (FAST): Factor structure and psychometric properties of subscales. *Child Abuse Negl*. 2022 maio;127:105548.
111. Brodski SK, Zanon C, Hutz CS. Adaptação e validação do questionário sobre trauma na infância (QUESI) para amostra não clínica. *Avaliação Psicológica*. Porto Alegre; 2010. V.9, p. 495–7.
112. Brazil. Ministério da Saúde. Marco legal : saúde, um direito de adolescentes. Editora MS; 2005. 58 p.
113. The Jamovi project. jamovi. 2021 [citado 2022 out 19]. Available from: <https://www.jamovi.org>
114. GCVP GCFVP, In: World Organization Health. Violence Prevention Alliance: Conceptual Framework. 2010 [citado 2022 out 15]. Available from: <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>
115. Cater ÅK, Miller LE, Howell KH, Graham-Bermann SA. Childhood Exposure to Intimate Partner Violence and Adult Mental Health Problems: Relationships with Gender and Age of Exposure. *J Fam Violence*. 2015 out 11;30(7):875–86.
116. Stochero L, Moraes CL, Marques ES, Santos EB dos, Pacheco DL, Reichenheim ME, et al. Prevalência e coocorrência de Experiências Adversas na Infância: um inquérito de base escolar no município do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2021 set;26(9):4115–27.
117. Fiorotti KF, Amorim MHC, Lima E de FA, Primo CC, Moura MAV, Leite FMC. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2018 set 13;27(3).
118. Tarquette SR, Monteiro DLM. Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. *J Inj Violence Res*. 2019;11(2).
119. Ruel C, Lavoie F, Hébert M, Blais M. Gender's Role in Exposure to Interparental Violence, Acceptance of Violence, Self-Efficacy, and Physical Teen Dating Violence Among Quebec Adolescents. *J Interpers Violence*. 2020 ago 7;35(15–16):3079–101.
120. de Oliveira IR, Matos-Ragazzo AC, Zhang Y, Vasconcelos NM, Velasquez ML, Reis D, et al. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect: A replication and extension study in a Brazilian sample of high-risk youth. *Child Abuse Negl*. 2018 jun;80:312–23.
121. Ferreira CLS, Côrtes MCJW, Gontijo ED. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Cien Saude Colet*. 2019 nov;24(11):3997–4008.
122. Toth SL, Cicchetti D. A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. *Child Maltreat*. 2013 ago 25;18(3):135–9.

123. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2019 mar 20;43:1.
124. MHIN MHIN. Equilibrium. 2014 [citado 2022 out 1]. Available from: <https://www.mhinnovation.net/innovations/equilibrium>
125. Hino P, Takahashi RF, Nichiata LYI, Apostólico MR, Taminato M, Fernandes H. Interfaces of vulnerability dimensions in violence against children. *Rev Bras Enferm*. 2019 dez;72(suppl 3):343–7.
126. Aimé C, Paquette D, Déry M, Verlaan P. Predictors of childhood trajectories of overt and indirect aggression: An interdisciplinary approach. *Aggress Behav*. 2018 jul 25;44(4):382–93.
127. Bergamo LP, Pasian SR, Mello IL, Bazon MR. O Inventário de Potencial de Maus-tratos infantil: estudo de precisão e validade. *Avaliação Psicológica*. 2009 dez;vol.8(http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1677-04712009000300014 & lng=pt & nrm=iso):425–35.
128. Cumming MM, Poling D, Smith SW. Validation of the Anger Expression Scale for Children With Fourth and Fifth Graders: Implications for Identifying Students at Risk for Behavior Problems. *Assessment*. 2021 jul 1;28(5):1418–33.
129. Schandorph Løkkegaard S, Rønholt S, Karsberg S, Elklit A. Validation of the PTSD screening cartoon test “Darryl” in a Danish clinical sample of children and adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2017 mar;26(1):e1514.
130. Crowe A, Overstreet NM, Murray CE. The Intimate Partner Violence Stigma Scale: Initial Development and Validation. *J Interpers Violence*. 2021 ago 13;36(15–16):7456–79.
131. Heyman RE, Snarr JD, Slep AMS, Baucom KJW, Linkh DJ. Self-reporting DSM–5/ICD-11 clinically significant intimate partner violence and child abuse: Convergent and response process validity. *Journal of Family Psychology*. 2020 fev;34(1):101–11.
132. Paterno MT, Draughon JE. Screening for Intimate Partner Violence. *J Midwifery Womens Health*. 2016 maio;61(3):370–5.
133. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. *Psychol Methods*. 1999 mar;4(1):84–99.
134. ABEP. Associação nacional de empresas e pesquisas: Critério de classificação econômica do Brasil. 2013 [citado 2022 out 1]. Available from: <http://www.abep.org/>.
135. R Core Team. A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria; 2019 [citado 2022 out 2]. Available from: <https://www.R-project.org/>
136. Revelle W. Procedures for personality and psychological research [Psych]. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>. ; 2018.
137. Rosseel Y. **lavaan** : An R Package for Structural Equation Modeling. *J Stat Softw*. 2012;48(2).
138. nFactor. Parallel analysis and non graphical solutions to the Cattell Scree Test version 2.3.3.1 from CRAN (Versão R package version 2.3.3.1) [Nstall the latest version of this package by entering the following in R:]. 2010 [citado 2022 out 1]. Available from: <https://rdrr.io/cran/nFactors/>.
139. Fox J, Weisberg S. An R companion to applied regression. 3º ed. SAGE Publications, Inc; 2018. 608.
140. Epskamp S, Cramer AOJ, Waldorp LJ, Schmittmann VD, Borsboom D. qgraph : Network Visualizations of Relationships in Psychometric Data. *J Stat Softw*. 2012;48(4).

141. Harrel F. Hmisc: Harrell Miscellaneous. R package version 4.4-0. 2020 [citado 2022 out 1]. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>.
142. Torchiano M. Effsize - a package for efficient effect size computation. 2016 nov 13 [citado 2022 out 1]; Available from: <https://zenodo.org/record/1480624>
143. Revelle W, Zinbarg RE. Coefficients Alpha, Beta, Omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*. 2009 mar 11;74(1):145–54.
144. Golino HF, Demetriou A. Estimating the dimensionality of intelligence like data using Exploratory Graph Analysis. *Intelligence*. 2017 maio;62:54–70.
145. Costantini G, Epskamp S, Borsboom D, Perugini M, Mõttus R, Waldorp LJ, et al. State of the aRt personality research: A tutorial on network analysis of personality data in R. *J Res Pers*. 2015 fev;54:13–29.
146. Damásio BF, Valentini F, Núñez-Rodríguez SI, Kliem S, Koller SH, Hinz A, et al. Is the General Self-Efficacy Scale a Reliable Measure to be used in Cross-Cultural Studies? Results from Brazil, Germany and Colombia. *Span J Psychol*. 2016 maio 26;19:E29.
147. Tekwe CD, Carter RL, Cullings HM, Carroll RJ. Multiple indicators, multiple causes measurement error models. *Stat Med*. 2014 nov 10;33(25):4469–81.
148. Tabachnick BG, Fidell LG, Ullman JB. Using multivariate statistics. Vol. Vol.5. Boston, MA: pearson; 2007. 481–498 p.
149. Osborne JW, Fitzpatrick DC. Replication Analysis in Exploratory Factor Analysis: What it is and why it makes your analysis better. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 2012;v.17.
150. Rodriguez CM, Silvia PJ, Lee SJ, Grogan-Kaylor A. Assessing Mothers' Automatic Affective and Discipline Reactions to Child Behavior in Relation to Child Abuse Risk: A Dual-Processing Investigation. *Assessment*. 2022 out 10;29(7):1532–47.
151. Moon KY, Lee SYI, Lee AR, An KY, Jung KS, Paek KI, et al. Perception of Child Abuse and Child Disciplinary Practice among Adults Abused as Children: Comparison to General Population. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2019 abr 1;30(2):57–65.
152. Möller EL, Majdandžić M, de Vente W, Bögels SM. The Evolutionary Basis of Sex Differences in Parenting and Its Relationship with Child Anxiety in Western Societies. *J Exp Psychopathol*. 2013 Maio 27;4(2):88–117.
153. Donovan KL, Brassard MR. Trajectories of maternal verbal aggression across the middle school years: Associations with negative view of self and social problems. *Child Abuse Negl*. 2011 out;35(10):814–30.
154. Pinheiro Gawryszewski V, de Oliveira Valencich DM, Vieira Carnevalle C, Francisco Marcopito L. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)*. 2012 nov;58(6):659–65.
155. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2016 mar;21(3):871–80.
156. Sharratt K, Mason SJ, Kirkman G, Willmott D, McDermott D, Timmins S, et al. Childhood Abuse and Neglect, Exposure to Domestic Violence and Sibling Violence: Profiles and Associations With Sociodemographic Variables and Mental Health Indicators. *J Interpers Violence*. 2022 abr 21;088626052210905.
157. Aquino EV de O, Ataíde BDG, Oliveira IA de, Lima BMY, Machado HCP, Faria MRGV de. Fatores socioeconômicos e saúde de crianças em contexto de violência. *Aletheia*. 2021;54(1).
158. Brasil. Presidência da República. Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes. Brasília, DF:

- Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública;
São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. 87p.
159. Lawrenz P, Cortelletti Z, Around T de CJ, Foschiera LN, Habigzang LF. Estilos, práticas ou habilidades parentais: como diferenciá-los? *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2020;vol.16(n.1):02–9.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais/responsáveis, seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado,” com objetivo de saber se um novo programa de treinamento pode mudar o comportamento de seu filho (a) fazendo que ele possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle de impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas. Queremos saber se este treinamento pode ser positivo para o seu filho (a).

Esse programa faz parte de atividades de ensino, pesquisa e extensão, no intuito de formar profissionais qualificados para este tipo de intervenção voltada para a educação. Assim, as atividades visam, além de intervir nas dificuldades dos adolescentes, auxiliar na produção de conhecimentos. As informações destes encontros serão armazenadas com cuidado e vamos rever e publicar. Os dados pessoais de seu filho não serão revelados. Todos os dados serão guardados de forma segura. Qualquer publicação que venha a ser feita não incluirá nomes ou dados que identifiquem seu filho.

A participação de seu filho (a) é voluntária, e ele não terá nenhum custo. Seu filho (a) não receberá pagamento para participar. Caso não deseje que seu filho(a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este documento. Além disso, você poderá retirar seu consentimento de participar deste projeto em qualquer momento, não havendo prejuízo para seu filho (a) ou para você, caso deseje fazê-lo.

Os riscos desta pesquisa para seu filho(a) são mínimos, podendo ele(a) se sentir cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento.

A pesquisa acontecerá em sala de aula e os encontros acontecerão uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres letivos e terão em média cinquenta minutos de duração. Ao todo, vão ser 18 encontros, de acordo com o sorteio, com dois encontros extras para a aplicação dos questionários necessários para a avaliação deste programa. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão do Dr. Irismar Reis de Oliveira, professor da Universidade Federal da Bahia.

Você e seu filho(a) serão convidados(as) a responder um conjunto de questionários para medir ansiedade, depressão, estresse, traumas e qualidade de vida. Caso tenha alguma dúvida, o Prof. Irismar Reis de Oliveira ou a Dra. Mônica Gonçalves Ribeiro, coordenadora de estudos, estarão à sua disposição para os esclarecimentos. Você também pode solicitar maiores informações durante os atendimentos através do telefone (71) 3241-7154, ou ainda via e-mail airismar.oliveira@uol.com.br.

Se houver qualquer necessidade de mais esclarecimentos sobre o estudo ou sobre a equipe que está atendendo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, endereço: Rua do Limoeiro, nº 137-Nazaré- CEP 40055-150-Salvador-Bahia - Tel. (71) 3283-9275 - email:cepmco@gmail.com.

Você vai receber uma cópia deste documento que explica o projeto e seus direitos.

Assinatura do Responsável

____/____/____
Data

Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento

____/____/____
Data

APÊNDICE B – Termo de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado”. Nesta pesquisa, vamos descobrir se um novo programa de treinamento pode mudar o seu comportamento fazendo com que você possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle sobre seus impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas.

A pesquisa vai acontecer em sala de aula uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres da escola. Estes encontros duram mais ou menos cinquenta minutos. Ao todo, vão ser 18 encontros e mais dois encontros extras para responder uns questionários sobre ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. Estes questionários são importantes para saber se o programa está dando certo. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não vai pagar ou receber dinheiro para participar desta pesquisa. Você pode tirar dúvidas a qualquer momento, está livre para parar de participar ou não participar deste treinamento. Se você quiser sair, não tem problema e isto não vai ter nota ou repreensão. O que você fizer ou responder só vai ficar com você e o pesquisador, ninguém mais vai saber o que você respondeu ou fez. Durante a pesquisa você pode ficar cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento, mas nós faremos o possível para que isto não aconteça.

Você vai receber uma cópia deste documento após ter tido a oportunidade de ler e esclarecer as suas dúvidas.

Assinatura do (a) menor

____/____/____
Data

Nome e assinatura da pessoa que realizou o
processo de consentimento

____/____/____
Data

APÊNDICE C - Questionário estruturado

Por favor, leia com atenção e responda todas as questões. Não mostre suas respostas a ninguém. Seja o mais sincero (a) que puder. Ninguém terá acesso a elas. Ao final, colocaremos suas respostas em um envelope e só nós, os pesquisadores, as leremos.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Sexo: () Feminino () Masculino.

Data de nascimento ____/____/____

Telefone para contato _____

Série que estuda _____ Período: () Manhã; () Tarde.

Qual é sua cor ou raça?

- 1- () negra; 2 - () branca; 3 - () amarela; 4 - () parda; 5 - () indígena.

Com quem você mora? Por favor, marque o item que mostra com quem você mora a maior parte do tempo.

- 1- () Minha mãe e meu pai
 2- () Minha mãe e seu novo companheiro ou marido;
 3- () Meu pai e sua nova companheira ou esposa;
 4- () Minha mãe;
 5- () Parentes ou amigos;
 6- () Outro, por favor explique:

Quantos irmãos e irmãs você tem?

Tenho _____ irmãos;

Tenho _____ irmãs.

Você tem uma cama só para você?

() Sim; () Não.

As questões a seguir são sobre você e sua vida. As respostas são **confidenciais** e as informações não serão mostradas a ninguém, nem na escola, nem a seus pais, nem a qualquer outra pessoa que não sejam os pesquisadores.

Ferir-se a si mesmo

A. Você teve pensamentos sobre ferir-se, nos **últimos 6 meses**, mesmo que não tenha intenção de fazê-lo?

0 - () Absolutamente não; 1 - () Uma ou duas vezes; 2 - () Três vezes ou mais

B. Você já se feriu de propósito de alguma forma (por exemplo, tomando superdosagem de comprimidos ou se cortando), **nos últimos 6 meses**?

0 - () Absolutamente não; 1 - () Uma vez; 2 - () Duas vezes ou mais

Uso de álcool

(continua)

(continuação)

C. Marque o item que descreve seu uso de álcool nos **últimos 6 meses**.

- 0 - () Nunca tomei bebida alcoólica;
- 1 - () Tomei bebida alcoólica uma ou duas vezes;
- 2 - () Tomei bebida alcoólica mais de 2-4 vezes por mês;
- 3 - () Tomei bebida alcoólica mais de uma vez por semana.

Uso de maconha

D. Marque o item que descreve seu uso de maconha nos **últimos 6 meses**.

- 0 - () Nunca fumei maconha;
- 1 - () Fumei maconha uma ou duas vezes;
- 2 - () Fumei maconha mais de 2-4 vezes por mês;
- 3 - () Fumei maconha mais de uma vez por semana.

Uso de outras drogas

E. Marque o item que descreve seu uso de outras drogas (por exemplo, anfetaminas, LSD, Ecstasy, cocaína, cola, crack, heroína etc.) nos **últimos 6 meses**.

- 0 - () Nunca usei nenhuma dessas drogas;
- 1 - () Usei alguma dessas drogas uma ou duas vezes;
- 2 - () Usei alguma dessas drogas mais de 2-4 vezes por mês;
- 3 - () Usei alguma dessas drogas mais de uma vez por semana.

Bullying

F. No **último semestre escolar**, com que frequência você sofreu bullying (por exemplo, verbalmente como ter sofrido pirraça ou gozação; ou fisicamente como ter sido agredido ou ameaçado)?

- 0 - () Não sofri bullying;
- 1 - () Uma ou duas vezes;
- 2 - () Duas ou três vezes por mês;
- 3 - () Cerca de uma vez por semana;
- 4 - () Várias vezes por semana.

G. No **último semestre escolar**, com que frequência você participou de bullying (verbal ou fisicamente) sobre outros estudantes?

- 0 - () Não pratiquei bullying sobre outros estudantes;
- 1 - () Uma ou duas vezes;
- 2 - () Duas ou três vezes por mês;
- 3 - () Cerca de uma vez por semana;
- 4 - () Várias vezes por semana.

APÊNDICE D – Instruções para o uso da FAST – Versão original reduzida adaptada

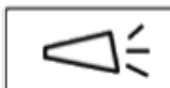
Instruções para Uso do FAST- VERSÃO ORIGINAL REDUZIDA

Estes desenhos mostram diferentes tipos de agressão que podem acontecer em casa. Gostaríamos de saber se algum desses tipos aconteceu entre você e os adultos em sua casa enquanto você crescia.

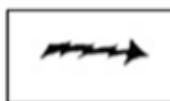
Nos desenhos abaixo, você verá:



Um coração - isto significa que havia sentimentos de mágoa em casa (como dizer ou fazer coisas más)



Um alto-falante - isto significa que havia agressão verbal em casa - (como gritar, ameaçar e xingar)



Uma seta - isto significa que havia agressão física em casa (como bater, espancar ou alguma coisa pior)

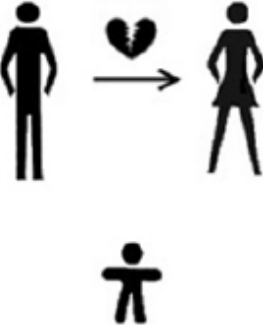
Aqui está um exemplo

Este desenho mostra um pai (ou um homem adulto) sendo verbalmente agressivo com uma mãe (ou com uma mulher adulta). Tom (a pessoa que está preenchendo este questionário) se lembra que isto aconteceu enquanto ele crescia, e marcou a opção **SIM**. Pergunta-se então a Tom se isto já acabou e ele marca a opção **SIM**, porque isto não está mais acontecendo. Finalmente, pede-se a Tom para escolher um número na linha que melhor descreve com que frequência este tipo de agressão acontecia, de nunca a muito. Ele então circula o número **3** porque isso acontecia **menos do que às vezes**.

• Isso já aconteceu? Sim Não
 • Isso já acabou? Sim Não
 • Com que frequência isso acontecia?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca Às Vezes Muito

Agora, olhe cada um dos desenhos depois deste exemplo. Veja para quem os corações, os alto-falantes e as setas estão apontando. E veja se você se lembra se isso acontecia em sua casa enquanto você crescia. Se você não se lembra disso acontecendo, você pode marcar a opção **NÃO** e passar para o próximo desenho.

Questionário FAST – Versão Curta e Original

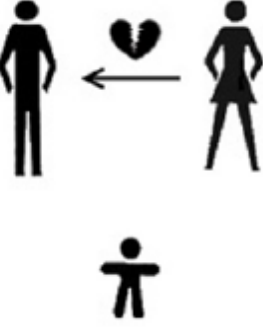


▪ Isso já aconteceu? Sim Não

▪ Isso já acabou? Sim Não

▪ Com que frequência isso acontecia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes						Muito	



▪ Isso já aconteceu? Sim Não


▪ Isso já acabou? Sim Não

▪ Com que frequência isso acontecia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes						Muito	

(Continua.)

(continuação)

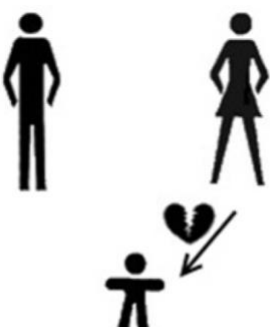


▪ Isso já aconteceu? Sim Não

▪ Isso já acabou? Sim Não

▪ Com que frequência isso acontecia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes				Muito			



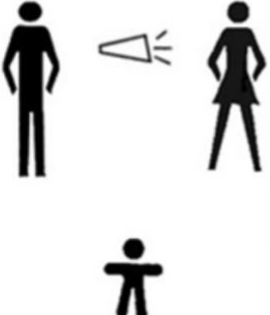
▪ Isso já aconteceu? Sim Não

▪ Isso já acabou? Sim Não

▪ Com que frequência isso acontecia?

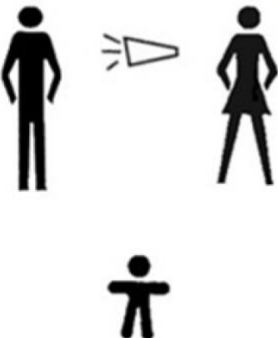
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes				Muito			

(continuação)



- Isso já aconteceu? Sim Não
- Isso já acabou? Sim Não
- Com que frequência isso acontecia?


1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes						Muito	




- Isso já aconteceu? Sim Não
- Isso já acabou? Sim Não
- Com que frequência isso acontecia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes						Muito	

(continuação)

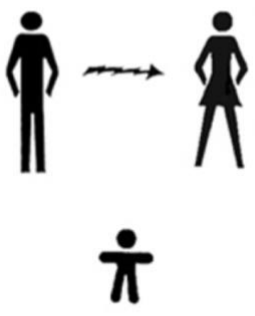


- Isso já aconteceu? Sim Não
- Isso já acabou? Sim Não
- Com que frequência isso acontecia?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Às vezes Muito



- Isso já aconteceu? Sim Não
- Isso já acabou? Sim Não
- Com que frequência isso acontecia?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Às vezes Muito

(continuação)

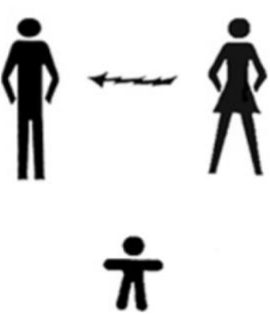


▪ Isso já aconteceu? Sim Não

▪ Isso já acabou? Sim Não

▪ Com que frequência isso acontecia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes						Muito	




▪ Isso já aconteceu? Sim Não

▪ Isso já acabou? Sim Não

▪ Com que frequência isso acontecia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes						Muito	

(continuação)




▪ Isso já aconteceu? Sim Não

▪ Isso já acabou? Sim Não

▪ Com que frequência isso acontecia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes						Muito	



▪ Isso já aconteceu? Sim Não

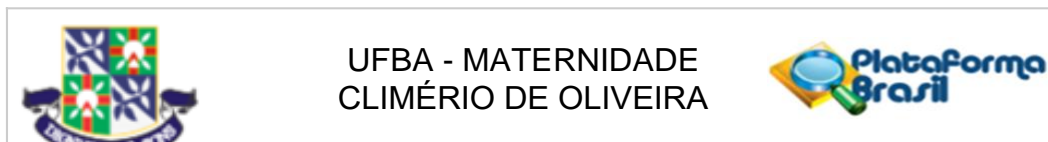
▪ Isso já acabou? Sim Não

▪ Com que frequência isso acontecia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca		Às vezes						Muito	

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática:

Versão: 14

CAAE: 42264315.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.024.360

Apresentação do Projeto:

O investigador solicita a inclusão da Doutoranda Daniela Maria Ladeira Reis. Desde o ano de 2016 a mesma desenvolve a função de pesquisadora, conduzindo os treinamentos teóricos realizados em grupo, aplicando questionários entre alunos e pais de alunos, além de participar de treinamentos em sala de aula, como terapeuta. Participa ainda da coleta e análise de dados no projeto de pesquisa acima aludido.

ADEQUADO

Objetivo da Pesquisa:

Não mudam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não mudam.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Temo de anuência e sigilo anexado.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA



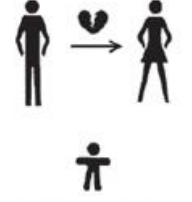
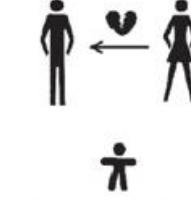
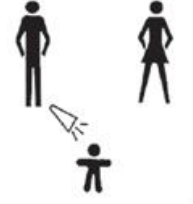
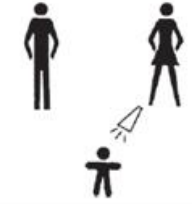
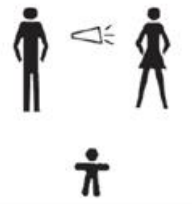
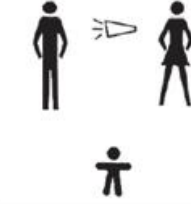


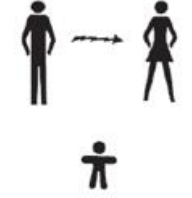
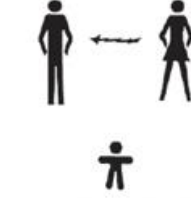
Município: SALVADOR

CEP: 40.055-150

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br

ANEXO B – Escala original: Family Aggression Screening Tool by Cecil (2015)

	Victimization ^a		Exposure to intimate partner violence (IPV) ^b	
	Adult male → Child	Adult female → Child	Adult male → Adult female	Adult female → Adult male
Emotional hurt	FAST Subscale 1. Emotional victimization		FAST Subscale 4. Exposure to Emotional IPV	
				
Verbal aggression	FAST Subscale 2. Verbal victimization		FAST Subscale 5. Exposure to Verbal IPV	
				
Physical aggression	FAST Subscale 3. Physical victimization		FAST Subscale 6. Exposure to Physical IPV	
				

Note. Layout of pictorial representations included in the Family Aggression Screening Tool and corresponding subscales.

Note. FAST = Family Aggression Screening Tool.

^aVictimization subscales are created by summing the “Adult male → Child” and “Adult female → Child” items for each form of aggression. ^bIPV exposure subscales are created by summing the “Adult male → Adult female” and “Adult female

→ Adult male” items for each form of aggression.

ANEXO C – Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI)

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

