

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

“Aspectos metodológicos relacionados a um estudo sobre a violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade do recém-nascido”

Claudia Leite Moraes

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutora em
Ciências na área de Saúde Pública

Orientadores: Prof. Dr. Cláudio José Struchiner
Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim

Rio de Janeiro, abril de 2001

Aspectos metodológicos relacionados a um estudo sobre a violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade do recém-nascido

Claudia Leite Moraes

Tese submetida ao corpo docente da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutora em Ciências na área de Saúde Pública.

Aprovada por:

Prof^a. Lilia Blima Schraiber

Prof. Eduardo Faerstein

Prof^a. Simone Gonçalves de Assis

Prof. Luiz Antonio Bastos Camacho

Prof. Michael Eduardo Reichenheim

Prof. Cláudio José Struchiner

Rio de Janeiro
2001

À Mariana e Gabriel, parceiros na busca por uma relação de amor e respeito entre pais e filhos.

À minha avó Clélia Colucci de Moraes, com muitas saudades.

À todas as mulheres e crianças que ainda vivenciam a violência em seus lares.

Para que algum dia estas experiências não mais se repitam...

“Ficava sem se alimentar durante dois ou três dias trancada em casa. Só sentia vontade de morrer e muitas dores por causas das brigas... Não deixava meu marido porque não tinha para onde ir e tenho um filho pequeno”

(depoimento de B.A.S., 21 anos)

“O meu filho mais velho tocou fogo na casa durante a minha gravidez. Agora estou morando numa pequena construção de madeira em frente do que sobrou da casa.”

(depoimento de A.C.A.C., 22 anos)

“Quando estava nervosa por causa das brigas, acabava descontando no bebê, pois muitas vezes batia com a barriga na pia para afetar o bebê...”

(depoimento de R.G., 34 anos)

“Ele era extremamente ciumento, não me deixava falar com ninguém... Essas marcas roxas aqui foram feitas por ele um dia antes do neném nascer...”

(depoimento de A.V.S., 30 anos)

“O companheiro usa droga e a violentou durante toda a gravidez... A questão da violência é tão cronicada na vida desta mulher que, por vezes, ela ria ao falar... Levou a entrevista na maior naturalidade, sem alteração visível do humor ou atitude. Para ela, tudo parecia muito natural...”

(registro de uma das entrevistadoras após entrevista com S.C.S., 27 anos)

“A mãe não tem parentes no Rio de Janeiro. O companheiro atual é casado e ela se acomodou na posição de amante. Depois que engravidou começou a apanhar dele. Vive sozinha e resolveu ter o filho para ajuda-la a sair da solidão.”

(registro de uma das entrevistadoras após entrevista com V.P.J., 25 anos)

AGRADECIMENTOS

Ao Michael Eduardo Reichenheim, muito mais do que orientador acadêmico, pelo exemplo de cuidado e seriedade no processo de investigação científica, disponibilidade, apoio e incentivo em todos os momentos do trabalho e pela parceria em tantas emoções experimentadas ao longo do doutorado.

Ao amigo e orientador Cláudio José Struchiner pelo incentivo inicial e confiança depositada em nosso trabalho durante todo o processo.

À Maria Helena Hasselmann, grande amiga e uma das mentoras do Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar, que com sua empolgação foi uma das responsáveis pelo meu engajamento no Programa e no time dos que batalham por uma sociedade sem violência.

À amiga Alba Zaluar, coordenadora do Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI/IMS/UERJ), por ter liderado a formação do Núcleo, possibilitando a captação de uma parte dos recursos que viabilizaram a realização da pesquisa e, principalmente, pelo exemplo de engajamento na luta por um mundo mais justo.

Às amigas Alessandra Veggi, Fernanda Faria de Almeida, Isabella Mota Rezende, Joelma Castro e Juliana Kunisawa, entrevistadoras da pesquisa, que com sua dedicação, entusiasmo e sensibilidade permitiram a coleta de informações tão delicadas e pessoais, principais ingredientes deste trabalho.

Aos amigos Mário Marques, Hebe Signorine e demais membros do Ambulatório da Família do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ) por terem sido exemplos concretos da possibilidade de um trabalho interdisciplinar integrado e respeitoso na atenção às famílias vítimas de violência.

Às amigas e pesquisadoras Bárbara Musumeci Soares e Simone Gonçalves de Assis, pela grande ajuda nas etapas de adaptação dos instrumentos de aferição para a captação da violência familiar.

Aos colegas Alexandre Castro, Claudia Maria Camelo, Silvia Regina Nunes Constancio e Vitor Melo Netto, pelo cuidadoso trabalho de digitação dos questionários e Márcia Luiza dos Santos, pela ajuda na elaboração do banco de dados.

À Direção das maternidade Praça XV, Carmela Dutra e Instituto da Mulher Fernando Magalhães pelo apoio irrestrito em todas as fases do trabalho de campo.

Às Instituições de fomento Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Rio de Janeiro (FAPERJ) que apoiaram financeiramente a pesquisa.

À Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) pela bolsa de estudos ao longo do curso que permitiu a minha dedicação integral ao Doutorado.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), particularmente aos Drs. Luís Tenório, ex-diretor do DESSAUDE e Jacques Canavarros, chefe da DISCAM, que concordaram com o meu afastamento temporário para realização do Doutorado.

Aos colegas do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da UERJ pelo apoio e incentivo durante a jornada.

Aos meus pais Jonir Colucci de Moraes e Carmem Leite Moraes e minha irmã Maria Carmem Leite Moraes que sempre me incentivaram e ajudaram em tantas situações ao longo do trabalho.

À Mariana e Gabriel, filhos tão queridos, por serem responsáveis pelas maiores alegrias da minha vida e por terem estado sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis do processo.

Ao Márcio da Costa, companheiro em tantas jornadas e um dos grandes incentivadores desta empreitada.

Aos queridos Alyrio, Maria e Márcia da Costa pela compreensão e apoio ao longo de todo o processo e por dividirem conosco de forma tão carinhosa o cuidado das crianças.

À Mônica Alegre de Lima Pinho, amiga de todas as horas, pelo incentivo no momento mais difíceis.

Ao amigo João Gregório Oliveira Jr. pela “ajuda operacional” e estímulo constante ao longo da elaboração da tese.

À Joaciara dos Santos Lima da Cruz e Ana Maria Gomes Ribeiro, que com seu carinho com as crianças e com nossa casa permitiram que me ausentasse nos momentos necessários com o coração menos apertado.

À Lúcia Meres pela ajuda nos momentos mais nebulosos do processo.

À todas as mães entrevistadas, que tantas vezes nos emocionaram com seus depoimentos e nos incentivaram a continuar na luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

E a todos os demais que participaram e contribuíram conosco direta ou indiretamente ao longo desta jornada.

RESUMO

Esta tese concerne importantes aspectos metodológicos aninhados a um programa de investigação que estuda as possíveis relações entre a ocorrência de violência familiar durante gestação e a prematuridade do recém-nascido. O desenvolvimento do programa é motivado pela crescente importância da violência na família no perfil de morbimortalidade em diferentes partes do mundo e pela escassez de estudos sobre o tema em nosso meio, principalmente no que tange às pesquisas que abordam as conseqüências do processo na saúde materno-infantil.

Seguindo uma compreensiva introdução a respeito do problema e uma justificativa detalhada para os estudos desenvolvidos para esta tese (capítulo I), o segundo capítulo apresenta, na íntegra, os artigos correspondentes. O primeiro oferece um quadro abrangente sobre literatura relacionada à violência familiar, inclusive sugerindo uma tipologia de classificação. Ênfase é dada aos estudos que lidam especificamente com as conseqüências da violência familiar na saúde de crianças e adolescente.

O segundo projeto concerne à avaliação da confiabilidade e validade de critério do escore *New Ballard*, atualmente preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria para a estimação da idade gestacional do recém-nascido na ausência de informações sobre a data da última menstruação e ultra-sonografia.

Diante da insuficiência de instrumentos de aferição em português para a identificar violência na família, os demais estudos visam a avaliação da equivalência trans-cultural entre instrumentos concebidos originalmente em outros idiomas e versões adaptadas para o uso no Brasil. Os instrumentos estudados são o *Abuse Assessment Screen – AAS* (McFarlane et al., 1992), utilizado para a detecção de violência contra a mulher grávida, e o *Revised Conflict Tactics Scales – CTS2* (Straus et al., 1996), empregado na constatação de violência entre casais. Diferentes etapas do processo de adaptação são exploradas. Dois estudos envolvem a avaliação de equivalência conceitual, de itens e semântica entre os originais em inglês e as respectivas versões. O último estudo avalia as propriedades psicométricas da *CTS2*, especificamente em relação à confiabilidade intra-observador, consistência interna e validade de constructo.

O terceiro e último capítulo da tese oferece uma discussão geral sobre a importância de instrumentos válidos e confiáveis no âmbito da epidemiologia. O capítulo conclui apresentando os desdobramentos em termos de estudos e projetos que se seguirão.

Palavras-chave: violência na família; questionário; tradução; confiabilidade e validade; trabalho de parto prematuro.

ABSTRACT

This thesis is concerned with the methodological aspects arising from a Research Program studying the relationship of family violence during pregnancy and premature childbirth. The Program, as such, is motivated by the increasing recognition of the worldwide importance of family violence vis-à-vis morbidity and mortality and the scarceness of research in our midst, especially with regards to investigations about its consequences on maternal and child health.

Following a comprehensive introduction to the problem and a thorough justification for the studies involved (chapter I), the second chapter of the thesis presents the related papers. The first offers a broad picture of the literature on family violence, suggesting a typology for classification. Emphasis is given to those studies specifically dealing with the consequences of family violence on the health of children and adolescents.

The second project concerns the assessment of reliability and criterion validity of the *New Ballard* score, an instrument currently recommended by the *Brazilian Pediatric Society* for estimating gestational age in the absence of information either on the last menstrual period or from ultrasonography.

Recognizing an undue paucity of suitable instruments in Portuguese to assess family violence, the other three studies are concerned with the appraisal of cross-cultural equivalence of instruments originally conceived in foreign languages and adapted versions for use in Brazil. The instruments studied are the *Abuse Assessment Screen – AAS* (McFarlane et al., 1992) used to detect abuse against pregnant women and the *Revised Conflict Tactics Scales – CTS2* (Straus et al., 1996) employed to assess violence between couples. Different steps of the adaptation process are explored. Two studies involve the evaluation of conceptual, item and semantic equivalence between the originals in English and the respective Portuguese versions. The last study assesses the psychometric properties of the *CTS2*, specifically with regards to intra-observer reliability, internal consistency and construct validity.

The third and last chapter of the thesis offers a general discussion on the importance of valid and reliable measurements in epidemiology and concludes with an overview of the ensuing studies and projects.

Keywords: family violence; questionnaires; translations; reliability and validity; prematurity.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
I. INTRODUÇÃO	4
1.1. A violência familiar como um dos componentes da morbi-mortalidade de crianças, adolescentes e mulheres	4
1.1.1. Violência doméstica ou violência familiar: algumas considerações conceituais	4
1.1.2. A participação da violência familiar no perfil das “causas externas”	5
1.1.3. Violência na família: um dos fatores de risco para a prematuridade do recém-nascido?	7
1.2. A questão da aferição nos programas de investigação da prematuridade e violência familiar: entraves e propostas.....	10
1.2.1. O diagnóstico de prematuridade	10
1.2.2. Identificando a violência familiar durante a gestação.....	11
1.2.3. Adaptação transcultural de instrumentos elaborados em outras culturas.....	14
1.3. Justificativas	16
1.4. Objetivos	20
1.4.1. Objetivo geral	20
1.4.2. Objetivos específicos.....	21
II. ARTIGOS.....	22
2.1. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação	22
2.1.1. Resumo	22
2.1.2. Abstract	22
2.1.3. Introdução.....	23
2.1.4. Uma tipologia dos estudos da área de violência familiar.....	26
2.1.5. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança	27
2.1.6. Elo entre as informações geradas por investigações sobre as conseqüências da violência familiar e ações sanitárias	34
2.1.7. Considerações finais.....	37
2.1.8. Referências bibliográficas (artigo 1).....	39
2.2. Validade do exame clínico do recém-nascido para a estimação da idade gestacional: uma comparação do escore <i>New Ballard</i> com a data da última menstruação e ultra-sonografia	45
2.2.1. Resumo	45
2.2.2. Abstract	45
2.2.3. Introdução.....	46

2.2.4.	Método.....	48
2.2.5.	Resultados.....	52
2.2.6.	Discussão.....	56
2.2.7.	Referências bibliográficas (Artigo 2).....	61
2.3.	Equivalência semântica da versão em português do instrumento AAS usado no rastreamento de violência contra a mulher grávida	65
2.3.1.	Resumo.....	65
2.3.2.	Abstract	65
2.3.3.	Introdução.....	66
2.3.4.	Material e métodos	68
2.3.5.	Resultados.....	69
2.3.6.	Discussão.....	76
2.3.7.	Agradecimentos.....	78
2.3.8.	Referências bibliográficas (artigo 3).....	78
2.4.	Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar a violência entre casais	80
2.4.1.	Resumo.....	80
2.4.2.	Abstract	80
2.4.3.	Introdução.....	81
2.4.4.	Procedimentos e métodos	83
2.4.5.	Resultados.....	86
2.4.6.	Discussão.....	93
2.4.7.	Agradecimentos.....	98
2.4.8.	Referências Bibliográficas (artigo 4).....	98
2.5.	Psychometric properties of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence between couples	101
2.5.1.	Abstract	101
2.5.2.	Introduction	102
2.5.3.	Methods	103
2.5.4.	Results	107
2.5.5.	Discussion.....	114
2.5.6.	Acknowledgments	119
2.5.7.	References (artigo 5)	120
III.	DISCUSSÃO E DESDOBRAMENTOS.....	125
IV.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131

ANEXOS	142
A.1. O trabalho de campo do estudo principal: captando as informações utilizadas na apreciação da equivalência transcultural da CTS2.....	143
A.2. Estimadores utilizados para a análise de dados nos artigos 2 e 5 apresentados, respectivamente, nas seções 2.2 e 2.5	145
A.2.1. Apreciação da confiabilidade e validade	145
A.2.2. Análise de fatores	153
A.3. Formulários (índice)	Erro! Indicador não definido.
A.3.1. Formulário do estudo principal (incluindo instrumento AAS)	156
A.3.2. CTS1	182
A.3.3. CTS2.....	184
A.3.4. CTSPC.....	190
A.3.5. Instrumento <i>New Ballard</i> para avaliação da idade gestacional do recém-nascido.....	194
A.3.6. Formulário usado no estudo sobre a confiabilidade e validade do escore <i>New Ballard</i> (artigo 2, seção 2.2)	195
A.3.7. Manuais de instrução do questionário principal e CTSs.....	199

APRESENTAÇÃO

Esta tese concerne cinco subprojetos ligados à vertente metodológica de um estudo caso-controle sobre violência familiar na gestação como um fator de propensão à prematuridade do recém-nascido (estudo principal), atualmente em desenvolvimento pelo Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar (PIEVF). O PIEVF integra o rol de investigações do NUPEVI (Núcleo de Pesquisa das Violências), sediado no Instituto de Medicina Social da UERJ e que congrega também grupos de pesquisa de outros estados.

Como detalhado adiante, o primeiro dos subprojetos teve como objetivo realizar um mapeamento dos programas de investigação na área de violência familiar e propor uma tipologia para classificação dos estudos concentrada, principalmente, naqueles que abordavam as conseqüências da violência familiar na saúde da criança e adolescente. O conhecimento gerado subsidiou a discussão sobre a pertinência do estudo principal e o estágio de desenvolvimento das pesquisas que exploram as relações entre violência durante a gestação e prematuridade (artigo 1).

Uma vez detectado que uma das principais lacunas dessas investigações consiste na heterogeneidade das estratégias utilizadas para estimação da idade gestacional e na insuficiência de estudos que avaliem a qualidade dos procedimentos utilizados, partiu-se para o segundo subprojeto. Este visou o estabelecimento de uma estratégia eficaz para a identificação dos prematuros que comporiam o grupo de casos do estudo principal. Em função da freqüente utilização de procedimentos baseados no exame clínico dos recém-nascidos em situações de ausência de informações sobre a data da última menstruação (DUM) e ultrasonografia (USG), optou-se por realizar uma ampla revisão da literatura sobre a validade das escalas habitualmente utilizadas. Diante da recomendação do escore *New Ballard* (Ballard et al., 1991) pela Sociedade Brasileira de Pediatria e da insuficiência de estudos que abordassem sua capacidade diagnóstica, optou-se por avaliar a validade de critério e confiabilidade dessa escala *vis-a-vis* os métodos diagnósticos de primeira linha - USG e DUM (artigo 2).

As dificuldades para identificação da ocorrência de violência na família e a insuficiência de instrumentos de aferição em português previamente validados também foram detectados a partir da revisão bibliográfica realizada. Deu-se início, então, aos três subprojetos subseqüentes. Os dois primeiros envolveram uma revisão específica sobre os programas de investigação na área de aferição da violência familiar para identificar os instrumentos de uso freqüente na literatura de referência e alvo de avaliações robustas de confiabilidade e validade. Dentre os diferentes formulários apreciados, optou-se por utilizar no estudo principal o *Abuse Assessment Screen – AAS* (McFarlane et al., 1992a), elaborado

especificamente para o rastreamento da violência durante a gestação e as *Revised Conflict Tactics Scales – CTS2* (Straus et al., 1996), instrumento multidimensional utilizado para a identificação de violência entre o casal. Implementou-se, então, um processo de adaptação transcultural dos mesmos e o desenvolvimento de versões a serem utilizadas no estudo principal e demais pesquisas epidemiológicas abordando o tema em nosso meio. Como detalhado adiante, esta adaptação seguiu o roteiro proposto por Herdman et al (1998) e envolveu particularmente a avaliação da equivalência conceitual, de itens e semântica entre as versões em português e o instrumento original em inglês (artigos 3 e 4). No quinto e último subprojeto avaliou-se as propriedades psicométricas - confiabilidade intra-observador, consistência interna e validade de constructo - da versão em português da *CTS2*, através de sua aplicação às 768 mulheres entrevistadas no estudo principal (artigo 5).

A adaptação transcultural de instrumentos na área de violência familiar também contemplou a *CTSI* (Straus, 1979) e *CTSPC* (Straus et al., 1998). A equivalência entre a *CTSI* original e sua versão em português já estava sendo avaliada formalmente pelo PIEVF. Já a adaptação da *CTSPC* foi realizada simultaneamente à *CTS2*. Porém, como ainda não se apreciou a equivalência de mensuração entre esta e o original, os resultados do processo somente serão divulgados nos próximos meses, não fazendo parte deste trabalho.

A tese apresenta os principais resultados e discussões inerentes a cada um dos subprojetos. O primeiro capítulo (Introdução) fornece um pano de fundo para a discussão dos artigos, contextualizando a importância e pertinência do desenvolvimento de programas de investigação epidemiológicos que enfoquem as conseqüências da violência familiar na saúde materno-infantil. Inicialmente são apresentadas algumas definições conceituais e as estatísticas disponíveis que estimam a magnitude do fenômeno, caracterizando-o como um importante problema de saúde pública. A seguir se oferece um breve resumo do estágio dos programas de investigação sobre violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade, destacando os principais achados e lacunas apontados pela literatura de referência (seção 1.1).

Subseqüentemente, destaca-se a importância da qualidade dos processos de aferição em estudos epidemiológicos, focalizando especificamente questões relacionadas à aferição das principais variáveis de interesse do estudo de fundo (seção 1.2). Faz-se um breve relato sobre as estratégias diagnósticas utilizadas nos estudos sobre prematuridade (seção 1.2.1), violência familiar (seção 1.2.2) e algumas questões envolvidas com a adaptação de instrumentos elaborados em outras línguas e contextos culturais (seção 1.2.3). As seções 1.3 e 1.4 apresentam, respectivamente, as justificativas e objetivos da tese.

O capítulo II é composto pelos cinco artigos, em sua íntegra, elaborados a partir dos subprojetos anunciados acima. Foram introduzidas algumas notas de rodapé remetendo o leitor aos Anexos A.1 a 0 onde se encontram a descrição de alguns pormenores do trabalho de campo, discussões mais aprofundadas de aspectos metodológicos pertinentes, bem como os formulários utilizados nos diferentes subprojetos da tese. Os artigos também foram editados visando uma uniformização da diagramação.

O capítulo de Discussão e Desdobramentos (Capítulo III) expõe aspectos gerais concernentes ao programa de investigação como um todo, ressaltando a importância das questões relacionadas ao processo de aferição para se alcançar a validade em estudos epidemiológicos. Além disso, possíveis desdobramentos da pesquisa no âmbito do PIEVF são apontados. O quinto e último capítulo da tese apresenta a bibliografia utilizada nos capítulos I e III.

No final da tese, encontra-se um disquete com a produção do PIEVF relacionada ao estudo principal e aos subprojetos desenvolvida ao longo do período de doutoramento.

I. INTRODUÇÃO

1.1. A violência familiar como um dos componentes da morbi-mortalidade de crianças, adolescentes e mulheres

1.1.1. Violência doméstica ou violência familiar: algumas considerações conceituais

Apesar da ampla utilização do termo violência doméstica, observa-se na literatura de referência e nos documentos elaborados por diferentes instituições que se debruçam sobre o tema, uma grande variedade de definições que são consequência da escolha de eixos distintos para a caracterização do ato violento e das diferentes correntes teóricas que fomentam esta discussão. A primeira dificuldade é a demarcação do que cabe sob o termo “doméstica” de qualificação da violência. Segundo Soares (1997), se escolhermos os critérios de consangüinidade entre indivíduos que coabitam um mesmo domicílio, estaremos excluindo namorados(as), vizinhos(as), amantes, agregados(as), empregados domésticos e outros indivíduos que tenham contato rotineiro com a privacidade e intimidade da família. Se acrescentamos ao critério de consangüinidade os de intimidade ou co-habitação, o termo violência familiar passa a abranger uma rede mais ampla de relações.

A mesma dificuldade é observada na definição de ato violento. De um modo geral, os critérios utilizados para a caracterização da violência se baseiam em uma variedade de fatores, que incluem a natureza da ação (sua forma, intensidade e frequência), o impacto físico ou psicológico sobre a vítima, a intenção do agressor, a influência do contexto em que se deu o ato violento e os padrões de conduta culturalmente considerados apropriados. Observa-se que um grande número de termos é, erroneamente, utilizado como sinônimo. Com relação à violência contra a criança, por exemplo, termos como abuso infantil, maus-tratos, violência contra a criança, espancamento de crianças, entre outros, são utilizados nas diferentes pesquisas, nem sempre com intenção de expressar o mesmo fenômeno. Como resultado, as estimativas de incidência, as correlações apontadas, suas causas e consequências variam de estudo para estudo, provocando uma certa confusão na interpretação das pesquisas e na comparação de seus resultados.

O problema também é evidenciado nas investigações que se debruçam sobre a violência contra a mulher. As pesquisas iniciais focalizavam apenas os atos que provocavam danos físicos e que eram perpetrados por seus companheiros atuais ou passados. Mais recentemente, o espectro destas ações foi ampliado, passando a incluir a violência psicológica, o abuso sexual, o estupro marital e outras violências (Straus & Gelles, 1995). Esta

heterogeneidade conceitual e a multiplicidade de instrumentos de aferição utilizados para a identificação da violência podem ser responsabilizados, pelo menos em parte, pela grande variação nas estimativas de prevalência de abuso contra mulheres encontrada na literatura.

1.1.2. A participação da violência familiar no perfil das “causas externas”

Durante a última década, observa-se uma mudança importante no perfil de mortalidade brasileiro. As “causas externas”, que englobam os acidentes em geral, os homicídios e os suicídios, assumem o terceiro lugar no quadro geral de mortalidade, sendo responsável por cerca de 12% dos óbitos do país (Minayo, 1994), e constituindo-se a maior causa de anos potenciais de vida perdidos – APVPs (Reichenheim & Werneck, 1994). Quando se analisa o perfil de mortalidade nas diferentes faixas etárias, observa-se que este grupo de causas se constitui a principal causa de morte quando se consideram os indivíduos de 5 a 49 anos de idade (Minayo & Souza, 1993).

A violência tem vitimado um número cada vez maior de crianças em idades precoces. Estatísticas nacionais da década de 80 evidenciaram um grande aumento da participação relativa destes óbitos nos quadros de mortalidade de crianças até 10 anos. A tendência crescente do problema é evidenciada por Souza (1994). Segundo a autora, entre 1980 e 1989, a proporção de mortes violentas aumentou 65,2% na faixa etária de 0–4 anos e 20,8% entre crianças de 5–9 anos.

É importante destacar que as estatísticas de mortalidade só desvendam uma parte da violência a que estão submetidas as crianças, adolescentes e adultos jovens brasileiros, na medida em que estes óbitos tendem a ser subnotificados, quer por apreensão dos médicos e legistas sobre as conseqüências legais da morte violenta, quer porque muitas destas mortes não são sequer identificadas como tal. Além disto, estas estatísticas não englobam os casos não-fatais que, possivelmente, são maioria (Waldman & Mello Jorge, 1999).

Infelizmente, os estudos de morbidade ainda são escassos em nosso País. A maior parte das pesquisas é realizada em serviços de saúde ou compreende avaliações de demanda de instituições especializadas no atendimento às vítimas de violência, contabilizando apenas os casos que procuram algum tipo de ajuda. Apesar do campo de investigação ainda ser incipiente, Minayo (1994) destaca os conflitos atingindo sobretudo as crianças, adolescentes e mulheres, os acidentes e negligências, principalmente no ambiente doméstico, enquanto importantes representantes da morbidade por causas externas.

Em um dos poucos estudos de âmbito populacional realizados, avaliando a prevalência de violência familiar entre escolares do Município de Duque de Caxias, região metropolitana

do Rio de Janeiro, Assis (1995) identificou índices bastante elevados do problema. Cerca de 33% das crianças e adolescentes entrevistados relatou ter sido vítima de algum tipo de violência na relação com os pais.

O reconhecimento recente do problema, a utilização de diferentes definições do fenômeno pelas instituições e pesquisadores responsáveis pelas estatísticas disponíveis, a diversidade das fontes de informação existentes e a inexistência de inquéritos populacionais nacionais são alguns dos fatores que dificultam estimativas mais acuradas. Ademais, é importante reconhecer que a maioria das estimativas reflete somente os casos mais visíveis e/ou graves de violência familiar. Possivelmente, a insuficiência de procedimentos básicos para o seu reconhecimento e de uma rotina clara e eficaz capaz de estabelecer fluxos adequados das informações pertinentes entre as instituições envolvidas, também contribua para o agravamento da situação.

Apesar das estatísticas sobre violência contra a mulher em nosso meio ainda serem escassas, é possível postular que o problema também seja de grande magnitude em nosso País. Pesquisas nacionais afirmam que a maioria dos abusos contra mulheres denunciados às delegacias especializadas é praticada pelo cônjuge atual ou passado. Heise (1994), ao analisar os boletins de ocorrência de uma delegacia de mulheres em São Paulo no ano de 1987, indicou que cerca de 70% dos casos de violência haviam ocorrido no domicílio, sendo praticados na maior parte das vezes pelo companheiro da vítima. Soares (1996), ao estudar os registros nas delegacias especiais de atendimento à mulher (DEAMs) do Município do Rio de Janeiro no ano de 92, nos informa que 74% dos quase dez mil casos atendidos eram queixas que registravam o companheiro atual ou passado como agressor.

Embora a incidência estimada seja alta e as conseqüências graves, a violência na gravidez é tema ainda pouco discutido. Os primeiros estudos datam de pouco mais de dez anos. Estatísticas a esse respeito estimam que entre 4 e 17% das gestações sejam palco de violência física contra mulher (Hillard, 1985; Amaro et al., 1990; Berenson et al., 1991; Schei et al., 1991; Parker et al., 1994a; McFarlane et al., 1995). As formas de violência na gravidez não se restringem ao abuso físico. Elas envolvem também manifestações na área sexual, psicológica e social. Como dificuldade adicional, estas manifestações, longe de serem mutuamente exclusivas, estão freqüentemente associadas, conforme já sugerido por diversos autores (Webster et al., 1994; Straus & Gelles, 1995).

A bibliografia consultada caracteriza o perfil das vítimas como sendo preferencialmente jovem, solteira, de baixa escolaridade, envolvidas em relações onde sejam comum o abuso de álcool e outras drogas, sem companheiro fixo e com número reduzido de

consultas pré-natais (Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993; Centers for Disease Control and Prevention, 1994; Webster et al., 1994).

A importância que este tema vem assumindo entre os profissionais de saúde nos EUA é enfatizada pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*. A violência familiar e o abuso de álcool e drogas ilícitas durante a gestação são um dos cinco tópicos escolhidos para compor uma das últimas edições do “*guidelines for perinatal care*”, publicado, recentemente, por esta instituição (The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2001).

No Brasil, ainda não se tem conhecimento da magnitude da violência familiar na gestação. Após uma ampla revisão da literatura, através de consulta às redes MEDLINE e LILACS dos últimos 10 anos, não foi identificado nenhum artigo que estimasse a prevalência do fenômeno em nosso País.

1.1.3. Violência na família: um dos fatores de risco para a prematuridade do recém-nascido?

Até o momento, poucos estudos epidemiológicos investigaram detalhadamente as conseqüências da violência familiar na saúde de mulheres e crianças. Observa-se que a maioria do conhecimento sobre esses desdobramentos é proveniente de estudos descritivos, onde razões de prevalências entre indivíduos expostos e não-expostos à violência são estimadas, sem o adequado controle de possíveis fatores de confusão. Outras pesquisas, geralmente provenientes de serviços de saúde, sequer são controladas, descrevendo apenas o percentual de indivíduos com uma determinada patologia ou atendidos em um certo serviço que referem ter sido vítimas de violência.

Alguns dos principais pesquisadores da área apontam que as conseqüências dos maus-tratos na infância se dão em diversas esferas responsáveis pelo bem-estar da criança prejudicando seu desenvolvimento físico, social, comportamental, emocional e cognitivo (Kashani et al., 1992; Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997). Estas investigações sugerem que a intensidade do problema esteja diretamente relacionada ao desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança, ao vínculo afetivo entre o agressor e vítima, à representação do abuso para a criança, à duração do mesmo, à natureza da agressão e às medidas em curso para a prevenção de abusos futuros.

As investigações que abordam as conseqüências do fenômeno na saúde das mulheres relatam que as vítimas de abuso emocional, físico ou sexual em seus domicílios por pessoas do seu círculo de relações estão mais sujeitas a uma série de sintomas e formas de

adoecimento. Os problemas de saúde vão desde dificuldades adaptativas até a própria morte. Estudos anteriores indicam que as vítimas de violência apresentam maior propensão a utilizar os serviços de saúde, ser atendidas nos serviços de emergência, tentar o suicídio e solicitar acompanhamento psiquiátrico do que as não-vítimas (Heise, 1994; Minayo, 1994; Valdez-Santiago & Sanín-Aguirre, 1996).

As principais repercussões da violência contra a mulher parecem ser o isolamento social progressivo, a insegurança, a depressão, os distúrbios do sono, a intimidação, a baixa auto estima, a presença de dores abdominais recorrentes, as lombalgias crônicas, a cefaléias, as contusões localizadas, os distúrbios psicossomáticos e as doenças sexualmente transmissíveis. Além disto, várias investigações têm indicado uma forte associação entre o fenômeno e o uso de álcool, fumo e drogas ilícitas (Martin et al., 1996; McFarlane et al., 1996; Gelles, 1997). Segundo os autores, o estresse permanente, a decepção com o companheiro e a falta de esperança de modificação da situação de violência são os principais precursores da aquisição ou intensificação destes hábitos de vida. Os efeitos psicológicos da violência parecem ser exacerbados pelo fato do agressor ser um conhecido íntimo, aumentando assim as sensações de vulnerabilidade, perda, traição e falta de esperança.

Ainda existem poucas investigações epidemiológicas que discutam as conseqüências da violência durante a gestação na saúde da gestante e da criança. As poucas evidências, no entanto, apontam certos perfis que merecem aprofundamento. Alguns estudos indicam que as gestantes vitimizadas iniciam o pré-natal mais tardiamente, dificultando a identificação de comportamentos de risco, tais como, o tabagismo, o uso de medicamentos proscritos ou drogas ilícitas durante a gestação, e patologias pregressas ou correlatas à gravidez, acarretando um possível aumento de complicações maternas e fetais (Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993).

As pesquisas que estudam as conseqüências na saúde do feto sugerem a possibilidade de associação do abuso físico na gestação com várias conseqüências deletérias, tais como, aborto espontâneo, hemorragias intracranianas e morte fetal. Também é citado o descolamento prematuro de placenta, que aumentaria o risco de prematuridade e outras complicações maternas e fetais (Pugh, 1978; Goodwin & Breen, 1990; Berenson et al., 1994).

Nos últimos anos, algumas investigações vêm discutindo uma possível associação entre a violência física durante a gravidez e baixo peso ao nascer (BPN) (Bullock & McFarlane, 1989; Amaro et al., 1990; Schei et al., 1991; Berenson et al., 1994; O'Campo et al., 1994; Parker et al., 1994b; Dye et al., 1995; Valdez-Santiago & Sanín-Aguirre, 1996; Grimstad et al., 1997). Porém, os divergentes resultados e os problemas metodológicos

encontrados na maioria das pesquisas indicam a necessidade de ampliação dos programas de investigação sobre o tema.

As principais críticas aos estudos abordam questões de delineamento, já que a maioria utiliza delineamentos transversais, dificultando a interpretação causal entre as associações estatísticas encontradas; a precariedade no controle das variáveis de confusão; o pequeno tamanho das amostras estudadas; a consideração simultânea e não diferenciada de diferentes processos sob o mesmo rótulo de BPN; a utilização de populações de estudo muito específicas, dificultando a generalização dos resultados; a inexistência de modelos teóricos conceituais que orientem a análise de dados; e a heterogeneidade de definições e instrumentos de aferição utilizados para a identificação da violência na família.

Ao se focar especificamente os programas de investigação sobre os fatores de risco para a prematuridade, também se observa

que ainda existem muitas lacunas a serem respondidas. O papel de fatores psicossociais maternos na ocorrência de parto prematuro, por exemplo, ainda está em aberto (Newton et al., 1979; Zuckerman et al., 1989; Homer et al., 1990; Rutter & Quine, 1990; Hagoel et al., 1995; Hickey et al., 1995; Hedegaard et al., 1996).

Nesse contexto é possível postular que um ambiente familiar desequilibrado e ameaçador palco de atos violentos possa ser um dos componentes do processo que leva ao nascimento prematuro. Porém, isto ainda se configura uma hipótese a ser explorada. A insuficiência do conhecimento gerado até o momento demanda que novas investigações sejam realizadas.

Como descrito ao longo da seção, tanto os estudos sobre fatores de risco para a prematuridade, como os que discutem as conseqüências da violência familiar na saúde materno-infantil identificam a heterogeneidade dos métodos de aferição utilizados e a insuficiência de pesquisas abordando a qualidade dos mesmos como alguns dos principais entraves ao crescimento do conhecimento nas respectivas áreas. Diante disso, optou-se por apresentar a seguir um breve panorama do debate que vem sendo levado por estes pesquisadores, visando caracterizar o “estado da arte” das discussões e refletir sobre possíveis caminhos a serem trilhados.

1.2. A questão da aferição nos programas de investigação da prematuridade e violência familiar: entraves e propostas

1.2.1. O diagnóstico de prematuridade

Classicamente, a duração da gestação vem sendo estimada através da data da última menstruação (DUM) sempre que a mãe se recorde da mesma. Porém, alguns autores (Kramer et al., 1988; Berg & Bracken, 1992; Reuss et al., 1995) questionam a acurácia deste indicador. A possibilidade de sangramento no primeiro trimestre ser confundido com a última menstruação e a ocorrência de ciclos longos e/ou irregulares ampliando as diferenças entre idade da gestação e idade da concepção são alguns dos motivos que baseiam este questionamento. Ainda assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a recomenda como o método de escolha para o cálculo da idade gestacional, tanto para fins clínicos como para as pesquisas na área (Alexander et al., 1990).

Nos últimos anos, observa-se na literatura uma crescente indicação e utilização da ultra-sonografia (USG) para a estimação da data provável do parto e, conseqüentemente, a idade gestacional do recém-nascido. Apesar desta tendência, tanto o *American College of Obstetricians and Gynecologists* como o *National Institute of Health Task Force on Diagnostic Ultrasound Imaging in Pregnancy*, ainda evitam sua recomendação na rotina no pré-natal. Tal ressalva é conseqüência da escassez de evidências que indiquem uma melhora dos indicadores perinatais após sua introdução como exame de rotina (Berg & Bracken, 1992). Seu elevado custo também tem sido um empecilho para sua utilização em grande escala, principalmente em países em desenvolvimento.

Em situações onde a validade das informações sobre a DUM seja questionável e a mãe não tenha realizado USG no primeiro ou segundo trimestre da gestação, a idade gestacional pode ser estimada através do exame clínico da criança após seu nascimento (Dubowitz et al., 1970; Capurro et al., 1978; Ballard et al., 1979). Baseada na observação de características físicas e neurológicas do recém-nascido nos primeiros dias de vida, nestas circunstâncias, a avaliação pós-natal se configura a única estratégia possível para estimação da duração da gestação.

A utilização do exame clínico do recém-nascido para a estimação de sua idade gestacional vem sendo alvo de críticas ao longo da última década. A inadequação da maioria das escalas para a avaliação de crianças em idades gestacionais extremas e/ou com baixo-peso ao nascer vem sendo apontada por diversos estudos (Vogt et al., 1981; Spinnato et al., 1984; Constantine et al., 1987; Alexander et al., 1992; Gagliardi et al., 1992). Em função destas

limitações, Ballard *et al.* (1991) propuseram a escala *New Ballard (NB)* como uma alternativa às anteriores. A possibilidade de avaliar prematuros extremos, assim como sua relativa simplicidade de execução, foram os principais motivos que incentivaram uma crescente utilização da mesma em diversas partes do mundo. No Brasil, estas características foram responsáveis por sua recente recomendação pela Sociedade Brasileira de Pediatria para avaliação clínica neonatal.

Porém, apesar de sua crescente utilização, observa-se uma escassez de estudos que discutam sua validade. Diante da insuficiência de informações e, considerando que a tendência atual é que a escala *NB* seja amplamente utilizada em nosso País, já que está sendo recomendado pelas principais instituições de pediatria nacionais, optou-se por discutir novamente alguns aspectos da validade concorrente do procedimento, utilizando os métodos habitualmente recomendados pela literatura (artigo 2).

1.2.2. Identificando a violência familiar durante a gestação

A dificuldade para a identificação da violência na família vem sendo reportada por estudos anteriores (Soares, 1997; Deslandes, 1999; Ferreira *et al.*, 1999). Possivelmente, as diferentes definições empregadas, a estigmatização de vítimas e perpetradores, o medo de represálias, a legitimação cultural de determinados atos violentos, dentre outros, são alguns dos responsáveis pela sub-notificação do problema.

Diante desse quadro, a elaboração de novos instrumentos de aferição mais sensíveis e específicos e o aprimoramento dos já habitualmente utilizados para o acompanhamento das vítimas e suas famílias, bem como de um instrumental de aferição para ser aplicado em contextos de pesquisa, vem sendo incentivada em todo o mundo, tornando-se alvo de trabalho intenso de vários pesquisadores (Aldarondo & Straus, 1994; Milner, 1994; Straus & Hamby, 1997; Straus *et al.*, 1998; Archer, 1999; Blinn-Pike & Mingus, 2000; Weiss *et al.*, 2000).

Diferentes programas de investigação vêm desenvolvendo instrumentos, desde os mais simples que abordam apenas uma das formas de violência familiar, até os multidimensionais a serem aplicados por pessoal especializado. Porém, observa-se que ainda é bastante reduzido o número de estudos que têm como principal objetivo avaliar a confiabilidade e validade dessas ferramentas diagnósticas. A grande maioria dos resumos de publicações da área apenas reportam o instrumento utilizado na pesquisa, sem que seja feito qualquer comentário sobre suas propriedades psicométricas (Moraes *et al.*, 2000).

Exceção é observada nos programas de investigação das *Conflicts Tactics Scales - CTSs* (Straus, 1979) e *Child Abuse Potential Inventory – CAPI* (Milner *et al.*, 1984). Desde que

foram criados, tanto os instrumentos originais em inglês como suas versões vêm sendo alvo de avaliações constantes (Archer, 1999; Assis, 1995; Straus, 1979; Milner et al., 1984; Milner & Gold, 1985; Milner & Gold, 1986; Straus et al., 1996; Hasselmann et al., 1998; Haz & Ramirez, 1998; Straus et al., 1998).

A necessidade de identificar a ocorrência de violência entre o casal e a excelente experiência anterior do PIEVF com o primeiro dos instrumentos que compõem o conjunto das *CTS* (Hasselmann et al., 1998), fizeram com que se optasse por esses instrumentos como principal ferramenta de identificação da violência durante a gestação no estudo principal. Esta decisão foi ratificada pela dificuldade operacional para utilização do *CAPI*, já que seus autores preconizam que sua aplicação seja realizada por pessoal especializado (Milner et al., 1984). Em função dessa decisão, implementou-se um processo formal de adaptação transcultural da *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*, explorado nos artigos 4 e 5, respectivamente, apresentados nas seções 2.4 e 2.5.

A *CTS2* foi concebida por Straus *et al* (1996) em língua inglesa, passando a fazer parte do conjunto de instrumentos de identificação de violência na família que vem sendo elaborado pelo *Family Research Laboratory* nos EUA há cerca de duas décadas. Baseados na “Teoria do Conflito” (Simmel, 1955; Adams, 1965), os diferentes instrumentos objetivam identificar as estratégias utilizadas pelos integrantes do núcleo familiar para resolver seus conflitos internos. Segundo os autores, as situações de conflito são inevitáveis e necessárias à manutenção de qualquer grupo de indivíduos, na medida em que há sempre múltiplos interesses em jogo. Porém, existem diversas maneiras de lidar com os desentendimentos e desavenças do dia-a-dia. A utilização de táticas de agressão verbal ou violência física caracterizaria a violência na família.

O primeiro desses instrumentos (*Conflict Tactics Scales - CTS1*) foi proposto por Straus em 1979 (Straus, 1979), tendo sido utilizado em diversos países, envolvendo mais de 70.000 participantes. A partir das críticas e reflexões acumuladas com a ampla difusão da *CTS1*, Straus *et al.* (1996) propuseram a *CTS2*, uma revisão do instrumento anterior para uso específico na identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. A *CTS2* é um instrumento multidimensional composto por cinco escalas/dimensões. Três delas abordam táticas de resolução de conflitos através de negociação, agressão psicológica e violência física. As outras duas abordam as possíveis conseqüências da violência na saúde individual do respondente e de seu companheiro(a) e a existência de coerção sexual no relacionamento do casal.

O instrumento inicia com uma pequena introdução abordando que a ocorrência de conflitos nas relações entre casais é algo freqüente, seguida de 78 itens que expressam possíveis ações do respondente (39) e, reciprocamente, de seu companheiro(a) (39), durante momentos de desentendimentos e desavenças. A escala de negociação é formada por seis itens que descrevem estratégias comumente utilizadas se casais priorizam o diálogo e as demonstrações de apreço mútuo para resolver situações de divergência. As escalas de agressão psicológica, violência física, injúria e coerção sexual são formadas por, respectivamente, 8, 12, 6 e 7 itens, classificados como menores ou graves, de acordo com sua importância (Straus et al., 1996). No instrumento, os itens são mesclados de modo que não haja gradiente de gravidade ou qualquer agrupamento por dimensão (escala).

Como apoio à *CTS2*, decidiu-se também utilizar um instrumento especificamente elaborado para identificar a violência durante a gravidez - o *Abuse Assessment Screen (AAS)*. O *AAS* foi desenvolvido pelo *Nursing Research Consortium on Violence and Abuse*, também nos EUA, no final da década de 80 (Parker & McFarlane, 1991; McFarlane et al., 1992b; Norton et al., 1995; McFarlane et al., 1996). O instrumento visa especificamente o rastreamento de casos de violência contra a mulher durante a gestação, apesar de conter um item sobre a ocorrência de violência psicológica e física ao longo de toda a vida. É composto por 5 questões que identificam a freqüência e severidade do evento; os sítios de lesão corporal acometidos em um período específico; e o perfil do perpetrador. McFarlane et al.(1992b) relatam o estabelecimento de validade de conteúdo. Pela sua relativa facilidade de aplicação, é possível ser utilizado por profissionais de nível médio nos serviços de saúde. Em McFarlane et al. (1996) e Norton et al. (1995) encontram-se evidências de que há boa consistência de detecção de violência contra a grávida entre o *AAS* e outros instrumentos afins.

A decisão de utilizar esse instrumento como acessório as *CTSs* na detecção de violência durante a gestação se baseou na freqüência de sua utilização, na simplicidade de sua estrutura e na possibilidade de estudar as suas propriedades psicométricas, já que, apesar de amplamente difundido, seu programa de avaliação ainda parece bastante insipiente. Além disso, a sua estrutura permite a identificação da violência perpetrada por outros indivíduos, o que não é possível com a *CTS2*. Assim, um processo de adaptação e avaliação de equivalência transcultural da versão em português do *AAS* também foi implementado (artigo 3 apresentado na seção 2.3).

A seguir abordam-se algumas questões teóricas e processuais relativas à adaptação de instrumentos elaborados em outros contextos culturais.

1.2.3. Adaptação transcultural de instrumentos elaborados em outras culturas

Em diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil, o desenvolvimento de programas de investigação sobre instrumentos de coleta de informação é bastante complexo. Além de todas as minúcias requeridas na concepção e consolidação de um instrumento, o que implica inevitavelmente em um longo intervalo entre o início do processo e o seu eventual uso, é comum a utilização de instrumentos originalmente elaborados em outros contextos culturais e traduzidos para a língua local. Nestas situações, as diferenças existentes entre as definições, crenças e comportamentos relacionados ao tema impõem que a utilização desses instrumentos seja precedida de uma avaliação minuciosa da equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida. Aceitando-se que é de grande interesse fazer comparações de resultados e perfis epidemiológicos entre diferentes localidades e culturas, programas de investigação de equivalência transcultural são desejáveis e necessários.

A necessidade de adaptação de instrumentos de aferição não se restringe às situações que envolvem países e/ou idiomas distintos. Ajustes locais e regionais também requerem atenção. O grau de sintonia com a população na qual a versão será usada é algo difícil de caracterizar. Uma decisão deve ponderar o quanto se ganha com a aproximação cultural e o quanto se perde em termos de generalização e comparabilidade. Em países com raízes culturais tão heterogêneas como o Brasil, a proposição de termos coloquiais típicos, facilmente aceitos e compreendidos no Rio de Janeiro, por exemplo, poderia não ser pertinente em outras regiões do país.

Originalmente, essa apreciação se detinha à exploração da equivalência semântica entre os instrumentos, baseada na comparação dos resultados dos processos de tradução e retradução do instrumento original e de sua nova versão, respectivamente. Porém, nos últimos anos, alguns autores têm postulado que a equivalência semântica é apenas uma das etapas necessárias à avaliação da equivalência entre instrumentos (Berkanovich, 1980; Bucquet et al., 1990; Guillemin et al., 1993; Herdman et al., 1998; Perneger et al., 1999).

Apesar da maioria dos pesquisadores concordar que apenas uma tradução simples do original não seja suficiente, ainda restam muitas dúvidas sobre os passos essenciais no processo de adaptação. Segundo Perneger et al. (1999), mesmo os procedimentos mais minuciosos podem apresentar problemas. Questões como o número de traduções necessárias, o perfil dos tradutores, o papel das retraduições, o que fazer quando essa etapa não tem bons resultados e como escolher entre termos semelhantes ainda merecem reflexão e debate. Segundo os autores somente a partir de avaliações sistemáticas dos resultados das diferentes

estratégias existentes será possível propor um roteiro mínimo que seja útil nas investigações sobre diferentes temas e em contextos culturais distintos.

Segundo Guillemin et al. (1993), a adaptação transcultural de um instrumento de aferição apresenta dois componentes: a tradução propriamente dita e sua adaptação cultural. O processo deve ser uma combinação entre a tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro e uma adaptação que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população alvo da nova versão. Aqui também se sublinha a inexistência de um roteiro básico já estabelecido e a necessidade de futuras investigações para diferenciar o que é essencial do que é suplementar no processo. Os autores ratificam a importância das pesquisas na área afirmando que somente através da utilização de um instrumental equivalente é possível realizar estudos internacionais comparativos, tão necessários em programas de investigação em sua fase inicial, como é o caso dos estudos em violência familiar e tantos outros na área de saúde coletiva.

No contexto dos instrumentos de aferição sobre qualidade de vida, Herdman *et al.* (1997) apontam quatro perspectivas que tendem a reger esses programas de investigação. A primeira, denominada “ingênua” (*naïve*), se baseia apenas no processo de tradução simples e informal do instrumento original. A segunda, denominada “relativista” afirma a impossibilidade do uso de instrumentos padrões em diferentes culturas e propõe que somente aqueles concebidos localmente devam ser utilizados. Neste caso, a noção de equivalência de qualquer tipo não é pertinente. A terceira perspectiva, cunhada de “absolutista”, assume que a cultura tem um impacto mínimo no constructo a ser mensurado e que estes são invariantes em diferentes culturas. Em termos metodológicos, é dada ênfase ao processo de tradução e retradução do instrumento. A última perspectiva, nomeada de “universalista”, não assume, a priori, que os constructos são os mesmos em diferentes culturas. Nesse sentido, primeiro é necessário investigar se um conceito existe e se é interpretado similarmente na nova cultura, para depois se estabelecer sua equivalência transcultural através de uma metodologia própria.

Apontando uma certa confusão terminológica entre os diferentes pesquisadores da área, os autores propõem um roteiro básico a ser seguido visando sistematizar o conhecimento a respeito. Assumindo uma postura “universalista”, os autores propõem um modelo de avaliação de equivalência transcultural que abrange a apreciação de seis diferentes tipos de equivalência, quais sejam: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e equivalência funcional (Herdman et al., 1998).

A avaliação da equivalência conceitual consiste na exploração do constructo de interesse e dos pesos dados aos diferentes domínios componentes deste no país de origem e na

população onde o instrumento será utilizado. A avaliação da equivalência de itens se baseia na apreciação da pertinência dos itens utilizados para a captação dos domínios abarcados pelo instrumento original na cultura alvo. A avaliação da equivalência semântica concerne à reflexão sobre a capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão propiciando um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas. A equivalência operacional se refere à possibilidade de utilização de um questionário similar ao original com relação ao formato, instruções, modo de administração e formas de medida na população alvo. A avaliação da equivalência de mensuração se baseia na investigação das propriedades psicométricas do novo instrumento e a comparação dessas medidas com as obtidas com o instrumento em sua língua original. Em geral, esse tipo de equivalência é avaliada através de estimadores de confiabilidade, validade de constructo e aceitabilidade do instrumento. Dado que os outros aspectos da equivalência transcultural foram alcançados, assume-se que os mesmos apresentam equivalência funcional.

O modelo proposto por Herdman et al. (1998) apresentado acima foi utilizado como eixo teórico principal nos subprojetos que deram origem aos artigos 3, 4 e 5 que exploram detalhadamente as etapas realizadas para a adaptação dos instrumentos de aferição utilizados para captar a exposição à violência familiar durante a gestação no estudo principal.

1.3. Justificativas

A justificativa para a realização da tese engloba duas vertentes intimamente relacionadas. A primeira concerne às grandes motivações que suscitaram o interesse pela exploração das possíveis relações entre a ocorrência de violência familiar durante a gestação e a prematuridade do recém-nascido, tema explorado pelo estudo principal que ancora os subprojetos que compõem a tese. A segunda engloba as justificativas específicas que fomentaram o aprofundamento metodológico sobre as questões de aferição das principais variáveis de interesse do estudo de fundo e a conseqüente elaboração de quatro dos cinco artigos apresentados. O primeiro grupo de justificativas envolve a retomada das discussões sobre o estágio dos programas de investigação em violência e prematuridade e a pertinência de estudos sobre o tema. O segundo, as principais lacunas que se buscou enfrentar na área de aferição da prematuridade do recém-nascido e da violência familiar durante a gestação.

A violência familiar e a prematuridade constituem fenômenos expressivos na sociedade brasileira. As possíveis repercussões físicas, psíquicas e sociais de ambos os processos no nível individual e coletivo, por si só, traduzem sua importância. Considerando a universalidade do problema, a possível gravidade de suas conseqüências e a constatação de

que mulheres e crianças compõem o elo mais frágil das relações familiares, é de vital importância que novas investigações sobre o tema sejam incentivadas.

No Brasil, a violência começa a fazer parte da temática de saúde pública no final dos anos 80. Este fato é um dos principais responsáveis pela relativa imaturidade dos programas de investigação que focalizam o problema em nosso meio. De um modo geral, a epidemiologia das violências se resume a estudos descritivos de perfil de atendimentos nas instituições especializadas e a estudos transversais com clientela específicas, com a finalidade de estimar a prevalência do fenômeno. A maior parte da literatura epidemiológica interessada em estudar as possíveis relações entre a violência familiar e determinados agravos à saúde, conforme já mencionado na seção 1.1, apresenta uma série de problemas metodológicos que acabam por colocar em questão a validade de suas estimativas.

Vale ressaltar que, apesar da literatura internacional destacar a grande prevalência de violência contra a mulher durante a gestação, com cifras apontando entre 4 e 17%, não foi possível identificar um estudo sequer que estimasse a prevalência do fenômeno no Brasil. A completa ausência de informações a respeito impede que sejam implementadas estratégias de prevenção, identificação e acompanhamento de vítimas pelo serviço de saúde, reduzindo a possibilidade de que desfechos desfavoráveis da gravidez, decorrentes do fenômeno, sejam evitados.

Na área de estudos de fatores de risco para o nascimento prematuro também ainda restam muitas lacunas. Apesar dos avanços observados nos últimos anos, muitos destes nascimentos ainda não se relacionam a nenhum dos fatores de risco já conhecidos. Como visto na seção 1.1.3, nos últimos anos, vem se dando ênfase à necessidade de incorporação de dimensões psico-sociais maternas nos modelos teóricos que regem as investigações na área. Considerando as possíveis repercussões da violência na saúde das mulheres, parece pertinente suspeitar que esta, em conjunto com outros fatores já explorados, possa participar do processo que leva à prematuridade.

Além da inerente contribuição acadêmica das pesquisas que abordam possíveis relações entre violência e prematuridade, a realização do estudo principal e de seus subprojetos aninhados nas três maiores maternidades públicas do Rio de Janeiro propiciou uma integração entre os coordenadores da investigação e os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal do município, contribuindo para a ampliação do debate sobre o tema e sensibilização dos profissionais com relação à necessidade de identificação precoce dos casos de violência durante a gestação.

As questões arroladas acima instigaram a realização do estudo principal. Surgiu, então, a necessidade de ampliar e sistematizar o conhecimento sobre os demais programas de investigação na área temática, enfocando prioritariamente aqueles interessados nas possíveis conseqüências da violência na saúde da criança e adolescente. Optou-se por realizar um mapeamento das principais linhas de investigação sobre o tema, sugerindo uma tipologia de estudos da área. Assim, o estado da arte das linhas de pesquisa em violência familiar pôde ser reconhecido e a pertinência e relevância do estudo principal debatidas.

Aproveitando esse momento em que a violência familiar e demais formas de violência ganham espaço na mídia e no debate político nacional, interessa ressaltar a importância da geração de um conhecimento específico na área que possa contribuir para a efetividade das propostas de ação elaboradas visando o enfrentamento do problema. Por sua novidade, surge também uma excelente oportunidade de se criar um ambiente onde as políticas e ações sanitárias passem a se articular intimamente a programas de investigação, não importando se dentro ou fora da academia. O primeiro artigo da tese pretende dar conta dessas questões, ressaltando ainda a importância do enfoque familiar em oposição ao individual; do multidisciplinar, em vez da abordagem compartimentalizada; e da necessidade de integração das várias agências e serviços envolvidos com a violência familiar para a construção de propostas efetivas que minimizem a sua ocorrência.

Uma vez identificada a importância do desenvolvimento de programas de investigação na área de violência familiar, especialmente aqueles interessados na estimação da magnitude do fenômeno em nosso meio e na exploração de suas conseqüências na saúde de suas principais vítimas – crianças, adolescentes e mulheres, os esforços se concentraram na exploração de aspectos metodológicos apontados em estudos anteriores como importantes entraves à geração de um conhecimento sistematizado e robusto na área. Dentre eles destacaram-se as questões relacionadas ao instrumental de aferição disponível para a identificação da violência familiar, bem como da prematuridade do recém-nascido.

A necessidade de rigor em todo o processo de aferição, incluindo o que concerne à preparação dos instrumentos de coleta de dados é enfatizada na literatura da área de epidemiologia. Vários autores têm exaltado a qualidade dos instrumentos de aferição e os processos de coleta de informações, como pilares básicos da validade de estudos epidemiológicos (Moser & Kalton, 1984; Kraemer, 1992; Streiner & Norman, 1995; Shrout, 1998; Reichenheim & Moraes, 1999). No campo específico de violência familiar, a questão torna-se ainda mais central, na medida em que se trata de um objeto de difícil apreensão empírica.

Como já descrito na seção 1.2.2, na área da violência na família, as diferentes definições do fenômeno, amplamente permeadas por questões culturais, e a conseqüente heterogeneidade dos instrumentos de aferição utilizados são questões que dificultam o avanço dos estudos na área. Além disso, o esforço demandado na construção e avaliação de novas ferramentas diagnósticas e a perda de comparabilidade externa quando não se utiliza instrumental comum instigam a opção pelos já existentes desde que previamente validados e adaptados aos diferentes contextos sócio-culturais.

Até o momento, não existe na literatura uma clara recomendação sobre os métodos apropriados para realizar adaptações transculturais no âmbito da violência familiar. Nem mesmo nos campos onde algumas diretrizes existem, há consenso sobre os procedimentos necessários para adaptar instrumentos de aferição a novos contextos, culturas ou idiomas. Estratégias que vão desde uma simples tradução do original pelos próprios pesquisadores, até processos mais minuciosos como o proposto por Herdman et al. (1998) estão em franca discussão.

O modelo sugerido por esses autores foi escolhido para as adaptações transculturais por ser abrangente e enfatizar a necessidade de apreciação de diferentes nuances ao longo do processo. Contudo, importa destacar que esse é apenas um dentre vários roteiros disponíveis na literatura. É fundamental, pois, que se ponha à crítica cada uma das etapas envolvidas. A explicitação pormenorizada dos passos realizados, dos dilemas surgidos ao longo das diferentes etapas e a experiência acumulada durante a adaptação do *AAS* e *CTS2* pretendem enriquecer esse debate. As pequenas e grandes decisões apresentadas nos três artigos que focalizam o tema procuram ressaltar a importância de uma sintonia fina, principalmente quando há pretensão de comparações interculturais válidas de objetos tão complexos como é o caso da violência familiar.

Ao se discutir a estratégia de captação de casos e controles do estudo principal, questões relacionadas a aferição da idade gestacional do recém-nascido também mereceram aprofundamento. Como descrito na seção 1.2.1, não existe consenso na literatura sobre a melhor estratégia para esta estimativa e a conseqüente identificação dos nascimentos prematuros. Apesar da questão estar ainda em aberto, diversos estudos realizados sugerem que as estimativas baseadas no exame clínico do recém-nascido são as menos indicadas (Vogt et al., 1981; Spinnato et al., 1984; Constantine et al., 1987; Alexander et al., 1992; Gagliardi et al., 1992). Porém, em situações onde não se conheça a DUM e não se tenha uma USG realizada no período gestacional preconizado para a estimativa da data provável do parto, a única opção é lançar mão desta estratégia.

Em contextos sociais como o nosso em que a maioria da população não tem acesso a serviços de saúde de qualidade que disponibilizem USG no período gestacional indicado, espera-se que muitos recém-nascidos tenham suas idades gestacionais estimadas após o nascimento. Soma-se a isto o fato da gravidez na adolescência - período em que irregularidades menstruais freqüentemente inviabilizam a estimação da idade gestacional através da DUM - ser responsável por boa parte dos nascimentos. Desta forma, é fundamental que a interpretação das escalas utilizadas para estimação pós-neonatal seja baseada em avaliações sistemáticas de sua acurácia.

Diante dos resultados iniciais de investigações que apontaram vantagens em sua utilização com relação às anteriormente elaboradas, atualmente o escore *New Ballard* é a principal ferramenta de avaliação neonatal nas diferentes partes do mundo. No Brasil, apesar de ainda pouco difundido, o procedimento já é recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Porém, apesar da crescente difusão do escore, observa-se uma escassez de estudos que discutam sua validade. Como será melhor desenvolvido no segundo artigo da tese, apresentado na seção 2.2, uma ampla revisão bibliográfica identificou apenas quatro estudos com esse propósito.

A relativa insipiência desse programa de investigação possivelmente é responsável pela existência de muitas dúvidas a respeito da validade do escore. Seu desempenho no diagnóstico das diferentes faixas de idade gestacional, o melhor momento para a realização do exame, as possíveis influências de determinadas patologias maternas gestacionais e o papel do peso ao nascimento na acurácia de suas estimativas são algumas das questões que permanecem em aberto.

Diante da insuficiência de informações e considerando a tendência atual do progressivo uso do escore *NB* em nosso País, optou-se apreciar novamente a validade concorrente do procedimento, desta feita, utilizando métodos recomendados pela literatura.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo geral

O objetivo geral desta tese é contribuir para o avanço das linhas de pesquisa que abordam as conseqüências da violência familiar na saúde materno-infantil, procurando sistematizar o conhecimento presente na literatura e disponibilizar versões em português dos principais instrumentos de aferição da área, após terem sido alvos de rigorosos processos de adaptação transcultural.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar as principais linhas de pesquisa em violência familiar no âmbito da saúde coletiva, oferecendo, uma tipologia desses estudos, com ênfase nas pesquisas que avaliam as conseqüências diretas e indiretas do fenômeno na saúde de crianças e adolescentes (artigo 1).
- Discutir os possíveis elos entre o conhecimento a ser gerado pelos programas de investigação em violência familiar e as possíveis propostas de prevenção do problema (artigo 1).
- Avaliar a acurácia do escore *New Ballard – NB* para o diagnóstico de prematuridade do recém-nascido, discutindo as repercussões dos achados tanto no contexto clínico, como no epidemiológico (artigo 2).
- Avaliar a equivalência semântica entre o instrumento original em inglês *Abuse Assessment Screen - AAS* e 2 versões em português e recomendar uma versão-síntese para uso corrente em nosso meio (artigo 3).
- Apreçar a equivalência conceitual, de itens e semântica entre o instrumento *Revised Conflict Tactics Scale (CTS2)* concebido em língua inglesa para identificação da violência entre casais e uma versão em português a ser proposta para uso no Brasil (artigo 4).
- Estudar a confiabilidade intra-observador, a consistência interna e a validade de constructo da versão em português da *CTS2* com a finalidade de estabelecer a equivalência de mensuração do instrumento, complementando, então, seu processo de adaptação transcultural (artigo 5).

II. ARTIGOS

2.1. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação ¹

2.1.1. Resumo

Apesar de a violência familiar ser descrita desde a Antigüidade, somente há cerca de 30 anos é que o tema vem sendo sistematicamente discutido por pesquisadores da área de saúde. A importância dada ao problema é conseqüência direta de sua grande magnitude nos últimos anos, principalmente nos Estados Unidos. No Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência familiar é ainda escasso. Todavia, existem evidências apontando para um cenário merecedor de enfrentamento imediato. Nesta perspectiva, o presente artigo destaca o campo das investigações sobre o tema, procurando explicitamente fazer uma ponte entre a apropriação do conhecimento gerado e efetivas propostas de ação. O artigo divide-se em cinco partes. Inicialmente, é discutida a importância da violência familiar no cenário de morbi-mortalidade de crianças e adolescentes. A seguir, procura-se mapear as principais linhas de investigação sobre o tema, sugerindo uma tipologia de estudos da área. A terceira sessão explora com mais ênfase as investigações que avaliam as conseqüências do fenômeno na saúde de crianças e adolescentes. Na quarta seção, são discutidos os possíveis elos entre o conhecimento a ser gerado nesse âmbito e as propostas de ação para o enfrentamento da violência familiar. Na última seção, são feitas algumas considerações sobre a importância do enfoque familiar em oposição ao individual; do multidisciplinar, em vez da abordagem compartimentalizada; e sobre a necessidade de integração das várias agências e serviços envolvidos com a violência familiar.

Palavras-chave: violência familiar; violência contra a criança; violência contra adolescentes; estratégias de prevenção; estudos epidemiológicos.

2.1.2. Abstract

Although described since ancient times, only in the last 30 years has family violence come into focus by health personnel and researchers. The reason for this growing interest lies

¹ Artigo publicado: REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H. & MORAES, C. L., 1999. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4:109-121.

in the alarming statistics, especially those reported in the United States. In Brazil, the magnitude of family violence is not yet fully known. Nevertheless, there is some evidence supporting that the issue should be immediately addressed. The article underlines the need for research, explicitly attempting to bridge the gap between generated knowledge and effective proposals for action. The article is divided in five parts. It opens with an overview concerning the importance of the problem of violence among children and adolescents. The following section presents a typology regarding main research lines on family violence. In the third section, one of those research lines is further detailed, specifically covering investigations dealing with the consequences of family violence. The connection between some of the findings and their use as subsidiaries for actual action proposals is addressed in the fourth section. The last section provides some comments about the importance of focusing violence at the family level as opposed to the individual level; the importance of handling the problem on a multi-professional basis; and the need to integrate agencies and services involved with family violence.

Keywords: family violence; child abuse; violence against adolescents; prevention strategies; epidemiologic studies.

2.1.3. Introdução

A partir da década de 70, a violência passa a ser uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população de adolescentes e adultos jovens das grandes cidades (Minayo & Souza, 1993). O incremento da participação relativa desses agravos no perfil de adoecimento e morte da população jovem tornou este grupo de causas um importante problema de saúde pública, intensificando e justificando uma centralização de esforços dos pesquisadores da área, no sentido de conhecer melhor o problema. Até o momento, a magnitude das violências vem sendo avaliada pelas estatísticas de mortalidade por causas externas. Esta forma de abordagem das violências desvenda apenas a ponta de um grande *iceberg*, pois não contempla os casos não-fatais, que, a cada dia, assumem mais um lugar de destaque nos quadros de morbidade de mulheres, crianças, adolescentes e adultos jovens. Pesquisadores da área de saúde sugerem que a violência interpessoal e as negligências que ocorrem no ambiente familiar sejam responsáveis por grande parte desses atos violentos (Minayo, 1994).

Apesar de a violência familiar ser descrita desde a Antiguidade, somente há cerca de 30 anos é que o tema vem sendo sistematicamente discutido por pesquisadores da área de saúde (Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997). A importância dada ao problema, não só no meio

acadêmico, como também na imprensa e no restante da sociedade civil, é consequência direta das estatísticas alarmantes encontradas ao longo dos últimos anos. Segundo Kashani (1992), nos Estados Unidos, 4,1 milhões de casos de violência familiar foram registrados no Departamento de Justiça, entre 1973 e 1981, configurando uma média anual de 450 mil casos. Estes números podem ser ainda maiores, pois refletem somente o comportamento das vítimas que registraram tais casos como criminais. Straus & Gelles (1995), após realização de dois inquéritos nacionais (1975 e 1985), também estimam uma alta incidência de violência nas famílias americanas. Apesar de terem notado um certo declínio nos índices entre os dois importantes estudos, os autores estimam que ainda cerca de 1.500.000 de crianças sejam vítimas de graves maus-tratos e que cerca de 1.800.000 mulheres americanas sejam agredidas severamente por seus cônjuges, anualmente.

No Brasil, a magnitude da violência familiar ainda não pode ser bem dimensionada. O reconhecimento recente do problema, a utilização de diferentes definições do fenômeno pelas instituições e pesquisadores responsáveis pelas estatísticas disponíveis, a diversidade das fontes de informações existentes e a inexistência de inquéritos populacionais nacionais são alguns dos fatores que dificultam estimativas mais acuradas. Ademais, é importante reconhecer que a maioria das estimativas existentes na área reflete somente os casos mais visíveis e/ou graves de violência familiar. Possivelmente, a insuficiência de procedimentos básicos para o seu reconhecimento e de uma rotina clara e eficaz, capaz de estabelecer fluxos adequados das informações pertinentes entre as instituições envolvidas, também contribuam para o agravamento da situação.

Apesar das dificuldades apontadas, os resultados de algumas pesquisas nacionais indicam que a violência familiar no Brasil também é expressiva, devendo ser encarada como prioridade na agenda do Estado (Marques, 1986; Deslandes, 1997; Brasil, 1993). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar realizada no ano de 1988 (IBGE, 1989), 55% das mulheres vítimas de agressão na Região Sudeste do Brasil haviam sido vitimizadas em seus próprios lares, sendo que, em 62,2% dos casos, os agressores foram seus parentes ou conhecidos. No caso das crianças e adolescentes, a proporção é ainda maior. Segundo a pesquisa, 80% das agressões físicas foram perpetradas por esses agressores.

No Estado do Rio de Janeiro, estatísticas da polícia civil do ano de 1991 indicam que cerca de 70% dos homicídios de crianças de zero a onze anos foram perpetrados pela própria família (Soares, 1997). A magnitude da violência domiciliar também pôde ser evidenciada no inquérito realizado durante os anos de 1990 e 1991, com escolares do Município de Duque de

Caxias. Nessa pesquisa, cerca de 33% das crianças e adolescentes entrevistados relataram a ocorrência de atos violentos na relação entre pais e filhos em seus domicílios (Assis, 1992).

Mesmo que ainda insuficientes, as estatísticas apresentadas acima apontam para um cenário merecedor de enfrentamento imediato. É fundamental a elaboração de propostas de ação com vistas à prevenção do problema e o acompanhamento de suas vítimas. Porém, se ações são indiscutivelmente prioritárias, o desenvolvimento de linhas de investigação nessa área não devem ser deixadas em segundo plano.

Nesta perspectiva, o presente artigo destaca o campo das investigações, procurando explicitamente fazer uma ponte entre a apropriação do conhecimento gerado e efetivas propostas de ação. Por mais que pareça lugar-comum afirmar a pesquisa como um dos fundamentos da ação social, não se deve ignorar o fato de que muito do que se decide, e subsequente se implementa, é pouco embasado em informações substantivas e, principalmente, sistematizadas. Se esta é uma crítica em geral, não seria um equívoco afirmar que no Brasil isto tem sido a regra, e não a exceção. Com o progressivo entendimento e conscientização da sociedade brasileira frente ao grave problema da violência familiar, passa a haver, ainda que reconhecidamente nos seus primórdios, uma crescente demanda por ações que a enfrente. Por sua novidade, surge também uma excelente oportunidade de se criar um ambiente onde as políticas e ações sanitárias para o enfrentamento do problema passem a se articular intimamente a programas de investigação, não importando se dentro ou fora de academias.

Seguindo essa diretriz, o restante deste artigo divide-se em mais quatro partes. Na próxima seção, procura-se mapear as principais linhas de pesquisa em violência familiar no âmbito da saúde coletiva, oferecendo, mesmo que de forma tentativa e sujeita a debate e aprimoramentos, uma tipologia de estudos. A seção seguinte explora com mais ênfase um desses campos de estudo, especificamente o das pesquisas que avaliam as conseqüências diretas e indiretas do fenômeno na saúde de crianças e adolescentes. Procurando a ponte aludida acima, segue-se uma seção onde são discutidos os possíveis elos entre o conhecimento a ser gerado neste âmbito e as possíveis propostas de prevenção da violência familiar. Finalmente, na última seção, são feitas algumas considerações sobre a importância do enfoque familiar em oposição ao individual; do multidisciplinar em vez da abordagem compartimentalizada; e sobre a necessidade de integração das várias agências e serviços envolvidos com a violência familiar.

2.1.4. Uma tipologia dos estudos da área de violência familiar

Iniciando uma descrição das linhas de investigação na área de violência familiar, vale ressaltar que a complexidade do fenômeno impõe que o conhecimento a ser produzido seja necessariamente construído por profissionais de diferentes áreas, destacando-se os profissionais de saúde, cientistas sociais, antropólogos, entre outros. Embora reconhecendo que essa transdisciplinaridade implique vasto campo de estudo, dar-se-á ênfase aos estudos do âmbito direto da Saúde Coletiva. Apresenta-se, a seguir, uma proposta de classificação dos estudos, agrupando-os conforme seus principais objetivos. A tipologia apresentada se baseia na leitura de títulos e resumos dos artigos publicados em periódicos indexados na rede MEDLINE e LILACS, no ano de 1996, totalizando cerca de 600 artigos.

O primeiro grupo de investigações é composto por estudos interessados em discutir aspectos teórico-conceituais relacionados ao tema. Em geral, essas pesquisas são mais do âmbito dos cientistas sociais e antropólogos, *e.g.*, pesquisas enfocando as questões relacionadas à definição de violência familiar ou as que discutem as repercussões de questões eminentemente teóricas sobre o que Reichenheim & Moraes (1998) descrevem como validade operacional de investigações.

Um segundo grupo de trabalhos é constituído por estudos de frequência (incidência, prevalência e frequências relativas), que procuram dimensionar a magnitude da violência familiar e identificar a sua importância com relação às demais violências, às outras causas externas e aos outros agravos em geral. Tradicionalmente, a epidemiologia é a disciplina que mais tem contribuído para o avanço do conhecimento na área.

O terceiro grupo se refere aos estudos descritivos que avaliam o perfil de vítimas e agressores, com intenção de identificar grupos mais suscetíveis e vulneráveis. As informações geradas por essas investigações permitem identificar marcadores de risco, e contribuem para elaboração de diagnósticos situacionais e identificação de subgrupos para ações sanitárias, incluindo cobertura. As principais questões abordadas nesses estudos são as características espaço-temporais e pessoais envolvidas, bem como descrições das relações de parentesco entre vítimas e agressores.

Uma quarta linha de pesquisa é representada pelos estudos sobre os possíveis determinantes/fatores de risco para a violência familiar. De acordo com a revisão bibliográfica realizada, os estudos abordam, principalmente, os fatores pessoais/psicológicos dos indivíduos envolvidos; a história de violência em gerações anteriores ou em idade mais precoces; fatores ambientais e sócio-econômico-culturais dessas famílias; e as características

situacionais presentes nos momentos de violência familiar; estes últimos, os fatores mais diretos na ocorrência da violência.

Pesquisas aglutinando estudos que discutem questões relacionadas às propostas de ação para o enfrentamento do problema formam um quinto grupo. Essas investigações englobam a literatura sobre diretrizes, políticas e estratégias, globais ou locais, com vistas à redução da violência familiar. Pode-se incluir aqui também os estudos de avaliação das próprias estratégias. Tais pesquisas objetivam analisar os processos envolvidos nas ações ou a análise de resultados e impacto das ações implementadas. As pesquisas que avaliam a prática de profissionais de saúde na assistência às famílias vítimas de violência, ou as que exploram as relações entre as instituições envolvidas no atendimento das vítimas são exemplos de estudos de processos. No outro conjunto, pode-se citar os estudos sobre mudanças nos conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde após campanhas educativas sobre violência familiar, ou os que avaliam a redução da incidência ou prevalência de violência familiar após uma intervenção específica.

Uma sexta categoria tipológica é constituída pelos estudos que têm como objetivo construir e avaliar a validade e confiabilidade de instrumentos elaborados para a captação da violência familiar no nível empírico. Vale ressaltar que essas pesquisas se dedicam, prioritariamente, aos instrumentos de cunho quantitativo, capazes de rastrear as possíveis ocorrências de violência familiar em investigações epidemiológicas ou de casos.

Por fim, identifica-se um sétimo grupo de investigações, composto por estudos que abordam as conseqüências da violência familiar. Tais pesquisas objetivam, dentre outros, a análise dos custos sociais e econômicos, além de explorar as possíveis repercussões da violência no estado de saúde de suas principais vítimas. Este grupo de estudos é de especial interesse aqui, uma vez que a tipologia nos servirá para buscar os possíveis elos entre o conhecimento a ser gerado e as propostas de ação para o enfrentamento da violência familiar. A próxima seção é dedicada a algumas das evidências já observadas nos estudos da área. São enfocadas, especificamente, as pesquisas sobre as conseqüências da violência na saúde da criança e adolescente.

2.1.5. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança

Os primeiros estudos na área abordavam, principalmente, as conseqüências traumáticas do abuso físico. Mais recentemente, este campo de investigação se amplia e passa a incorporar um grande número de pesquisas que focalizam também as conseqüências psicológicas da violência familiar na saúde de suas vítimas (Kempe *et al.*, 1962; Garbarino *et*

al., 1988). No entanto, ainda são bastante escassas as investigações sobre o efeito indireto e complementar da violência familiar em processos de adoecimento mais complexos ou sobre os efeitos na saúde da criança em consequência do testemunho de violência entre outros membros da família. Um dos possíveis motivos para a carência de pesquisas desse tipo é a dificuldade de isolar o efeito da violência familiar em processos envolvendo fatores de risco relacionados entre si, onde o estabelecimento de hierarquia entre os mesmos é problemático.

Independentemente da forma de apresentação da violência, quer físico, psicológico, sexual ou por negligência (Brasil, 1997), um expressivo número de autores aponta que as principais consequências dos maus-tratos na infância se dão sobre o desenvolvimento infantil nas esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva (Kashani, 1992; Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997). Essas investigações sugerem que a intensidade do problema depende da conjunção de vários fatores, tais como o desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança; o vínculo afetivo entre o agressor e vítima; a representação do abuso para a criança e a duração do mesmo; a natureza da agressão; ou ainda, as medidas em curso para a prevenção de abusos futuros.

Para facilitar a apresentação desta breve revisão, as consequências da violência familiar na saúde infantil podem ser classificadas por dois eixos. O primeiro discerne as consequências traumáticas (físicas), as emocionais ou afetivas, os agravos habitualmente explorados pelo domínio da saúde materno-infantil (desnutrição, baixo-peso ao nascer, etc.), e, por exclusão, as outras consequências que não se enquadram em nenhum dos grupos anteriores. O segundo eixo classifica as consequências com relação ao tempo decorrido entre a exposição à violência e o aparecimento do agravo. Neste sentido, as consequências podem ser imediatas, mediatas ou de longo prazo.

Vale ressaltar que, como qualquer esquema, esse também tem seus limites borrados, na medida em que tenta reduzir conceitos às suas características mais marcantes e visíveis. Por vezes, não se conhece o início do processo de instalação, o que dificulta a classificação do agravo com relação à sua temporalidade. Ademais, a associação entre os diferentes tipos de maus-tratos torna difícil a distinção da modalidade de abuso que gerou um certo agravo. A seguir, apresenta-se uma sintética descrição das consequências da violência familiar à saúde da criança.

Conseqüências traumáticas/agravos físicos

As conseqüências da violência que diretamente atingem a saúde da criança ou do adolescente podem ser imediatas, de médio e longo prazo. As imediatas são mais facilmente identificadas, já que tendem a deixar marcas visíveis, principalmente na pele ou no sistema ósteo-articular. As conseqüências traumato-ortopédicas decorrentes de abuso físico, tais como traumatismos cranianos, luxações e fraturas; e as lesões de pele, tais como escoriações e hematomas, são os principais exemplos. Também não são raros os cortes, queimaduras e rompimento de órgãos (ABRAPIA, 1992; Hendricks-Matthews, 1993; Deslandes, 1997). Observa-se uma grande variação do espectro de gravidade desses agravos, tendo repercussões diretas sobre a notificação e a demanda de atenção médica. Na maioria das circunstâncias, as lesões são leves e passam despercebidas. Porém, em alguns casos, os traumas são graves, necessitando de internação hospitalar e podendo levar, inclusive, ao óbito. Em geral, as situações mais graves são decorrentes de múltiplas lesões, habitualmente envolvendo a utilização de objetos, tais como cintos, pedaços de madeira e barra de ferro, entre outros.

Com relação aos abusos sexuais, deve-se destacar que a maioria ocorre sem que haja sinais físicos quaisquer. Segundo relatos (ABRAPIA, 1992), em apenas uma pequena parcela de casos é possível identificar lesões físicas que demonstrem a ocorrência desse tipo de abuso. Conspicuamente, muitos abusos sexuais se dão sem que haja qualquer violência física ou vestígios corporais; são geralmente perpetrados repetidamente por alguém conhecido da vítima. Porém, em alguns casos, ocorrem conseqüências físicas locais imediatas, tais como lesões himenais, escoriações, hematomas locais, laceração de períneo, além de traumas em outras regiões corporais, em decorrência de abuso físico simultâneo (Rappley & Speare, 1993; Levitt *et al.*, 1993).

As conseqüências de situações de negligência são mais difíceis de se caracterizar e, portanto, de se identificar. Isto é ainda mais complicado em sociedades nas quais importante parcela das crianças e adolescentes é vítima crônica da negligência do próprio Estado, que não lhes garante condições mínimas necessárias ao crescimento e desenvolvimento. Nestas circunstâncias, a própria definição de negligência familiar é pouco clara, o que dificulta a imputação de causalidade em certas associações encontradas. Apesar disso, é possível postular que crianças negligenciadas pela família e pouco supervisionadas tenham maior risco de ser vítimas de “acidentes domésticos” do que crianças não negligenciadas. Sob este rótulo encontram-se as quedas, os envenenamentos, as queimaduras graves ou mesmo os atropelamentos peridomiciliares. As conseqüências podem ser das mais variadas, desde simples escoriações geradas por traumas leves, até a própria morte da criança ou adolescente.

Conseqüências emocionais/agravos afetivos

Sendo geralmente de médios e longos prazos, as conseqüências emocionais são também de identificação difícil. A gama de conseqüências do abuso emocional, físico e sexual continuados é vasta. Autores relatam distúrbios psicossomáticos gastrointestinais crônicos e remitentes, ou dores abdominais inespecíficas; repercussões psicoemocionais, como a ansiedade ou a depressão; dificuldades de relacionamento e comportamento manifestadas por agressividade, timidez, isolamento social progressivo e distúrbios do sono e apetite; ou ainda, problemas na esfera de atividades, como, por exemplo, a baixa performance social e intelectual (Kashani *et al.*, 1992; Hendricks-Matthews, 1993; Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997).

Algumas pesquisas sugerem também que a punição corporal na adolescência possa estar associada ao quadro de abuso de álcool e drogas, depressão e tentativas de suicídio na idade adulta (National Research Council, 1993 apud Gelles, 1997). Recentemente, estudos vêm apontando relação entre história de violência familiar na infância e a criminalidade na adolescência (Widom, 1989; Aber *et al.*, 1990). Em vítimas de abuso sexual, também é descrita uma inter-relação dos agravos descritos acima com comportamentos sexuais incompatíveis com os esperados para a idade (Kendall-Tackett *et al.*, 1993).

Um outro enfoque, que somente nas últimas duas décadas tem recebido alguma ênfase, concerne às possíveis conseqüências, para a saúde da criança, do testemunho da violência entre os pais (Freidrich & Einbender, 1983; Kazdin *et al.*, 1985). Alguns autores apontam que, diferentemente do que se supunha, as conseqüências emocionais da convivência das crianças em situações de grande conflito podem ser até mesmo piores do que quando elas mesmas são o alvo de violência. Tal como nos casos de violência diretamente infligida, estudos sugerem a ocorrência de distúrbios ulteriores nos níveis emocionais, cognitivos e de comportamento. A percepção de que vivem em famílias sem limites, conflituosas e perigosas, misturando-se à freqüente culpabilidade que carregam da violência entre os pais, são parte do cenário de desencadeamento de agravos psicoemocionais, quer de curto, médio ou longo prazos (Layzer *et al.*, 1985; Hughes, 1988; Jaffe *et al.*, 1990).

Algo que merece atenção especial é que a violência entre membros do casal também pode vir acompanhada da violência específica contra a criança. Isto torna difícil compreender o efeito isolado de cada fator contribuinte no processo de ocorrência desses problemas (Hilberman, 1980). Algumas pesquisas têm mostrado que essa concomitância tem efeito sinérgico sobre a saúde da criança, a gravidade da situação conjunta sendo maior que a soma dos efeitos dos dois abusos em separado (Kashani, 1992).

Agravos habitualmente explorados no domínio da saúde materno-infantil

Como mencionado no início da seção, ainda são escassas as linhas de investigação que se debruçam sobre a violência familiar como um dos fatores de risco para os agravos classicamente estudados no domínio materno-infantil (desnutrição, baixo-peso ao nascer, infecções no primeiro ano de vida, etc.). Descrevem-se, a seguir, algumas evidências que têm emergido nos últimos anos e que, pela falta de consenso e precocidade de seus programas de investigação, merecem ainda ser mais bem estudadas.

Violência familiar e estado nutricional

Poucos estudos existem sobre as possíveis conseqüências da violência familiar na situação nutricional infantil. Assumindo que um ambiente familiar conflituoso e hostil pode levar a uma situação de estresse importante para toda a família, alguns autores (Karp *et al.*, 1989; Valdez-Santiago & Sanín-Aguirre, 1996) vêm apontando para uma possível associação entre violência familiar e deficiências nutricionais, quer intra-uterinas, quer nos primeiros anos de vida.

A maioria desses artigos é investigações transversais, o que apenas sugere a existência de associação entre a ocorrência de maus-tratos e a desnutrição (Bullard *et al.*, 1967; Birrel & Birrel, 1968; Bernard *et al.*, 1973; Krieger, 1974; Martin, 1973; Martin *et al.*, 1974). As pesquisas descrevem condições denominadas *failure to thrive* e *dwarfism*, que assinalam a falha do crescimento por determinações sociais e psicológicas (Bullard *et al.*, 1967; Birrell & Birrel, 1968; Martin *et al.*, 1974). Segundo estudo realizado pelo *Denver Department of Welfare*, a existência de um ambiente familiar ofensivo é um elemento tão ou mais importante para o desenvolvimento da criança do que o abuso em si. Questiona-se se esse ambiente ofensivo não poderia estar contribuindo também para a ocorrência de problemas nutricionais (Martin *et al.*, 1974; Battacharyya, 1983). Segundo os autores, o abuso físico da criança usualmente ocorre em associação com algumas outras condições ambientais desfavoráveis. A negligência nutricional, o abuso sexual, a presença de agravos emocionais severos em um ou ambos os pais, e a privação econômica e social são situações freqüentemente concorrentes em famílias que maltratam suas crianças. Desta forma, uma situação nutricional inadequada pode estar associada a qualquer um desses fatores, isoladamente ou em conjunto com os demais.

Outra questão a ser considerada é a relação psicológica existente entre mãe e filho no processo de determinação do crescimento infantil. Alguns autores abordam o tema estudando um quadro complexo conhecido como “síndrome de privação materna” (Whitten *et al.*, 1969). Essas pesquisas sugerem uma relação entre cuidados com a criança, o estado psicológico e

emocional da mãe, e a falta de crescimento físico na infância. São sugeridos dois processos básicos para a ocorrência de agravos nutricionais em crianças submetidas a tal situação. No primeiro e mais direto, a desnutrição ocorreria como resultado do não oferecimento e aporte inadequado de alimentação. No segundo, a desnutrição seria o elo final de um processo envolvendo primeiramente a ocorrência de problemas emocionais importantes, levando, subseqüentemente, à diminuição de apetite e uma progressiva e sistemática recusa alimentar.

Violência na gestação e agravos no recém-nascido

Ainda existem poucos estudos epidemiológicos com o objetivo de discutir as conseqüências da violência durante a gestação na saúde da gestante e da criança. As poucas evidências, no entanto, apontam certos perfis que merecem aprofundamento. Alguns estudos indicam que as gestantes vitimizadas iniciam o pré-natal mais tardiamente, o que dificultaria a identificação de comportamentos de risco, tais como o tabagismo; uso de medicamentos proscritos ou drogas ilícitas durante a gestação; e patologias progressas ou correlatas à gravidez, acarretando um possível aumento de complicações maternas e fetais (Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993). As pesquisas que estudam as conseqüências na saúde do feto sugerem a possibilidade de associação do abuso físico na gestação com várias conseqüências deletérias, tais como o aborto espontâneo ou hemorragias intracranianas com conseqüente morte fetal. Também é citado o descolamento prematuro de placenta, que aumentaria o risco de prematuridade e outras complicações maternas e fetais (Pugh, 1978; Goodwin & Breen, 1990; Berenson *et al.*, 1994).

Recentemente, investigações vêm apontando uma possível associação entre a violência contra a mulher durante a gestação e baixo-peso ao nascer (Bullock & McFarlane, 1989; Schei *et al.*, 1991; Parker *et al.*, 1994 e Valdez-Santiago & Sanín-Aguirre, 1996). Os resultados conflitantes e os sérios problemas metodológicos encontrados nessas investigações indicam a necessidade de realização de novos estudos sobre o tema. A maioria das pesquisas utiliza delineamentos inadequados e tem pouco cuidado com os rigores de definição, desenho e execução necessários à interpretações causais. Outra questão importante é que a maioria das pesquisas foi realizada nos Estados Unidos, sendo apenas três estudos provenientes de outros países.

Vale enfatizar a pertinência dessas investigações face às lacunas que ainda existem nos programas de investigação sobre os determinantes do baixo-peso ao nascer e de seus principais componentes (prematuridade e crescimento intra-uterino retardado). As pesquisas na área têm destacado que tais agravos são originados por um conjunto de dimensões inter-relacionadas e apenas parcialmente conhecidas. Nesse debate, muito se tem questionado

sobre o efeito de fatores psicossociais maternos na gênese dos desfechos. O grande número de investigações na área é decorrente da inconsistência dos achados anteriores. Parece pertinente sugerir que um ambiente familiar violento durante a gestação possa levar a uma situação conflituosa importante para toda a família, especialmente para a gestante, que, por questões próprias da gravidez, é mais suscetível a qualquer evento estressante. Desta forma, torna-se interessante acoplar, a estes programas de investigação, pesquisas que discutam as possíveis repercussões da violência durante a gestação no desenvolvimento intra-uterino da criança.

Outras conseqüências

As investigações que abordam as conseqüências do fenômeno na saúde das mulheres relatam que aquelas vitimizadas por pessoas do círculo próximo de relações em seus próprios domicílios estão mais sujeitas a uma série de sintomas e formas de adoecimento (Hilberman, 1980; Giffin, 1994; Heise, 1994). Os problemas de saúde vão desde dificuldades adaptativas até a própria morte. São citados o isolamento social, a insegurança, a depressão, os distúrbios do sono, a baixa auto-estima, a presença de dores abdominais recorrentes, lombalgias crônicas, cefaléia, contusões localizadas e distúrbios psicossomáticos (Heise, 1994; Minayo, 1994; Valdez-Santiago & Sanín-Aguirre, 1996). Outras investigações têm indicado uma importante associação entre o fenômeno e o uso de álcool, fumo e drogas ilícitas (Mc Farlane *et al.*, 1996; Martin *et al.*, 1996; Gelles, 1997). O estresse permanente, a decepção com o companheiro e a falta de esperança de modificação da situação de violência são os principais precursores da aquisição ou intensificação desses hábitos de vida (Giffin, 1994).

Considerando-se a variada gama de conseqüências da violência familiar na saúde das mulheres que vivenciam essa experiência, é possível questionar sua plena capacidade de educar e criar as crianças de forma adequada. Como será discutido nas considerações finais do artigo, apesar de a possibilidade da violência familiar vitimizar diretamente apenas um integrante da família, indiretamente, seus efeitos são observados em todos os membros do núcleo familiar. Possivelmente, tais repercussões são preferencialmente observadas nas crianças menores, em função do conhecimento existente sobre as estreitas relações entre o estado de saúde físico e mental materno, e o crescimento e desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida (Beautrais *et al.*, 1982; Fergusson *et al.*, 1984; Freeman, 1984).

Também merecem menção algumas conseqüências da negligência não abordadas anteriormente, tais como os atrasos ou falha completa no esquema de vacinação, que aumentam o risco das doenças imunopreveníveis; os hábitos higiênicos inadequados, que aumentam o risco de doenças diarréicas, dermatológicas ou bucais; e a falta de adesão a

prescrições ou ausência de tratamento adequado pelos pais, levando ao agravamento da doença em questão (ABRAPIA, 1992).

Outro ponto que tem sido discutido concerne às conseqüências de estupro e outros abusos sexuais. Além da gravidez, quase sempre indesejada, merece menção o potencial risco de se contrair doenças sexualmente transmissíveis, destacando-se a infecção pelo HIV. Estudos apontam para um risco aumentado em contrair infecções, o que vem justificando a utilização de tratamento profilático para algumas dessas patologias em instituições de referência nacionais para o atendimento de adolescentes e mulheres vítimas de violência sexual (Santos, 1991; Levitt, 1993).

Também vem sendo debatido intensamente o papel da violência durante a infância e adolescência na reprodução da violência familiar (Belsky, 1993). Um dos principais fatores de risco para a ocorrência de violência familiar é a história pregressa de violência durante a infância, em um ou mais membros da família. Apesar de não ser consensual, a hipótese de transmissão entre gerações tem um grande número de adeptos entre os pesquisadores da área. Segundo estudos norte-americanos, a taxa de abuso de mulheres é mil vezes maior em homens que presenciaram violência familiar em suas infâncias do que nos que não presenciaram (Straus *et al.*, 1980). Além disso, alguns autores que trabalham com mulheres vítimas de violência indicam uma maior dificuldade para romper o ciclo da violência e se afastarem dos maridos agressores nas mulheres que presenciaram violência grave entre os pais (Jaffe *et al.*, 1990). Segundo Belsky (1993), os opositores à idéia de transmissão da violência entre gerações se baseiam nas críticas metodológicas cabíveis à maioria dos estudos sobre o tema. Tais críticas envolvem o reduzido tamanho amostral das pesquisas; a excessiva confiança depositada em informações retrospectivas; o grande número de pesquisas sem um grupo controle ou com controles inadequados; e o possível viés de informação decorrente do conhecimento da atual situação de agressor nos estudos que avaliam a ocorrência de violência na infância, através de entrevistas não estruturadas.

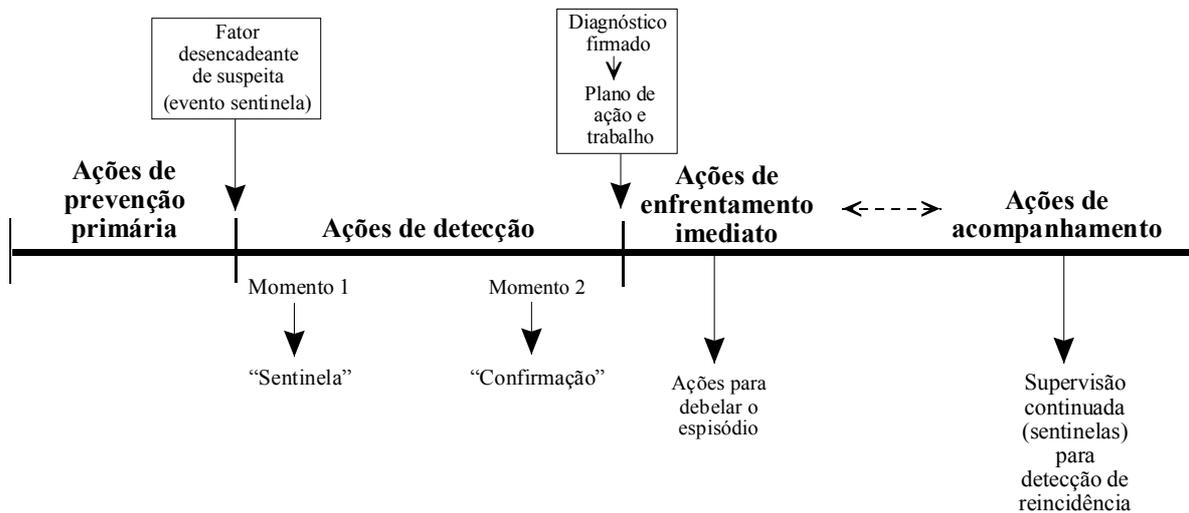
2.1.6. Elo entre as informações geradas por investigações sobre as conseqüências da violência familiar e ações sanitárias

Ao longo do texto foram descritas as linhas de investigação sobre violência familiar no âmbito da saúde coletiva e uma atenção especial foi dada aos estudos interessados em suas conseqüências na saúde da criança e do adolescente. Mesmo levando em conta que muitas dessas informações ainda são precárias e insuficientes, é sempre interessante procurar

entender a conexão entre um possível conhecimento e as práticas de saúde que dele se beneficiam. Esta seção visa a chamar a atenção para a questão.

Na Figura 1, propõe-se um modelo esquemático das fases do processo de atenção à violência familiar. O intuito do modelo é facilitar o entendimento dos exemplos oferecidos adiante sobre as possíveis articulações entre o conhecimento gerado pelas investigações a respeito das conseqüências da violência familiar e as ações relacionadas. Uma idéia geral dos processos que envolvem uma ação de saúde permite a identificação dos atores envolvidos em cada etapa, de suas possíveis atribuições e tarefas, e, não menos, permite apontar o conhecimento necessário para que esses atores decidam e executem melhor suas ações.

Figura 1 - Modelo esquemático das ações relativas à violência familiar no âmbito da Saúde Coletiva



O modelo se restringe propositadamente ao âmbito do setor saúde. No entanto, é fundamental entender que qualquer ação a ser tomada nesse campo se aninha intimamente à esfera das decisões macrossociais e políticas, sem as quais não há norte. Na perspectiva da pesquisa, vale a pena enfatizar a importância do desenvolvimento de estudos que discutam e articulem conceitos habitualmente pesquisados pelas ciências sociais, tais como o conceito de justiça social, de cidadania, de solidariedade e reciprocidade, com a violência familiar. As relações entre essas questões, bem como o papel dos meios de comunicação de massa e o crescimento da violência nos últimos anos, vêm sendo discutidas por vários autores da área (McRobbie & Thornton, 1995; Velho, 1996; Wieviorka, 1997; Núcleo de Pesquisa das Violências, 1998). No entanto, no âmbito precípua da violência na família, os estudos são escassos e devem ser encorajados.

Como sugere a , as estratégias de ação sanitária no âmbito da violência familiar podem ser encadeadas em três etapas distintas. A de prevenção primária envolve, por exemplo, a incorporação de atividades de educação em saúde às rotinas dos serviços. As atitudes e comportamentos frente aos conflitos familiares; a importância de a violência familiar tornar-se pública; as possíveis apresentações da violência e suas principais características; informações sobre locais de atendimento a vítimas de violência familiar; e a importância da notificação são alguns dos pontos que poderiam ser trabalhados.

Em termos de detecção, pode-se identificar dois momentos distintos. Ações precoces de detecção se referem a uma rede de captação, envolvendo instâncias e atores particulares. Aqui são importantes os fluxos de informação, especialmente os sistemas de notificação a partir de denúncias e eventos sentinela. O segundo momento das ações de detecção enfatiza o processo da investigação da suspeita, passando pelo aprofundamento e discussão do caso por equipes multiprofissionais, e culminando em uma eventual confirmação (ou refutação) de violência na família.

Uma vez constatada e confirmada uma situação de violência, a terceira etapa inicia-se com a formulação de um plano de ação envolvendo os integrantes da família e os profissionais do serviço e, possivelmente, de outras instituições de referência (*e.g.*, abrigos temporários, o poder judiciário, etc.). Dependendo da gravidade e particularidade da situação, pode-se visualizar duas formas de enfrentamento, não mutuamente exclusivas. Uma concerne a questões agudas que necessitam ser debeladas imediatamente, envolvendo medidas emergenciais na assistência à vítima, notificação aos órgãos competentes para devidas providências, etc. Pressupondo um controle da situação emergencial, a outra forma de atuação envolve o acompanhamento da família, visando à detecção do afloramento de novas situações de conflito; ações familiares de longo prazo, como, por exemplo, participação em grupos de auto-ajuda; ou ainda ações de ajuda no nível individual. Como indica a seta pontilhada no diagrama 1, havendo uma “agudização” da situação de conflito na família, ações emergenciais são reativadas.

Com esse esquema em mente, pode-se buscar os momentos em que as informações provenientes das pesquisas que abordam as conseqüências na saúde são oportunas para embasar decisões apropriadas. Em relação aos traumas físicos, por exemplo, o conhecimento de suas manifestações mais freqüentes teria repercussão direta na suspeição de casos pelos serviços de saúde, especialmente os de emergência. A ocorrência de lesões não explicadas a contento pelos familiares, por exemplo, sugere que a possibilidade de a criança ter sido vítima de uma lesão intencional por algum membro da família deva ser investigada pelos

profissionais que atendem o caso. Detalhes sobre as conseqüências psicoemocionais, tais como depressão, ansiedade, distúrbios neurovegetativos e do sono são importantes, tanto para a especificidade das ações terapêuticas no período de acompanhamento, quanto para a suspeição de problemas recrudescentes entre os membros da família.

Entender os elos entre a violência e os agravos no âmbito materno-infantil pode ser extremamente interessante, não só para o enfrentamento dos agravos *per se*, como na eleição destes como eventos-sentinela para a situação de violência. O conhecimento de que existe uma criança severamente desnutrida na família, ou da ocorrência de baixo-peso sem outros fatores clínicos que o expliquem, pode ser útil tanto numa fase inicial de detecção, quanto na fase de acompanhamento, apontando para possíveis recrudescimentos de conflitos marcantes. Profissionais de saúde certamente se beneficiariam do aumento na capacidade de identificar precocemente casos de violência nos serviços, acelerando as ações pertinentes.

Além das possibilidades de atuação direta, a expansão do conhecimento sobre a vasta gama de conseqüências da violência, bem como sobre a gravidade de suas manifestações, também se justifica pelo importante papel que pode ter em termos de sensibilização e engajamento de profissionais de saúde nos programas de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento. Além disso, a própria consideração da necessidade de enfrentamento imediato do problema pelos planejadores de políticas públicas do setor saúde também será facilitada pela aquisição e divulgação dos resultados das investigações. O conhecimento sobre a diversidade dos agravos pode servir para colocar definitivamente a violência familiar nas agendas de atuação do setor.

2.1.7. Considerações finais

Pervadindo as questões abordadas ao longo deste texto, parece crucial entender a violência familiar como um fenômeno complexo que envolve todos os integrantes do núcleo familiar e não se restringe a um indivíduo ou uma relação específica. Considerando, por exemplo, as repercussões na saúde da mulher apontadas acima, é fácil imaginar que, mesmo confinadas ao casal, as conseqüências da violência se darão sobre toda a família. Como exigir que uma mãe que passa por essas experiências possa cuidar adequadamente de seus filhos? Como evitar que as crianças sejam negligenciadas ou mesmo agredidas física e emocionalmente? Gelles (1997) alerta para o fato de que, a despeito das reconhecidas peculiaridades das diversas modalidades de violência — “violência contra a mulher”, “violência contra a criança”, “abuso infantil”, “abuso de idosos”, entre outras — a abordagem

isolada dos fenômenos não contribui para um melhor conhecimento e enfrentamento do problema.

A abordagem familiar da violência e a própria complexidade do fenômeno traz como consequência a necessidade de integrar diferentes profissionais através da formação de equipes interdisciplinares em qualquer programa de prevenção, detecção e acompanhamento de vítimas. Ressalta-se a importância da permanente discussão dos casos atendidos por todos os integrantes da equipe responsável pelo acompanhamento da família. As especificidades de cada profissional permitem que a situação seja discutida de diferentes perspectivas, facilitando a confirmação do evento e o planejamento das atividades a serem desenvolvidas.

Neste sentido, esforços merecem ser dirigidos visando a quebrar efetivamente barreiras disciplinares, fazendo com que essas equipes não sejam meros retalhos, integradas por profissionais primordialmente alocados nos seus tradicionais setores (pediatria, psicologia, enfermagem, serviços sociais, etc.) e, despojadamente, participando das atividades nas “horas-extra”. Ao contrário, essas equipes interdisciplinares deveriam ser compostas por profissionais dedicados em tempo integral, permitindo concentração de esforços e expertises. Para colocar essa proposição em perspectiva, vale perguntar se um agravo que atinge milhares, senão milhões, de crianças, adolescentes e mulheres, não merece um “setor” específico.

O engajamento de programas que tenham a família como alvo de intervenção nas estratégias de ação também deve ser considerado, visto que as atividades realizadas tendem a estreitar as relações entre o serviço de saúde e a comunidade; facilitar a identificação de famílias de risco (adolescentes grávidas; famílias onde haja abuso de álcool e drogas ilícitas, por exemplo); possibilitar o levantamento das possíveis redes sociais de apoio disponíveis; e permitir uma frutífera prática interdisciplinar de profissionais envolvidos com o atendimento das famílias.

Outro nível de integração necessário se dá entre as diferentes instituições envolvidas na prevenção da violência. Atualmente, ainda se observa uma real dificuldade de trabalho conjunto e retroalimentado entre organizações (setor judiciário; conselhos tutelares; organizações não-governamentais; etc.). A divulgação e integração das atividades realizadas, o retorno de informações sobre o andamento dos casos e a especificação de ações, evitando a sobreposição de serviços, ainda são metas a serem atingidas. Vale ressaltar a insuficiência de programas de avaliação dos processos implementados, alicerce fundamental para o aumento da efetividade das ações realizadas.

Como alerta final não se deve perder a perspectiva da escassez de informações existentes sobre a violência familiar. Que o panorama oferecido acima não crie a ilusão de substância. Muito do que foi exposto ainda demanda aprofundamento. Porém, no afã de atuar, há uma tendência de se aceitar conjecturas ou evidências ainda tênues para o embasamento de decisões e ações. Isto requer atenção. Para enfrentar a questão, há uma premência de discussões sobre as prioridades e rumos de programas de investigação na área, identificando as lacunas existentes a cada passo de cada fase de atuação.

2.1.8. Referências bibliográficas (artigo 1)

ABER J.L., ALLEN JP, CARLSON V & CICCHETTI D 1990. The effects of maltreatment on development during early childhood: recent studies and their theoretical, clinical and policy implications, pp. 579-619. In D. Cicchetti & V. Carlson (orgs.) — *Child maltreatment: Theory and research on causes and consequences*. Cambridge University Press, New York.

ABRÁPIA, 1992. *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção - guia de orientação para profissionais de saúde*. ABRÁPIA, Petrópolis. 32 pp.

ASSIS, S.G., 1992. *Violência, criança e comportamento. Um estudo em grupos sociais distintos*. Relatório final de pesquisa. Centro Latino Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (mimeo).

AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.N.A., 1993. *Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do Conhecimento*. Ed. Cortez, São Paulo. 334 pp.

BATTACHARYYA, A.K., 1983. Child Abuse and Neglect (CAN): Indian perspective. *Indian Academy of Pediatrics*, 20: 803-810.

BEAUTRAIS, A.L.; FERGUSON, D.M. & SHANNON, F.T., 1982. Life events and childhood morbidity: a prospective study. *Pediatrics*, 70: 935-940.

BELSKY, J., 1993. Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114: 413-434.

BERENSON, A.B.; WIEMANN, C.M.; WILKINSON, G.S.; JONES, W.A. & ANDERSON, G.D., 1994. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170: 1760-1769.

- BERNARD, M.V. & WOLF, L., 1973. Psychosocial failure to thrive. *Nursing Clinics of North America*, 8: 557-565.
- BIRRELL, G.R. & BIRRELL, J.H.W., 1968. The maltreatment syndrome in children: hospital survey. *The Medical Journal of Australia*, 2: 1023-1029.
- BRASIL, 1997. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Ministério da Saúde/SASA, Brasília. 24 pp.
- BULLARD, D.M.; GALSER, H.H.; HEGARTY, M.C. & PIVCHIK, E.C., 1967. Failure to thrive in the "neglect" child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37: 680-690.
- BULLOCK, L. & Mc FARLANE, J., 1989. The birth weight battering connection. *American Journal of Nursing*, 89: 1153-1155.
- DESLANDES, S.F., 1997. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública / Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde – Jorge Careli, Rio de Janeiro. 39 pp.
- FERGUSON, D.M.; HORWOOD, L.J. & SHANNON, F.T., 1984. Relationship of family life events, maternal depression and child-rearing problems. *Pediatrics*, 75: 30-35.
- FREEMAN, H.L., 1984. The scientific background. In HL Freeman (org.) — *Mental Health and the Environment*. Churchill-Livingstone, London.
- FRIEDRICH, W.N. & EINBENDER, A.J., 1983. The abused child: A psychological review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12: 244-256.
- GARBARINO, J.; GUTTMANN, E. & SEELEY, J.W., 1988. *The Psychologically Battered Child*. Jossey-Bass, London. 249 pp.
- GELLES, R.J., 1997. *Intimate Violence in Families*. SAGE Publications, London. 188 pp.
- GIFFIN, K., 1994. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10: 146-155.

- GOODWIN, T.M. & BREEN, M.T., 1990. Pregnancy outcoming and fetal-maternal hemorrhage after noncatastrophic trauma. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 162: 665-671.
- HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10: 135-145.
- HENDRICKS-MATTHEWS, M.K., 1993. Survivors of abuse: Health care issues. *Primary Care*, 20: 391-406.
- HILBERMAN, M.D., 1980. Overview: The "wife-beater's wife" reconsidered. *American Journal of Psychiatry*, 137: 1336-1347.
- HILLARD, P.J.A., 1985. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 66: 185-190.
- HUGHES, H.M., 1988. Psychological and behavior correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal Orthopsychiatry*, 58: 77-90.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1989. Crianças e adolescentes: Indicadores sociais. IBGE, Rio de Janeiro.
- JAFFE, P.G.; HURLEY, D.J. & WOLFE, D., 1990. Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35: 466-470.
- KARP, R.J.; SCHOLL, T.O.; DECKER, E. & EBERT, E., 1989. Growth of abused children. Contrasted with the non-abuses in an urban poor community. *Clinical Pediatrics*, 28: 317-320.
- KASHANI, J.H.; DANIEL, A.E. & DANDOY, A.C., 1992. Family violence: impact on children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 181-189.
- KAZDIN, A.E.; MOSER, J.; & COLBUS, D., 1985. Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Psychology*, 94: 298-307.

- KEMPE, C.; SILVERMAN, F.; STEELE, B.; DROEGEMUELLER, W. & SILVER, H., 1962. The battered child syndrome. *Journal of American Medical Association*, 181: 107-112.
- KENDALL-TACKETT, K.A.; WILLIAMS, L. & FINKELHOR, D., 1993. The impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical literature. *Psychological Bulletin*, 113: 164-180.
- KRIEGER, I., 1974. Food restriction as a form of child abuse in ten cases of psychosocial deprivation dwarfism. *Clinical Pediatrics*, 13: 127-133.
- LAYZER, J.I.; GOODSON, B.D. & DELANGE, C., 1985. Children in shelters. *Response*, 9: 2-5.
- LEVITT, C.J., 1993. Medical evaluation of the sexually abused child. *Primary Care*, 20: 343-354.
- MARTIN, P.H.; BEEZLEY, P.; CONWAY, E.F. & KEMPE, H., 1974. The development of abused children. *Advances in Pediatrics*, 21: 25-73.
- MARTIN, S.L.; ENGLISH, K.T.; CLARK, K.A.; CILENTI, D. & KUPPER, L.L., 1996. Violence and substance use among North-Carolina pregnant women. *American Journal of Public Health*, 86: 991-998.
- MARTIN, P.H., 1973. Nutrition: Its relationship to children's physical, mental and emotional development. *American Journal Clinical Nutrition*, 26: 775-776.
- MARTIN, P.H.; BEEZLEY, P.; CONWAY, E.F. & KEMPE, H., 1974. The development of abused Children. *Advances in pediatrics*, 21: 25-73.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research*, 45: 37-42.
- MCROBBIE, A. & THORNTON, S.L., 1995. Rethinking moral panic for multi-mediated social worlds. *British Journal of Sociology*, 46: 559-574.
- MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R., 1998. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, IV: 513-531.

- MINAYO, M.C.S., 1994. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10: 7-18.
- NÚCLEO DE PESQUISA DAS VIOLÊNCIAS (NUPEVI). *Violências públicas e privadas: registros, interpretações e políticas*. Projeto de Pesquisa. Instituto de Medicina Social/UERJ. 1998.
- PARKER, B.; Mc FARLANE, J. & SOEKEN, K., 1994. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth-weight in adult and teenage women. *Obstetrics & Gynecology*, 45: 37-42.
- PUGH, R.J., 1978. The battered fetus. *British Medical Journal*, 2: 858
- RAPPLEY, M. & SPEARE, K.H., 1993. Initial evaluation and interview techniques for child sexual abuse. *Primary Care*, 20: 329-342.
- REICHENHEIM, M. & MORAES, C., 1998. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, no prelo.
- SANTOS, H.O., 1991. *Crianças violadas*. CBIA/CRAMI, Brasília. 114 pp.
- SCHEI, B.; SAMUELSEN, S.O. & BAKKETEIG, L.S., 1991. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 19: 26-31.
- STEWART, D.E. & CECUTTI, A., 1993. Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149: 1257-1263.
- SOARES, B.M., 1997. *Mulheres Invisíveis: Violência Familiar e Formações Subjetivas*. Dissertação de Doutorado. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 328 pp.
- STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. & STEINMETZ, S., 1980. *Behind Closed Doors*. Anchor Press, New York.
- STRAUS, M.A. & GELLES, R.J., 1995. *Physical Violence in American Families. Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. Transaction Publishers, New Brunswick (U.S.A) and London (U.K). 614 pp.

- VALDEZ-SANTIAGO, R. & SANIN-AGUIRRE, L.H., 1996. La Violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, 38: 352-362.
- VELHO, G., 1996. Violência , reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica, p. 10-24. In Velho G & Alvite (orgs.) — *Cidadania e Violência..* Universidade Federal do Rio de Janeiro/Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- VIEWIORKA, M., 1997. O novo paradigma da violência. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, 9: 5-41.
- WIDON, C.S., 1989. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106: 3-28.

2.2. Validade do exame clínico do recém-nascido para a estimacão da idade gestacional: uma comparao do escore *New Ballard* com a data da última menstruao e ultra-sonografia ²

2.2.1. Resumo

Nos últimos anos, o escore *New Ballard* (NB) tem sido recomendado para a avaliao clínica de recém-nascidos com vistas  estimacão de sua idade gestacional. Porém, apesar de sua crescente utilizao, as pesquisas que estudaram a validade de suas estimativas são escassas. O objetivo deste artigo  avaliar a acurácia do escore NB para o diagnóstico de prematuridade. As datas das últimas menstruaes e as ultra-sonografias obstétricas foram utilizadas como procedimentos de referência. Inicialmente, realizou-se um estudo de confiabilidade inter-observador da aplicao do escore NB e dos laudos ultra-sonográficos. O coeficiente *kappa* e o Coeficiente de Correlao Intraclasse foram 0,74 (IC 95%: 0,49-0,99) e 0,88 (IC 95%: 0,78-0,93), respectivamente. Na avaliao das ultra-sonografias, foi encontrado um Coeficiente de Correlao Intraclasse de 0,96 (IC 95%: 0,91-0,98). Em relao  validade, as sensibilidades do escore NB foram inferiores a 0,70 em cinco das seis comparaes realizadas, independentemente do procedimento utilizado como referência. Apesar de a especificidade ter sido, consistentemente, superior a 0,90, estes resultados sugerem que a capacidade diagnóstica do escore para a identificao da prematuridade  longe do ideal. A grande proporo de falsos negativos questiona o seu uso de forma isolada, tanto na prática clínica, como nos estudos epidemiológicos. Logo, o procedimento deveria ser recomendado apenas como ferramenta acessória na avaliao da idade gestacional.

Palavras-chave: idade gestacional, prematuridade, validade, confiabilidade, teste diagnóstico.

2.2.2. Abstract

In recent years, the *New Ballard* (NB) score has been recommended for the evaluation of the gestational age of newborn babies. Yet, despite its increasing use, researches on the procedure's validity are scant. The objective of this article is to evaluate the accuracy of the NB score in detecting prematurity. Date of last menstrual period (LMP) and ultrasonography

² Artigo publicado: MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M. E., 2000. Validade do exame clínico do recém-nascido para a estimaco da idade gestacional: uma comparao do escore *New Ballard* com a data da última menstruao e ultra-sonografia. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:83-94.

(USG) are used as reference procedures. First, an assessment of inter-observer reliability of the NB score measurements and the USG reports was carried out. Regarding the NB scores, the *kappa* coefficient and the Intraclass Correlation Coefficient were, respectively, 0.74 (CI 95% 0.49-0.99) and 0.88 (CI 95% 0.78-0.93). For the USG analysis an Intraclass Correlation Coefficient of 0.96 (CI 95% 0.91-0.98) was found. Turning to validity, sensitivity of the NB score was below 0.70 in all but one comparison, irrespective of which procedure was taken as reference. Although specificity was consistently above 0.90, results suggest that the diagnostic ability of the NB score to detect prematurity is far from ideal. The proportion of false negatives may be a warning against its use alone, both in clinical practice and in epidemiologic research contexts. Rather, the procedure should be recommended mainly as an accessory diagnostic tool.

Key words: gestational age, prematurity, validity, reliability, diagnostic test.

2.2.3. Introdução

Apesar dos avanços alcançados pelos programas de investigação sobre os fatores de risco da prematuridade, a maioria dos nascimentos prematuros ainda não tem fisiopatogênese conhecida (Kramer, 1987; Kramer et al., 1988; Mavalankar *et al.*, 1992; Fortier *et al.*, 1995; Lang *et al.*, 1996; Hedergaard et al., 1996). Dentre as principais dificuldades dessa linha de pesquisa, destaca-se a falta de consenso com relação aos indicadores e medidas usados para aferir alguns de seus potenciais fatores de risco e a estratégia padrão utilizada para seu diagnóstico (Dunn, 1985; Henriksen *et al.*, 1995).

Classicamente, a duração da gestação tem sido estimada através da data da última menstruação (DUM) sempre que a mãe se recorde da mesma. Porém, alguns autores questionam a acurácia desse indicador (Kramer *et al.*, 1988; Goldemberg *et al.*, 1989; Berg & Bracken, 1992; Reuss *et al.*, 1995). A possibilidade de o sangramento no primeiro trimestre ser confundido com a última menstruação e a ocorrência de ciclos longos e/ou irregulares, ampliando as diferenças entre idade da gestação e idade da concepção, são alguns dos motivos que embasam esse questionamento. Ainda assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a recomenda como o método de escolha para o cálculo da idade gestacional, tanto para fins clínicos como para as pesquisas na área (Alexander *et al.*, 1990).

Nos últimos anos, observa-se uma crescente indicação e utilização da ultra-sonografia (USG) para a estimação da data provável do parto e, conseqüentemente, da idade gestacional do recém-nascido. Apesar desta tendência, tanto o *American College of Obstetricians and Gynecologists*, como o *National Institute of Health Task Force on Diagnostic Ultrasound*

Imaging in Pregnancy, ainda evitam sua recomendação na rotina do pré-natal. Tal ressalva é consequência da escassez de evidências que indiquem uma melhora da saúde materno-infantil após sua introdução como exame de rotina (Berg & Bracken, 1992; ACOG, 1993). O elevado custo também tem sido um empecilho para sua utilização em grande escala, principalmente em países em desenvolvimento.

Em situações nas quais a validade das informações sobre a DUM seja questionável e a mãe não tenha realizado USG no primeiro ou segundo trimestre da gestação, a idade gestacional pode ser estimada através da observação de características físicas e neurológicas do recém-nascido em seus primeiros dias de vida (Dubowitz *et al.*, 1970; Capurro *et al.*, 1978; Ballard *et al.*, 1979, Ballard *et al.*, 1991). No entanto, a utilização do exame clínico da criança para estimação da idade gestacional também tem sido alvo de críticas ao longo da última década. A inadequação da maioria dos escores propostos para a avaliação de crianças em idades gestacionais extremas e/ou com baixo-peso ao nascer é apontada em diversos estudos (Vogt *et al.*, 1981; Spinnato *et al.*, 1984; Constantine *et al.*, 1987; Alexander *et al.*, 1992; Gagliardi *et al.*, 1992).

Na tentativa de contornar estas limitações, Ballard *et al.* (1991) propuseram o escore *New Ballard (NB)* como uma alternativa aos anteriores. A possibilidade de avaliar prematuros extremos, assim como sua relativa simplicidade de execução, foram os principais motivos que incentivaram uma crescente utilização do escore em diversas partes do mundo. No Brasil, estas características foram responsáveis por sua recente recomendação pela Sociedade Brasileira de Pediatria para avaliação neonatal e por sua crescente utilização nas instituições de referência como procedimento de escolha para a avaliação pós-natal da idade gestacional do recém-nascido.

Porém, apesar disto, observa-se uma escassez de estudos que discutam sua validade. Uma ampla revisão bibliográfica identificou apenas quatro estudos com esse propósito. A investigação que propôs o escore precursor do *NB* avaliou a validade da primeira versão do escore, comparando-a com um escore clínico anterior e não com procedimentos considerados de referência, a saber, DUM e USG (Ballard *et al.*, 1979).

Problemas também foram evidenciados no estudo seguinte, responsável pela divulgação do escore *NB* (Ballard *et al.*, 1991). Nessa pesquisa, os autores utilizaram estimadores de concordância que não são habitualmente utilizados para estudos de validade, especificamente, o coeficiente de correlação de Pearson e medidas de concordância simples que desconsideram a possibilidade do acaso (Bland & Altman, 1986).

Os outros dois estudos apenas avaliam o escore precursor do escore *NB*, sendo que um deles é restrito à avaliação de recém-nascidos com baixo-peso ao nascer (Constantine *et al.*, 1987; Alexander *et al.*, 1992). A relativa incipiência desse programa de investigação é, possivelmente, responsável pela existência de muitas dúvidas a respeito da validade do escore. Seu desempenho no diagnóstico das diferentes faixas de idade gestacional, o melhor momento para a realização do exame, as possíveis influências de determinadas patologias maternas gestacionais e o papel do peso ao nascimento na acurácia de suas estimativas são algumas das questões que permanecem em aberto.

Diante da insuficiência de informações e, considerando a tendência atual do progressivo uso do escore *NB* em nosso País, optou-se por discutir novamente alguns aspectos da validade concorrente do procedimento, desta feita, utilizando métodos recomendados pela literatura.

O objetivo deste artigo é avaliar a acurácia do escore *NB* para o diagnóstico de prematuridade, discutindo as repercussões dos achados tanto no contexto clínico, como no epidemiológico. Dada a importância de identificar problemas nos processos de aferição da pesquisa, foi realizada uma avaliação da confiabilidade inter-observador da aplicação do escore e uma avaliação da qualidade dos laudos dos exames ultra-sonográficos no início do período de coleta de dados do estudo principal.

2.2.4. Método

Questões teórico-conceituais e definição de variáveis e indicadores

O escore *NB* foi proposto em 1991 a partir da ampliação de escore anterior (Ballard *et al.*, 1979) visando a incorporação de características de recém-nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas. Como uma alternativa simplificada ao escore de Dubowitz (Dubowitz *et al.*, 1970), o *NB* é formado por doze itens que avaliam características somáticas e neurológicas da criança em seus primeiros dias de vida. O componente somático envolve a observação da pele, lanugo, superfície plantar, auréolas mamárias, olhos/orelhas e órgão genitais. No componente neurológico, examina-se o recém-nascido quanto a postura, ângulo do punho, recuo do braço, ângulo poplíteo, flexibilidade da articulação acrômio-clavicular (sinal do cachecol) e grau de resistência à extensão da musculatura de membros inferiores (manobra calcanhar-orelha). A idade gestacional é subsequentemente calculada a partir da

conversão do total de pontos atribuídos aos itens, em semanas de gestação, segundo um sistema de correspondência pré-estabelecido (Ballard *et al.*, 1991).³

A estimativa da idade gestacional através da DUM é a forma mais simples e antiga de se calcular a duração da gestação. Através da regra de Naegele, subtraem-se três meses e somam-se sete dias ao primeiro dia da última menstruação para o cálculo da data provável do parto. Neste estudo, a duração da gestação pela DUM foi calculada através do algoritmo $(DN - M)/7$, sendo DN a data de nascimento da criança e M o primeiro dia da última menstruação. Como recomenda a Organização Mundial de Saúde, apenas as semanas completas foram consideradas (OMS, 1995).

As comparações que utilizaram informações sobre a DUM consideraram tanto informações obtidas através da revisão do prontuário médico (DUM_P), quanto as obtidas mediante entrevista com a mãe (DUM_E). A análise de dados também contemplou a apreciação de um grupo particular de mães que apresentou diferença entre a idade gestacional estimada pela DUM e pela USG menor ou igual a duas semanas. Essas mulheres foram qualificadas como tendo a DUM confirmada pela USG (DUM_{conf1} e DUM_{conf2} se envolvendo, respectivamente, a DUM oriunda da entrevista e do prontuário).

As mães que apresentaram ciclos regulares, com período de duração entre 25 e 31 dias e que não relataram modificação das características da última menstruação com relação às anteriores, foram denominadas “mães regulares” (DUM_{ER} e DUM_{PR} se tratando, respectivamente, da DUM da entrevista e do prontuário). Este recorte visou acompanhar a literatura que aventa a possibilidade de problemas de estimativa da idade gestacional pela DUM (Kramer *et al.*, 1988; Alexander *et al.*, 1990; Berg, 1991; Berg & Bracken, 1992). A retirada de mulheres com ciclos longos, irregulares e com sangramento no primeiro trimestre de gestação evitaria um erro de estimativa.

A idade gestacional estimada a partir da USG se baseou nos laudos de exames realizados durante o pré-natal. Atendendo às recomendações da literatura de referência, apenas os exames realizados entre a 7^a e a 18^a semana de gestação foram utilizados no estudo (Campbell *et al.*, 1985; Rossavik & Fishburne, 1989; Berg & Bracken, 1992). A delimitação do período da gestação para a realização da USG leva em conta que a precisão da estimativa da idade gestacional diminui à medida que a gravidez avança.

³ O escore *New Ballard*, na íntegra, se encontra no anexo A.3.5, página 194.

Um outro subgrupo contemplado na análise refere-se às mulheres com convergência entre as idades gestacionais estimadas pelos diferentes procedimentos. Foram qualificadas como ultra-sonografias padrão (USG_{padrão}) aquelas que apresentavam diferenças iguais ou inferiores a duas semanas entre as estimativas da USG e da DUM (prontuário e entrevista).

Desenho do estudo, coleta e análise de dados⁴

A coleta das informações de interesse foi realizada na maternidade do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), localizada na cidade do Rio de Janeiro, pelo primeiro autor entre dezembro de 1998 e março de 1999. A coleta de dados sucedeu a uma etapa de treinamento e pré-teste realizados no serviço. Para a coleta de informações do prontuário e entrevista com a mãe, foram utilizados três formulários estruturados, particularmente elaborados para a pesquisa. O primeiro contemplou informações relacionadas ao pré-natal obtidas através de consulta ao prontuário médico da parturiente. No segundo, anotou-se dados sobre a gestação coletados diretamente com as mães. No último, registrou-se informações a respeito do parto e do recém-nascido contidas no prontuário neonatal, bem como da avaliação clínica de maturidade do recém-nascido.⁵

Estudo de confiabilidade do processo de aplicação do escore New Ballard

Esta etapa envolveu a avaliação de 52 crianças (cerca de 25% da amostra) por duas examinadoras. Os exames foram realizados por CLM e replicados por uma neonatologista do IFF com vasta experiência na utilização do escore. Os dois exames foram realizados de forma independente e mascarados, em recém-nascidos com menos de 72 horas de vida, com intervalo máximo de quatro horas entre as duas aferições.

Foram analisadas as confiabilidades de cada item do escore *NB*, de cada um dos componentes do mesmo (somático e neurológico) e do escore total. Além disso, foi analisada a confiabilidade entre as duas examinadoras com relação ao diagnóstico de prematuridade.

Avaliação da qualidade da idade gestacional baseada na ultra-sonografia

Três estratégias foram utilizadas visando a avaliar a qualidade dos laudos das USGs. Na primeira, avaliou-se a adequação da escolha das estruturas fetais mensuradas para embasar a estimativa da idade gestacional, segundo as recomendações de Hadlock (1984), Seeds

⁴ Mais detalhes sobre conceitos e estimadores de confiabilidade e validade se encontram no anexo A.2, página 145.

⁵ Os 3 formulários, na íntegra, encontram-se no anexo A.3.6, página 195.

(1996) e Wagner & Calhoun (1998). A segunda estratégia consistiu, de forma mascarada e independente, em avaliar a equivalência dos diagnósticos das idades gestacionais oriundos dos laudos originais e os de um examinador externo, com reconhecida experiência na realização do exame. Para esta análise, todos os laudos disponíveis (cerca de 80% do total de exames) foram refeitos utilizando-se as tabelas de Hadlock *et al.* (1984), Merz *et al.* (1987) e Merz (1988). Ambas as avaliações contemplaram, em separado, os exames realizados no IFF e os dos outros serviços. Por fim, avaliou-se os estimadores de acurácia do escore *NB*, contrastando-se os resultados obtidos através da utilização, como padrão ouro, das USGs realizadas no IFF (putativamente consideradas de bom padrão) e as realizadas em outros serviços.

Avaliação da acurácia do escore NB para o diagnóstico de prematuridade

Estudou-se a validade concorrente do escore *NB* (Streiner & Norman, 1995). Em função da falta de consenso na literatura com relação ao procedimento de referência (padrão-ouro) para a estimação da idade gestacional, avaliou-se, inicialmente, o grau de concordância entre as estimadas pela USG e DUM de todas as mulheres, bem como apenas das “mães regulares”. Da mesma forma, estimou-se a concordância entre esses procedimentos quanto ao diagnóstico de prematuridade. Uma excelente concordância nos dados permitiria optar por apenas um dos procedimentos como referência. Como isto não foi observado (ver resultados), decidiu-se pela comparação do *NB* com mais de um procedimento.

A análise que assumiu a DUM como padrão-ouro considerou todas as mulheres com a informação (DUM_E e DUM_P), bem como as que tinham sua DUM confirmada pela USG (DUM_{conf1} e DUM_{conf2}). Quando a USG foi utilizada como padrão-ouro, os indicadores foram estimados segundo o local de realização do exame. Além disso, avaliou-se a acurácia da escala considerando-se apenas as mães que apresentavam convergência entre as idades gestacionais estimadas pela DUM e USG ($USG_{padrão}$).

Excluíram-se os recém-nascidos com malformações congênitas ou patologias graves que impossibilitassem a aplicação do escore; e/ou com mais de 72 horas de vida no momento do exame clínico; e/ou quando não havia informação sobre a DUM e USG. Foram também excluídos 3 recém-nascidos devido a incompatibilidade entre as idades gestacionais e os respectivos quadros clínicos. O tamanho amostral efetivo para a estimação da acurácia do escore variou conforme a estratégia utilizada como padrão-ouro (ver tabelas na seção de resultados).

Análise de dados

Para a avaliação da confiabilidade inter-observador da escala *NB* e dos laudos ultrasonográficos, utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclass (*Intraclass Correlation Coefficient – ICC*). Para o cálculo do *ICC* foi utilizado o escore α e o modelo que assume a não-aleatoriedade dos examinadores (*two-way mixed effect model*) (Bartko, 1966 e 1976; Shrout & Fleiss, 1979). O coeficiente *kappa* (Cohen, 1960; Fleiss *et al.*, 1969) foi utilizado para a avaliação da equivalência entre as examinadoras, a respeito do diagnóstico de prematuridade. Para efeito de interpretação usou-se a classificação sugerida por Landis e Koch (1977) que julga uma concordância excelente se o *kappa* for acima de 0,75; aceitável se entre 0,40 e 0,75; e inadequada se abaixo de 0,40.

A acurácia do escore foi estimada através dos indicadores de sensibilidade e especificidade. A sensibilidade é definida como a capacidade de o teste diagnóstico identificar os verdadeiros positivos, e a especificidade, como a capacidade do teste diagnóstico identificar os verdadeiros negativos (Fletcher *et al.*, 1996). Os intervalos de confiança consideraram um nível de confiança de 95%.

2.2.5. Resultados

Descrição da população estudada

A média de horas de vida no momento da realização do exame foi de 30 horas, com oitenta por cento das crianças encontrando-se entre a 7ª e a 48ª hora após o nascimento. Cerca de metade dos partos foram normais (51%). Vinte e sete por cento das mães apresentaram alguma intercorrência na gravidez potencialmente modificadora do grau de maturação do recém-nascido. Sessenta e três por cento das mães que participaram do estudo havia realizado USG no período gestacional preconizado, 75% se recordava da DUM no momento da entrevista e tinham a mesma registrada no prontuário. Cinquenta e nove por cento das mães que informaram a DUM puderam ser caracterizadas como "mães regulares".

Quanto aos recém-nascidos, aproximadamente um quarto (24.5%) dos que tinham seus pesos ao nascimento registrados no prontuário (90%) apresentava baixo-peso ao nascer (peso ao nascimento < 2.500g). A prematuridade foi detectada em 25% e 35%, segundo a DUM e a USG, respectivamente.

Confiabilidade do processo de aplicação do escore *New Ballard* e laudos ultra-sonográficos

A Tabela 1 apresenta a confiabilidade inter-observador de aplicação do escore *New Ballard*. Considerando-se todas as replicações para avaliar a equivalência entre as examinadoras quanto ao diagnóstico de prematuridade, obteve-se um coeficiente *kappa* de 0,74 (IC 95% 0,49-0,99). À análise usando a variável de forma contínua, encontra-se um *ICC* de 0,88 (IC 95% 0,78-0,93). Observa-se, consistentemente, uma maior confiabilidade do componente somático em relação ao neurológico. Uma exploração direta dos formulários mostrou que o quarto e o sexto item do componente neurológico (“avaliação do ângulo poplíteo” e “manobra calcânhar-orelha”) apresentavam maior divergência de pontuação entre as examinadoras, colaborando para a sua menor confiabilidade. Os achados também sugerem um aumento da confiabilidade com o decorrer do trabalho de campo, quando as estimações encontradas na metade do processo de replicação são comparadas às totais.

Tabela 1 - Confiabilidade inter-observador do escore *New Ballard* (NB) e dos laudos ultra-sonográficos

Indicador de confiabilidade	<i>NB</i> ₁ (n= 26)			<i>NB</i> ₂ (n= 52)			Laudos da USG (n=81) total
	escore total	comp. somático	comp. neurológico	escore total	comp. somático	comp. neurológico	
<i>Kappa</i>	0,43	-	-	0,74	-	-	-
(IC 95%)	(0,11 - 0,75)			(0,49 - 0,99)			
<i>ICC</i>	0,77	0,79	0,67	0,88	0,89	0,71	0,96
(IC 95%)	(0,37 - 0,91)	(0,59 - 0,91)	(0,15 - 0,87)	(0,78 - 0,93)	(0,82 - 0,93)	(0,40 - 0,85)	(0,91 - 0,98)

Legenda: *NB*₁: Confiabilidade analisando as primeiras 31 replicações

*NB*₂: Confiabilidade analisando todas as replicações

A confiabilidade dos laudos ultra-sonográficos também pode ser apreciada na Tabela 1. Ao se analisar os exames em conjunto, o *ICC* foi 0,96 (0,91-0,98). Uma análise da equivalência entre os laudos segundo o local de realização do exame, não revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os *ICCs* (dados não mostrados).

Observou-se que 93% das USGs realizadas no IFF e 90% das realizadas em outros serviços utilizaram estruturas fetais recomendadas pela literatura de referência em suas estimativas de idade gestacional. Oito exames não se adequavam a essas recomendações, uma

vez que se baseavam em apenas uma estrutura fetal, encontrando-se a gestação após a décima segunda semana.

Concordância entre as idades gestacionais estimadas pelos diferentes procedimentos utilizados como padrão-ouro

Conforme apresentado na Tabela 2, o coeficiente *kappa* se manteve entre 0,60 e 0,65 em todas as comparações que envolveram o diagnóstico de prematuridade pela USG e DUM. Nota-se um substancial aumento do coeficiente quando se avalia a concordância entre o diagnóstico baseado na DUM registrada no prontuário materno e o da entrevista com a mãe.

Tabela 2 - Equivalência entre as diferentes estratégias utilizadas como padrão-ouro para a estimativa da idade gestacional

Indicador de confiabilidade	USG	USG	USG	USG	DUM _P	DUM _P
	vs.	vs.	vs.	vs.	vs.	vs.
	DUM _P	DUM _E	DUM _{ER}	DUM _{PR}	DUM _E	DUM _{ER}
	(n=93)	(n=91)	(n=55)	(n=57)	(n=132)	(n=80)
<i>Kappa</i>	0,65	0,65	0,63	0,60	0,95	1,0
(IC 95%)	(0,45 - 0,84)	(0,45 - 0,84)	(0,38 - 0,88)	(0,35 - 0,85)	(0,75 - 1,00)	(0,79 - 1,00)
<i>ICC</i>	0,78	0,75	0,76	0,75	0,90	0,93
(IC 95%)	(0,68 - 0,85)	(0,64 - 0,83)	(0,62 - 0,85)	(0,61 - 0,84)	(0,86 - 0,93)	(0,89 - 0,95)

Legenda: USG: ultra-sonografia

DUM_P: DUM retirada do prontuário

DUM_E: DUM obtida mediante entrevista com a mãe nas primeiras 72 horas após o parto

DUM_{ER}: DUM obtida mediante entrevista com as “mães regulares” nas primeiras 72 horas após o parto

DUM_{PR}: DUM retirada do prontuário das “mães regulares”

A concordância entre as idades gestacionais estimadas pela USG e DUM através do *ICC* é bem semelhante em todas as situações avaliadas, encontrando-se coeficientes entre 0,7 e 0,8. Ao se comparar apenas as idades gestacionais estimadas pelas duas fontes de informação sobre a DUM, observam-se valores mais altos, acima de 0,9. Uma análise contemplando somente o subgrupo das “mães regulares” não revelou alterações significativas das estimações.

Capacidade do escore *New Ballard* para o diagnóstico de prematuridade

Na Tabela 3 encontram-se os indicadores de acurácia da escala *NB* para o diagnóstico de prematuridade. A sensibilidade variou entre 0,50 e 0,71. De modo geral, a capacidade de identificação de recém-nascidos prematuros foi menor quando se considerou a USG como padrão-ouro. A menor foi encontrada quando se utilizou como padrão a USG de pacientes que apresentavam convergência entre as idades gestacionais estimadas pela USG, DUM da entrevista e do prontuário ($USG_{\text{padrão}}$). Os valores mais altos foram obtidos quando foram consideradas como referência as DUM de mães que apresentavam convergência apenas entre uma das DUM e a USG.

De forma diferente se comportou a especificidade do escore. Praticamente não há variação da medida de acordo com padrão-ouro estabelecido. Observa-se que houve uma oscilação entre 0,91 e 0,97 de acordo com o procedimento utilizado.

Tabela 3 - Validade do escore *New Ballard* (*NB*) para o diagnóstico de prematuridade de acordo com os diferentes padrões-ouro

Indicador de acurácia do escore	<i>NB</i>	<i>NB</i>	<i>NB</i>	<i>NB</i>	<i>NB</i>	<i>NB</i>
	vs.	vs.	vs.	vs.	vs.	vs.
	DUM _P (n=140)	DUM _E (n=146)	DUM _{conf1} (n=78)	DUM _{conf2} (n= 80)	USG (n=116)	USG _{padrão} (n=72)
Sensibilidade (IC 95%)	0,68 (0,49 - 0,82)	0,67 (0,49 - 0,81)	0,69 (0,41 - 0,88)	0,71 (0,44 - 0,89)	0,57 (0,41 - 0,73)	0,50 (0,29 - 0,71)
Especificidade (IC 95%)	0,92 (0,85 - 0,96)	0,91 (0,83 - 0,95)	0,95 (0,85 - 0,99)	0,95 (0,86 - 0,99)	0,97 (0,90 - 0,99)	0,96 (0,85 - 0,99)

Legenda: USG: ultra-sonografia

DUM_P: DUM retirada do prontuário

DUM_E: DUM obtida mediante entrevista com a mãe nas primeiras 72 horas após o parto

DUM_{conf1}: DUM de mães que têm a diferença entre as idades gestacionais estimadas pela DUM da entrevista e a USG ≤ 2 semanas.

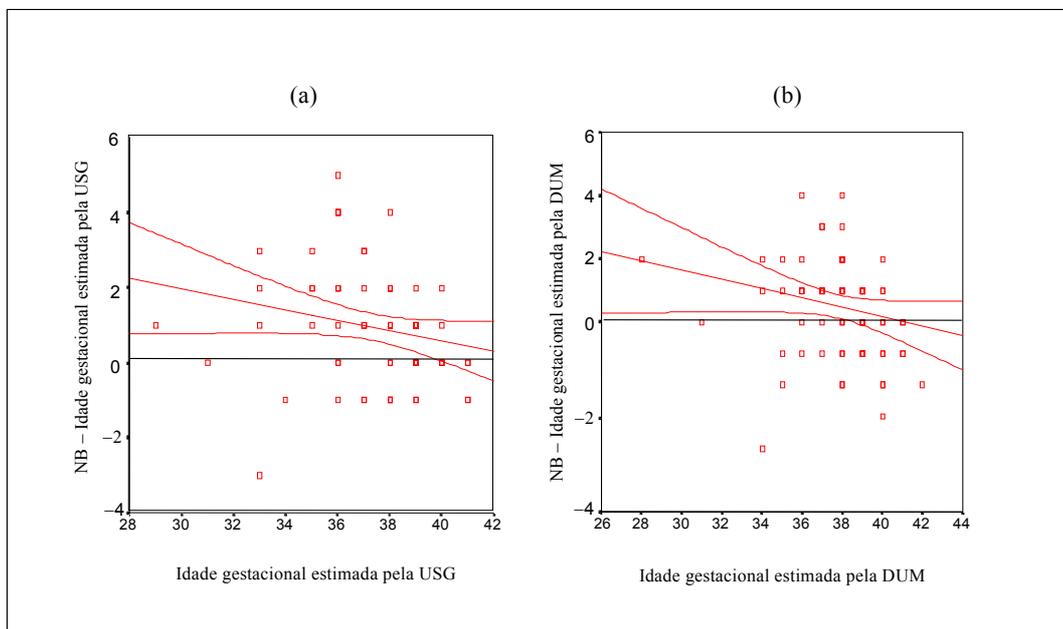
DUM_{conf2}: DUM de mães que têm a diferença entre as idades gestacionais estimadas pela DUM do prontuário e a USG ≤ 2 semanas.

US_{padrão}: idade gestacional estimada pela USG quando as diferenças entre esta, a DUM da entrevista e a do prontuário são ≤ 2 semanas.

A Figura 2 apresenta o comportamento das diferenças entre a idade gestacional estimada pelo escore *NB*, DUM_E e USG. Em geral, as estimadas pelo escore *NB* são maiores do que as estimadas pelos outros procedimentos. Porém, observa-se que, na maior parte dos contrastes, esta diferença não ultrapassa duas semanas de gestação. Ademais, nota-se que a

diferença decresce conforme aumenta a idade gestacional, sendo positiva em crianças com idade inferior a 40 semanas, e passando a ser negativa a partir daí. Tal comportamento é mais evidente quando são consideradas as diferenças entre o escore *NB* e a DUM_E . O mesmo foi observado quando se considerou a DUM_P (dados não mostrados).

Figura 2 - Relação entre a diferença da idade gestacional estimada pelo escore *NB* e as idades gestacionais estimadas pela USG e DUM, considerando apenas as mães que apresentaram convergência entre as idades gestacionais estimadas pela DUM do prontuário, DUM da entrevista e a USG.



2.2.6. Discussão

Confiabilidade da escala *NB* e laudos ultra-sonográficos

De forma geral, os resultados encontrados no estudo da confiabilidade do escore *NB* sugerem uma boa equivalência entre as idades gestacionais estimadas pelas duas examinadoras. Observa-se uma maior confiabilidade entre as aferições do componente somático em relação ao neurológico, bem como em relação ao escore total. Esses achados também são relatados em estudos anteriores e fundamentam a proposta de alguns autores de utilizar exclusivamente o escore somático para estimar a idade gestacional de recém-nascidos

com baixo-peso ao nascer (Finnstrom, 1972 e 1977; Constantine *et al.*, 1987). A maior confiabilidade do componente somático talvez se justifique pela maior objetividade dos itens que o compõem, por sua relativa facilidade de observação, sua menor relação com o grau de atividade da criança e com determinadas patologias maternas durante a gestação (Gould *et al.*, 1977; Amiel-Tison, 1980).

Vale a pena enfatizar que os resultados da avaliação de confiabilidade do escore não devem ser indiscriminadamente extrapolados para outros contextos. A confiabilidade do processo de mensuração é determinada por fatores que envolvem não só o instrumento e o que está sendo mensurado, mas os próprios examinadores e as circunstâncias das aferições. Isto, em princípio, torna qualquer avaliação particular à situação analisada. É interessante destacar que, por se tratar de uma pesquisa e envolver somente examinadores submetidos a um rigoroso treinamento prévio e à vigilância sistemática, possivelmente a confiabilidade foi maior do que a que seria encontrada em situações de rotina que, em geral, não envolvem o mesmo rigor.

Conforme esperado, houve uma melhora da confiabilidade com o decorrer do trabalho de campo. O aumento dos coeficientes explica-se pelo aprimoramento da forma de abordagem dos pacientes com o andamento do estudo. Além disso, deve ter contribuído o ativo treinamento realizado durante o período de coleta de dados. Ressalta-se que, apesar de a confiabilidade ter sido um pouco menor durante o período inicial do estudo, optou-se por não retirar esse grupo de recém nascidos do restante da análise, uma vez que sua influência nos resultados foi discreta, sua manutenção sobrepujando amplamente a perda de eficiência que decorreria da sua retirada. Aceita a confiabilidade do processo, o restante dos exames pode ser realizado, exclusivamente, pela primeira autora.

A confiabilidade dos laudos dos exames ultra-sonográficos envolve três principais etapas. A primeira diz respeito à identificação das estruturas fetais a serem mensuradas. A segunda é a própria mensuração das estruturas, e a terceira concerne à comparação dessas medidas com as esperadas para cada idade gestacional, de acordo com curvas-padrão. Neste estudo, em função da utilização de USGs realizadas em momentos anteriores à investigação, somente foi possível avaliar a primeira e a terceira etapas. Apesar disso, a excelente concordância observada entre os laudos originais e os do examinador externo foi considerada um indicador indireto da qualidade do processo de mensuração. A adequação das estruturas fetais mensuradas e a ausência de variação dos diferentes resultados da pesquisa segundo o local de realização do exame, também são marcos para considerar satisfatória a qualidade das USGs.

Concordância entre as idades gestacionais estimadas pelos diferentes procedimentos de referência

Observou-se uma excelente concordância entre a identificação de recém-nascidos prematuros baseada na DUM registrada no prontuário médico e aquela baseada no recordatório da mãe no momento da entrevista. Reforçando estudos anteriores, os achados sugerem a pertinência da utilização da mãe como fonte de informação sobre eventos relacionados à gravidez, sua vida reprodutiva e à saúde perinatal (Little, 1986; Olson *et al.*, 1997; Yawn *et al.*, 1998).

A concordância entre os diagnósticos de prematuridade obtidos através da DUM e USG é inferior à obtida quando são comparadas as diferentes fontes de DUM. Porém, em todas as comparações realizadas, os coeficientes *kappa* se mantêm acima de 0,60.

A semelhança encontrada entre os coeficientes obtidos ao se considerar o conjunto de mães e aos restritos às “mães regulares” diverge da literatura. Estudos anteriores têm apontado diferença relacionada à presença de ciclos menstruais longos e/ou irregulares e a ocorrência de sangramento no primeiro trimestre de gestação (Kramer *et al.*, 1988; Berg & Bracken, 1992). Isto sugere que as diferenças entre as idades gestacionais estimadas pela USG e pela DUM envolvem questões ainda a esclarecer, merecendo maior exploração.

Acurácia do escore NB para o diagnóstico de prematuridade

Apesar de a sensibilidade do escore ter variado conforme o padrão-ouro utilizado, sua estimativa de ponto foi inferior a 0,70 em cinco das seis comparações realizadas (tabela 3). Observou-se, também, que todos os intervalos de confiança incluíam valores inferiores a 0,50. Estes achados questionam a adequação do escore NB como ferramenta diagnóstica isolada para a identificação de prematuridade.

As menores sensibilidades foram obtidas quando se considerou a USG como padrão-ouro. A avaliação que considerou como referência apenas as USGs de mães que apresentaram convergência entre as idades gestacionais estimadas pela DUM do prontuário, DUM da entrevista e a USG foi a que gerou a menor sensibilidade. Este achado é importante, uma vez que, ao se analisar apenas esse grupo de mães, está se utilizando um “padrão-ouro” próximo do ideal. A menor sensibilidade encontrada nessa situação sublinha a fragilidade do escore para o diagnóstico de crianças prematuras.

A variação das diferenças entre as idades gestacionais estimadas pelo escore NB e pelos demais procedimentos em diferentes faixas de maturidade do recém-nascido também merece alguma reflexão. Esta questão foi descrita em estudos anteriores (Alexander *et al.*,

1990 e 1992). Os resultados sugerem que a utilização do escore *NB* superestima a idade gestacional em recém-nascidos com menor duração da gestação e subestima a idade gestacional em recém-nascidos mais maduros. Esse comportamento é compatível com as baixas sensibilidades encontradas na avaliação da acurácia do procedimento no diagnóstico de prematuridade.

Os achados impõem que, no âmbito clínico, deva-se ter muita cautela com a utilização exclusiva do escore *NB* para estimação da idade gestacional, na medida em que a falha no diagnóstico de prematuridade pode gerar diversos problemas na assistência neonatal e naquela prestada nos primeiros anos de vida da criança. O erro diagnóstico acarretaria uma conduta clínica que, ao desobrigar, indevidamente, uma série de cuidados neonatais e de puericultura, dificultaria a prevenção, detecção precoce e tratamento de problemas de saúde comuns em crianças prematuras.

Também no âmbito de investigações epidemiológicas, a baixa sensibilidade do escore *NB* pode trazer dificuldades. Em estudos interessados em estimar a incidência de prematuridade, por exemplo, a utilização isolada do escore como instrumento diagnóstico levaria a uma importante subestimação da magnitude do fenômeno.

A má-classificação também traria problemas às investigações com objetivo de estudar os fatores de risco para o nascimento prematuro. Em estudos caso-controle, por exemplo, a utilização exclusiva do escore *NB* para a identificação de prematuridade faria com que muitas crianças prematuras fossem selecionadas apenas para o grupo controle, já que o diagnóstico de prematuridade seria perdido. A repercussão disto seria o rompimento da estrutura de comparabilidade, necessária à validade de comparação (Reichenheim & Moraes, no prelo).

A título de ilustração, utilizando-se como exemplo os dados desta investigação e considerando a $USG_{\text{padrão}}$ como referência, 22 recém-nascidos seriam, de fato, prematuros (verdadeiros positivos). Porém, com o diagnóstico de prematuridade baseado apenas no escore *NB*, 50% das crianças (11 recém-nascidos) seriam, indevidamente, consideradas como não prematuras, deixando de ser captadas para o grupo de casos. Caso aleatórias, essas perdas, por si só, não trariam problemas de consistência, mas somente de eficiência. A dificuldade maior ocorreria se os casos fossem alocados no grupo controle. Nesta situação, adviria um viés de seleção considerável. Em se assumindo aleatoriedade da má-classificação, uma alternativa para evitar o erro na estimação das medidas de efeito de interesse seria a exclusão do grupo controle de crianças que tivessem suas idades gestacionais estimadas, unicamente, pelo escore *NB*. Desta forma, apenas os resultados positivos do escore, indicando prematuridade, seriam considerados.

Vale sublinhar que os resultados se referem somente aos dados agregados. No entanto, seria interessante que estudos futuros, além de servirem de instâncias de replicação e corroboração dos achados, contemplassem também análises de subgrupos. Alguns autores têm sugerido que a acurácia do escore *NB* possa depender de certas condições como, por exemplo, o número de horas de vida no momento do exame ou intercorrências na gravidez (Ballard *et al.*, 1979; Constantine *et al.*, 1987; Ballard *et al.*, 1991; Gagliardi *et al.*, 1992). Neste estudo, observou-se que cerca de um quarto das puérperas apresentavam algum agravo potencialmente modificador do grau de maturação do recém-nascido, não sendo implausível que modificações de efeito possam ter ocorrido. Infelizmente, o presente tamanho amostral não permitiu que maiores detalhes fossem contemplados. Como indicado na introdução, estas questões ainda merecem aprofundamento.

Ainda que pesem os problemas já discutidos, em algumas situações o exame clínico do recém-nascido logo após seu nascimento é a única estratégia possível, tanto para pediatras, como para pesquisadores na área de saúde perinatal. Grande parcela das mulheres brasileiras ainda não tem acesso ao pré-natal ou o iniciam tardiamente, impossibilitando a realização da USG em períodos gestacionais nos quais sua capacidade diagnóstica é maior. Ademais, em algumas situações, a DUM é desconhecida. A utilização do exame clínico do recém-nascido, nessas circunstâncias, se apresenta como a única ferramenta para a estimação da idade gestacional da criança.

Se de um lado, existem circunstâncias em que a utilização do escore é mandatória, por outro, as questões que emergem dos achados da pesquisa merecem ponderação. Ainda que necessitando de novas investigações, os resultados já servem, no mínimo, como um alerta às instâncias normativas e às instituições de ensino, pesquisa e assistência pediátricas: a baixa sensibilidade do escore *NB* para o diagnóstico de prematuridade, estimada utilizando-se vários procedimentos de referência questiona a sua indicação como procedimento de escolha para estimação da idade gestacional do recém-nascido. Os resultados sugerem que o escore *NB* seja considerado apenas como uma ferramenta acessória para a identificação de crianças prematuras.

No momento em que se preconiza a sua utilização para avaliação neonatal, é necessário qualificar sua recomendação, desencorajando o uso exclusivo e enfatizando a necessidade de se obter informações sobre a USG e/ou DUM para uma estimação da idade gestacional mais acurada. Estes últimos parecem ainda ser os mais indicados, a despeito das limitações apontadas na introdução. Porém, a escolha entre os dois também merece qualificação. Se a ampliação da cobertura da USG durante o pré-natal é ainda uma questão em

debate em termos de custos e prioridades, este não é o caso da DUM. A recuperação desta informação, através de revisão do prontuário e/ou a partir da entrevista com a mãe, é uma providência simples, viável, podendo ser, incondicionalmente, incentivada.

2.2.7. Referências bibliográficas (Artigo 2)

- ACOG, 1993. Ultrasonography in pregnancy. *Technical Bulletin*, 187.
- ALEXANDER, G.R.; TOMPKINS, M.E. & CORNELLY, D.A., 1990. Gestational age reporting and preterm delivery. *Public Health Reports*, 105: 267-275.
- ALEXANDER, G.R.; CAUNES, F.; HULSEY, T.C.; TOMPKINS, M.E. & ALLEN, A., 1992. Validity of postnatal assessments of gestational age: a comparison of the method of Ballard *et al.* and early ultrasonography. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 166: 891-895.
- AMIEL-TISON, C., 1980. Possible acceleration of neurological maturation following high-risk pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 138: 303-306.
- BALLARD, J.L.; KHOURY, J.C.; WEDIG, K.; WANG, L.; EILERS-WALSMAN, B.L. & LIPP, R., 1991. *New Ballard* score, expanded to include extremely premature infants. *Journal of Pediatrics*, 119: 417-423.
- BALLARD, J.L.; NOVAK, K.K. & DRIVER, M., 1979. A simplified score for assessment of fetal maturation of newly born infants. *Journal of Pediatrics*, 95: 769-774.
- BARTKO, J.J., 1966. The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological Reports*, 19, 3-11.
- BARTKO, J.J., 1976. On various intraclass correlation reliability coefficients. *Psychological Bulletin*, 83, 762-765.
- BERG, A.T. & BRACKEN, M.B., 1992. Measuring gestational age: an uncertain proposition. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 99: 280-282.
- BERG, A.T., 1991. Menstrual cycle length and the calculation of gestational age. *American Journal of Epidemiology*, 133: 585-589.
- BLAND, J.M. & ALTMAN, D.G., 1986. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *The Lancet*, 1: 307-10.
- CAMPBELL, S.; WARSOFF, S.L.; LITTLE, D. & COOPER, D.J., 1985. Routine ultrasound scening for the prediction of gestational age. *Obstetrics & Gynecology*, 65: 613-620.

- CAPURRO, H.; KONICHEZKY, S.; FONSECA, D. & CALDEYRO-BARCIA, R., 1978. A simplified method for diagnosis of gestational age in newborn infant. *Journal of Pediatrics*, 93: 120-122.
- COHEN, J., 1960. A coefficient of agreement for nominal scale. *Educational and Psychological Necessities*, 20: 37-46.
- CONSTANTINE, N.A.; KRAEMER, H.C.; KENDALL-TACKETT, K.A.; BENETT, F.C.; TYSON, J.E. & GROSS, R., 1987. Use of physical and neurologic observations in assessment of gestational age in low birth weight infants. *Journal of Pediatrics*, 110: 921-928.
- DUBOWITZ, L.M.S.; DUBOWITZ, V. & GOLDBERG, C., 1970. Clinical assessment of gestational age in the newborn infants. *Journal of Pediatrics*, 77: 1-10.
- DUNN, P.M., 1985. The search for perinatal definitions and standards. *Acta Paediatrica Scandinavica*, suppl. 319: 7-16.
- FINNSTROM, O., 1972. Studies on maturity in newborn infants. II. External characteristics. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 61: 24-32.
- FINNSTROM, O., 1977. Studies on maturity in newborn infants. IX. Further observations on the use of external characteristics in estimating gestational age. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 66: 601-604.
- FLEISS, J.L.; COHEN, J. & EVERITT, B.S., 1969. Large sample standard errors of kappa and weighted kappa. *Psychological Bulletin*, 72: 332-327.
- FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W. & WAGNER, E.H., 1996. *Clinical Epidemiology: the essentials*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- FORTIER, I.; MARCOUX, S. & BRISSON, J., 1995. Maternal work during pregnancy and the risks of delivering a small-for-gestational-age or preterm infant. *Scandinavian Journal Environmental Health*, 21: 412-418.
- GAGLIARDI, L.; SCIMONE, F.; DEL PRETE, A.; PETECCA, C.; STIVAL, G.; PASINETTI, G.; TEANI, M.; BIANCHI, P.; MARANI, M. & DUCA, P., 1992. Precision of gestational age assessment in neonate. *Acta Paediatrica*, 81: 95-99.
- GOLDEMBERG, R.L.; DAVIS, R.O.; CUTTER, G.R.; HOFFMAN, M.A.; BRUMFIELD, C.G. & FOSTER, J.M., 1989. Prematurity, postdates and growth retardation: the influence of use of ultrasonography on reported gestational age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160: 462-470.

- GOULD, J.B.; GLUCK, L. & KULOVICH, M.V., 1977. The relationship between accelerated pulmonary maturity and accelerated neurological maturity in certain chronically stressed pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 127: 181-186.
- HADLOCK, F.P.; DETER, R.L.; HARIST, R.B. & PARK, S.K., 1984. Estimating fetal age: computed assisted analysis of multiple fetal growth parameters. *Radiology*, 152: 497-501.
- HEDEGAARD, M.; HENRIKSEN, T.B.; SECHER, N.J.; HATCH, M.C. & SABROE, S., 1996. Do stressfull life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Epidemiology*, 7: 339-345.
- HENRIKSEN, T.B.; WILCOX, A.J.; HEDEGAARD, M. & SECHER, N.J., 1995. Bias in studies of preterm and postterm delivery due to ultrasound assessment of gestational age. *Epidemiology*, 6: 533-537.
- KRAMER, M.S., 1987. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 65: 663-737.
- KRAMER, M.S.; MCLEAN, F.H.; BOYD, M.E. & USHER, R.H., 1988. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations. *Journal of the American Medical Association*, 260: 3306-3308.
- LANDIS, J.R. & KOCH, G.G., 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33:159-74.
- LANG, J.M.; LIEBERMAN, E. & COHEN, A., 1996. A comparison of risk factors for preterm labor and term small-for-gestational-age birth. *Epidemiology*, 7: 369-376.
- LITTLE, R.E., 1986. Birthweight and gestational age: Mother's estimates compared with state and hospital records. *American Journal of Public Health*, 76: 1350-1351.
- MAVALANKAR, D.V.; GRAY, R.H. & TRIVEDI, C.R., 1992. Risk factors for preterm and term low birthweight in Ahmedabad, India. *International Journal of Epidemiology*, 21: 263-272.
- MERZ, E., 1988. Sonographische Diagnostik in gynakologie and Geburtshilfe: Lehrbuch und atlas. New York: Georg Thieme.
- MERZ, E.; KIM-KERN, M.S. & PEHL, S., 1987. Ultrasonic mensuration of fetal limb bones in the second and third trimesters. *Journal of Clinical Ultrasound*, 15: 175-183.

- OLSON, J.E.; SHU, X.O.; ROSS, J.A.; PENDERGRASS, T. & ROBISON, L.L., 1997. Medical record validation of maternally reported birth characteristics and pregnancy-related events: a report from children's cancer group. *American Journal of Epidemiology*, 145: 58-67.
- OMS, 1995. CID - 10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde.
- REICHENHEIM, M.E. & MORAES, C.L., 1998. Alguns pilares para a preciação da validade em estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, no prelo.
- REUSS, M.L.; HATCH, M.C. & SUSSER, M., 1995. Early ultrasound dating of pregnancy: selection and measurement errors. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48: 667-674.
- ROSSAVICK, L.K. & FISHBURNE, J.I., 1989. Conceptional age, menstrual age, and ultrasound age: a second trimester comparison of pregnancies of known conceptional date with pregnancies dated from the last menstrual period. *Obstetrics & Gynecology*, 73: 243-249.
- SHROUT, P.E. & FLEISS, J.L., 1979. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86: 420-428.
- SPINNATO, J.A.; SIBAI, B.M.; SHAVER, D.C. & ANDERSON, G.D., 1984. Inaccuracy of Dubowitz gestational age in low birth weight infants. *Obstetrics & Gynecology*, 63:491-495.
- STREINER, D.L. & NORMAN, G.R., 1995. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press.
- VOGT, H.; HANSBERG, B.; FINNE, P.H. & STENSBERG, A., 1981. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. An evaluation of two methods. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70: 669-672.
- WACHOLDER, S., 1995. When measurements errors correlate with truth: surprising effects of nondifferential misclassification. *Epidemiology*, 6: 157-161.
- YAWN, B.P.; SUMAN, V.J. & JACOBSEN, S.J., 1998. Maternal recall of distant pregnancy events. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51: 399-405.

2.3. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *AAS* usado no rastreamento de violência contra a mulher grávida ⁶

2.3.1. Resumo

Introdução - Programas de investigação epidemiológica e de ação no âmbito da violência familiar estão em franca ascensão. Com isso, cresce também a necessidade de aprofundar e aprimorar instrumentos de aferição. No nosso meio, isto é mais complexo porque instrumentos não concebidos e nem desenvolvidos no Brasil requerem adaptação, incluindo versões para o português. Este artigo enfoca o instrumento *Abuse Assessment Screen (AAS)* usado no rastreamento de casos de violência contra a mulher grávida. O objetivo do estudo é avaliar a equivalência semântica entre o original em inglês e 2 versões para o português, e recomendar uma versão-síntese para uso corrente. Material e Método - O processo de avaliação de equivalência semântica envolveu 4 etapas: (1) tradução, (2) retradução, (3) apreciação formal de equivalência e (4) uma crítica final através de consultas com especialista na área temática. Resultados - Para cada item do instrumento, apresentam-se os resultados relativos às 4 etapas. O texto cobre cada passo do processo que levou à versão final. As duas versões mostraram-se bastante semelhantes, com 14 das 15 assertivas similares. No entanto, a segunda versão se mostrou ligeiramente mais adequada, ainda que para alguns itens tenha-se decidido juntar as duas versões ou mesmo utilizar-se um item oriundo da versão 1. Discussão - Calcado na premissa de que a aferição é um dos alicerces da validade de um estudo, discute-se o procedimento deste estudo à luz de um roteiro proposto por Herdman et al. (1998) para a avaliação da equivalência transcultural. Discute-se também a importância de se usar mais de uma versão no processo em várias etapas de avaliação e crítica, e a pertinência de se acrescentar uma etapa adicional de interlocução do instrumento com membros da população alvo.

Descritores: Questionário, tradução, violência familiar, abuso contra mulheres, gravidez.

2.3.2. Abstract

Introduction - Research programs and actions regarding family violence have been growing steadily. Thus too, has the need to develop data collection instruments. In our midst

⁶ Artigo publicado: REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. & HASSELMANN, M. H., 2000. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34:610-616.

(Brazil), there are further complications since instruments that have been developed elsewhere need adaptation, including formal translation. This article focuses on the *Abuse Assessment Screen (AAS)* used to detect violence against pregnant women. The objective of the study is to evaluate the semantic equivalence between the original instrument in English and two working versions in Portuguese, and propose a synthetic version to be used in the field. Material and Methods - The evaluation of semantic equivalence was carried out in 4 steps: (1) translation, (2) back translation, (3) formal appreciation of equivalence and (4) a final criticism by experts involved with family violence. Results - the translation, back translation and results regarding evaluation steps 3 and 4 are presented for each item of the instrument, along with the original in English. The text covers each decision that led to the final version. Both working versions were quite similar in 14 out of 15 items. Nevertheless, the second version showed to be slightly more adequate although for some items it was decided to join statements from both versions or, once, use a statement from working version 1. Discussion - A discussion about the procedure undertaken in this study is developed in the light of the proposal offered by Herdman et al. (1998) concerning transcultural equivalence. The paper also stresses the importance of using more than one working version in the process and the appropriateness of including an additional step regarding the evaluation of the instrument's understanding by the target population.

Keywords: Questionnaire, translation, family violence, battered women, pregnancy

2.3.3. Introdução

Apesar de a violência familiar ser descrita desde a Antigüidade, somente há cerca de 30 anos é que o tema vem sendo sistematicamente discutido por pesquisadores da área de saúde. A importância dada ao problema é fruto da crescente conscientização das hierarquias e desigualdades de gênero, do paulatino reconhecimento dos direitos da mulher e das consistentes evidências da grande magnitude do fenômeno, principalmente nos Estados Unidos e Europa (Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997).

No Brasil, a dimensão da violência familiar ainda não pode ser adequadamente identificada (Reichenheim et al., 1999). No entanto, a despeito do conhecimento ainda ser incipiente, algumas pesquisas sobre o tema têm apontado para um cenário que merece ser enfrentado imediatamente (ABRAPIA, 1992; Brasil, 1997).

Independente dos diferentes estágios em que se encontra o conhecimento sobre o assunto em diferentes localidades, programas de investigação epidemiológica e de ação no âmbito da violência familiar estão em franca ascensão (Reichenheim et al., 1999). Com isso,

crece também a necessidade de aprofundar e aprimorar instrumentos voltados para a detecção e acompanhamento de vítimas e suas famílias, bem como de um instrumental de aferição para ser aplicado em contextos de pesquisa. No caso da pesquisa epidemiológica isto é fundamental.

No nosso meio, a questão da instalação e expansão de programas de investigação voltados para o desenvolvimento de instrumentos de coleta de informação é ainda mais complexa. Além de todas as minúcias requeridas na concepção, aprofundamento e consolidação de um instrumento (Streiner & Norman, 1989) - o que já implica inevitavelmente em um longo intervalo entre o início do processo e o seu eventual uso - há a necessidade de lidar com o fato de que, muitas vezes, o instrumento não nasce aqui e, portanto, requer ainda mais estudos para poder ser usado na língua portuguesa. Aceitando-se que é de interesse se fazer comparações de resultados e perfis epidemiológicos entre diferentes localidades e culturas, é mister que se avalie com rigor a equivalência entre um instrumento no idioma original e suas diversas versões. Uma vez que boa parte do instrumental em violência familiar tem sido concebida e estabelecida alhures, programas de investigação de equivalência transcultural são desejáveis e necessários (Herdman et al., 1998).

Este artigo enfoca precipuamente o instrumento *Abuse Assessment Screen (AAS)* desenvolvido nos EUA, em 1989, pelo *Nursing Research Consortium on Violence and Abuse* (Parker & McFarlane, 1991; McFarlane et al., 1992; Norton et al., 1995; McFarlane et al., 1996). O *AAS* visa especificamente o rastreamento de casos de violência contra a mulher durante a gestação, um evento freqüentemente descrito fora do Brasil (Heise, 1994) mas ainda por ser melhor estudado aqui. O instrumento contém 5 questões para identificar a freqüência e severidade do evento; os sítios de lesão corporal acometidos em um período específico; e o perfil do perpetrador. McFarlane et al. (McFarlane et al., 1996) relatam o estabelecimento de validade de conteúdo. Em McFarlane et al. (McFarlane et al., 1992) e Norton et al. (Norton et al., 1995) encontram-se evidências de que há boa consistência de detecção de violência contra a grávida entre o *AAS* e outros instrumentos afins.

Este estudo tem o objetivo de avaliar a equivalência semântica entre itens constituintes do instrumento *AAS* original em inglês e 2 versões para o português, e, subseqüentemente, propor uma versão-síntese para uso corrente.

2.3.4. Material e métodos

O processo de avaliação de equivalência semântica envolveu 4 etapas, a saber, tradução, retradução, apreciação formal de equivalência e uma crítica final por especialistas na área temática.

A etapa 1 consistiu em 2 traduções do instrumento original (inglês) para o português, realizadas de forma independente. A primeira versão (V1) foi feita por um profissional de nível superior formado em letras e com especialização em inglês. Um profissional com experiência na área temática (violência familiar) e fluente no idioma inglês fez a segunda versão (V2).

Na etapa 2, V1 e V2 foram retraduzidas para o inglês por, respectivamente, um segundo profissional de nível superior formado em letras e com especialização em inglês (R1) e uma tradutora juramentada (R2). As retraduições ocorreram novamente de forma independente e, desta feita, mascaradas em relação ao perfil profissional dos que atuaram na primeira etapa.

A apreciação formal da equivalência semântica (etapa 3) foi realizada, subsequente, por um profissional com o mesmo perfil daqueles envolvidos em V1 e R1. Duas questões distintas foram apreciadas. Primeiro, avaliou-se a equivalência semântica entre o original e cada uma das retraduições, sob a perspectiva do significado referencial dos termos/palavras constituintes (Herdman et al., 1998). O significado referencial concerne as idéias ou objetos do mundo que uma única ou um conjunto de palavras aludem. Presume-se que, se o significado referencial é o mesmo no original e na respectiva versão, existe uma correspondência literal entre estes.

O segundo aspecto apreciado concerniu o significado geral de cada pergunta, instrução ou opção de resposta do *AAS*, captado na versão em português em comparação ao original. Esta correspondência transcende a literalidade de termos ou assertivas, encampando também aspectos mais sutis, como, por exemplo, o impacto que estas têm no contexto cultural da população alvo. Neste sentido, interessa avaliar a pertinência e aceitabilidade do estilo empregado ou o uso específico de uma palavra, escolhida dentre uma gama de termos similares formando uma matiz (como, por exemplo, o gradiente convergido pelos termos “bater”, “surrar” ou “espancar”). Esta apreciação importa porque a correspondência literal de um termo não implica, necessariamente, que a mesma reação emocional ou afetiva seja evocada em diferentes culturas. Assim, é indispensável uma sintonia fina que alcance também uma correspondência de percepção e impacto (Herdman et al., 1998).

Esta questão é particularmente relevante em relação aos instrumentos usados no âmbito da violência familiar, pois, uma palavra ou assertiva usada com a intenção de agredir psicologicamente pode ter uma grande capacidade de insulto no contexto e local de origem, ao passo que a versão literal do termo, usada agora em um novo contexto sócio-cultural, pode carecer de poder afrontador e não ser tão ofensivo. Neste caso, uma substituição por outro termo permitiria resgatar plenamente a equivalência desejada.

Em ambos, para cada um dos itens (perguntas ou instruções ou opções de resposta), foram colocados, lado a lado e de forma aleatória, as assertivas em inglês.

Para cada aspecto avaliado da equivalência semântica, foram usados formulários específicos. Três formulários para cada tipo de significado foram submetidos à apreciação. Dois continham assertivas - perguntas ou instruções ou opções de resposta – oriundas do original posicionadas lado-a-lado às das duas retraduições, respectivamente. O terceiro formulário continha pares com as assertivas das duas retraduições. Este serviu somente como um estratagema processual de mascaramento, visando evitar que os avaliadores identificassem a origem das assertivas.

No formulário usado para apreciar o significado referencial, optou-se por escalas visuais (*Visual Analogue Scale - VAS*) como opção de resposta (Streiner & Norman, 1989). Desta forma, a equivalência entre pares de assertivas pôde ser julgada de forma contínua, entre 0 a 100%. No outro formulário usado para a avaliação de significado geral, optou-se por uma qualificação em quatro níveis, a saber, inalterado (IN), pouco alterado (PA), muito alterado (MA), ou completamente alterado (CA).

Na última etapa (4), os autores do artigo realizaram uma crítica do processo, com o objetivo de identificar e encaminhar os problemas de cada uma das etapas progressas. A partir daí, pôde-se propor uma versão sintética, escolhendo e incorporando itens oriundos de uma das duas versões trabalhadas ou optando por certas modificações para melhor atender os critérios expostos acima.

2.3.5. Resultados

A Tabela 4 capta os resultados das etapas 1 a 3. São apresentados itens do formulário original em inglês, as duas traduções e suas respectivas retraduições. Nas colunas sombreadas encontram-se as apreciações realizadas na 3ª etapa.

A Tabela 5 sintetiza as decisões tomadas após a 4ª etapa. Estas encontram-se consolidadas no instrumento em português proposto para uso e apresentado no Quadro 1. Alguns pontos referentes ao processo de decisão são destacados a seguir.

Como um todo, as duas versões mostraram-se bastante semelhantes. A Tabela 5 mostra que, em 14 dos 15 itens, as assertivas eram similares. Contudo, seguindo os critérios expostos na metodologia, na etapa 4, deu-se alguma primazia à V2 na especificação da versão final. Em alguns casos, como no item (n), a escolha foi menos estilística e mais substantiva. Fez-se a opção por preservar a sutileza do termo “*sexual activities*” e usar, na versão final, a tradução literal “atividades sexuais” da 2ª versão. A tradução “relações sexuais” encontrada em V1 e rejeitada na etapa 4, seria restritiva, uma vez que certas atividades sexuais não necessariamente implicam em uma relação sexual. Entendeu-se que, se na concepção do instrumento original, os autores quisessem especificamente caracterizar uma relação sexual, o teriam feito usando os termos específicos.

Em duas situações decidiu-se juntar termos similares das duas versões, com a finalidade de melhor cobrir o significado na versão em português. No item (h) optou-se por usar tanto o termo “maus-tratos” quanto “agressão” por melhor abarcarem, em conjunto, o termo inglês “*abuse*”. Pelos mesmos motivos, no item (i) decidiu-se incorporar na versão final os termos “sem machucar” e “[sem] ferimento” para captar “*no injuries*”.

No item (m), as duas versões concordaram por completo. Vale notar que esta apreciação decorre somente da etapa 4, uma vez que a avaliação feita na etapa 3 qualificou muito mal a 1ª versão (Tabela 4). No entanto, um olhar mais aguçado mostra que o problema decorre principalmente na retradução (R1), sendo a tradução em si (V1) idêntica à V2. Merece ser apontado que a decisão tomada na 4ª etapa é respaldada pela congruência da retradução de V2. Aliás, o mesmo problema ocorreu em relação ao item (h). Apesar da retradução insatisfatória e subsequente avaliação ruim na 3ª etapa, na etapa de crítica, decidiu-se aceitar V1 e juntar seu conteúdo com V2, conforme descrito acima.

Tabela 4 - Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS) no original em inglês e duas versões na língua portuguesa.

FORMULÁRIO ORIGINAL (INGLÊS)	VERSÃO 1		A1*	A2**	VERSÃO 2		A1*	A2**
	Tradução (ingl. → port.)	Retradução (port. → ingl.)			Tradução (ingl. → port.)	Retradução (port. → ingl.)		
(a) <i>Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or some one important to you?</i>	Você já foi vítima de maus-tratos, emocional ou fisicamente, por seu parceiro ou alguém importante para você?	<i>Have you ever been a victim of emotional, physical thrashing, by your partner or someone who meant a lot to you?</i>	100	IN	Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?	<i>Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or some one important to you?</i>	100	IN
(b) <i>Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?</i>	No último ano, alguém bateu em você, estapeou-a, chutou-a, ou de alguma forma machucou-a fisicamente?	<i>Did anyone beat you, slap, kick, or hurt you somehow, physically, last year?</i>	100	IN	Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?	<i>During the last year, have you been beaten, slapped, kicked, or physically injured?</i>	100	IN
(c) <i>Since you've been pregnant, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?</i>	Desde que você engravidou, alguém bateu em você, estapeou-a, chutou-a, ou de alguma forma machucou-a fisicamente?	<i>Has anyone beat you, slap, kick, or hurt you somehow, physically since you become pregnant?</i>	100	IN	Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?	<i>Since you became pregnant, have you been beaten, slapped, kicked, or physically injure?</i>	100	IN
(d) <i>If yes, by whom (circle all that apply)?</i>	Caso positivo, por quem (passe um círculo em todos que se aplicam)	<i>If the answer is positive, it was done by... (circle all that are applied)</i>	100	IN	Caso afirmativo (sim), por quem? (Por favor, marque com um círculo)	<i>In case of affirmative reply, by whom, (circle the correct answer)</i>	100	IN

Tabela 4 (continuação)

FORMULÁRIO ORIGINAL (INGLÊS)	VERSÃO 1		A1*	A2**	VERSÃO 2		A1*	A2**
	Tradução (ingl. → port.)	Retradução (port. → ingl.)			Tradução (ingl. → port.)	Retradução (port. → ingl.)		
(e) <i>Husband - ex husband - boyfriend - stranger - other - multiple</i> <i>Total N° of times:</i>	Marido - ex-marido - namorado - estranho - outro - vários Número de vezes:	<i>Husband - ex husband - boyfriend - unknown - other - many others</i> <i>Number of times:</i>	100	PA	Marido - ex-marido - namorado - estranho - outro - múltiplo Número total de vezes:	<i>Husband - ex husband - boyfriend - stranger - others - various</i> <i>Number of agressions:</i>	100	IN
(f) <i>Mark the area of the injury on a body map</i>	Assinale a área atingida no mapa do corpo	<i>Mark the affect area in the map of body</i>	100	IN	Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano	<i>Indicate the traumatized area(s) on the diagram of the human body</i>	100	IN
(g) <i>Score each incident according to the following scale:</i>	Marque cada incidente de acordo com a escala a seguir:	<i>Mark each incident according to the scale below:</i>	65	MA	Dê um escore para cada ocorrência de acordo com a seguinte escala:	<i>Which type of abuse have you been submitted to:</i>	60	MA
(h) <i>Threats of abuse, including use of a weapon</i>	Ameaças de maus-tratos, incluindo uso de arma	<i>Threat of thrashing, including manipulation of a gun</i>	0	CA	Ameaças de agressão, inclusive com uma arma	<i>Agression threats, including with a weapon</i>	100	IN
(i) <i>Slapping, pushing; no injuries and/or lasting pain</i>	Tapas, empurrões; ausência de ferimentos e/ou dor persistente	<i>Cuffs, shoves; absence of injuries and/or persistent pain</i>	60	PA	Tapa, empurrão; sem machucar ou dor duradoura	<i>Slapping, and pushing; without injuries or lasting pain</i>	100	IN
(j) <i>Punching, kicking, bruises, cuts, and/or continuing pain</i>	Socos, chutes, equimoses, cortes e/ou dor contínua	<i>Punches, kicks, ecchymosis, cuts and/or persistent pain</i>	60	PA	Soco, chute, murro, cortes e/ou dor contínua	<i>Punching, kicking, cutting, cuts, and/or lasting pain</i>	65	PA

Tabela 4 (continuação)

FORMULÁRIO ORIGINAL (INGLÊS)	VERSÃO 1		A1*	A2**	VERSÃO 2		A1*	A2**
	Tradução (ingl. → port.)	Retradução (port. → ingl.)			Tradução (ingl. → port.)	Retradução (port. → ingl.)		
(k) <i>Beaten up, severe contusions, burns, broken bones</i>	Espancamento, contusões severas, queimaduras, fraturas	<i>Beating, hard contusions, burnings, fractures</i>	65	IN	Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados	<i>Spanking, severe injuries, burns, broken bones</i>	100	IN
(l) <i>Head, internal, and/or permanent injury</i>	Cabeça, parte interna, e/ou ferida permanente	<i>Head, internal part, and/or permanent wound</i>	100	IN	Danos na cabeça, internos e/ou permanentes	<i>Head injury, internal, or permanent</i>	100	IN
(m) <i>Use of weapon, wound from weapon</i>	Uso de arma, ferimentos por arma	<i>Handling of a gun, injuries caused by manipulation of a weapon</i>	0	CA	Uso de armas, ferimento por arma	<i>Use of weapon, wounds caused by weapons</i>	100	IN
(n) <i>Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities?</i>	No último ano, alguém a forçou a manter relações sexuais?	<i>Did anyone force you to have sexual intercourse last year?</i>	100	IN	Neste último ano (12 meses), alguém forçou você a realizar atividades sexuais?	<i>During the last year, has anyone forced you to have sexual intercourse?</i>	100	IN
(o) <i>Are you afraid of your partner or anyone listed above?</i>	Você tem medo de seu parceiro ou de alguém citado acima?	<i>Are you afraid of your partner or anyone else mentioned above?</i>	100	IN	Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?	<i>Are you afraid of your partner or of any of the persons listed above?</i>	100	IN

* A1 → avaliação/apreciação em termos do percentual de concordância do significado referencial (ver texto para detalhes)

** A2 → avaliação/apreciação do significado geral (ver texto para detalhes) segundo as categorias: IN - Inalterado; PA - Pouco Alterado;

MA - Muito Alterado; CA - Completamente Alterado

Tabela 5 - Sinopse da 3ª etapa de avaliação e do processo de decisão relativo à especificação da versão final do instrumento AAS.

Item *	V1		V2		V1+V2	Modificado
(a)	✓	≈	✓			
(b)	✓	≈	✓			
(c)	✓	≈	✓			
(d)	✓	≈	✓			
(e)	✓	≈	✓	→	→	✓
(f)	✓	≈	✓			
(g)	✓	≠	✓			
(h)	✓	≈	✓	→	✓	
(i)	✓	≈	✓	→	✓	
(j)	✓	≈	✓	→	→	✓
(k)	✓	≈	✓			
(l)	✓	≈	✓			
(m)	✓	=	✓			
(n)	✓	≈	✓			
(o)	✓	≈	✓			

* O conteúdo de cada item pode ser encontrado na Tabela 4

Legenda

-  indica a escolha na versão-síntese
- ≈ indica semelhança entre itens nas duas versões
- = indica que as duas versões são idênticas

Quadro 1 - Versão em português do instrumento “Abuse Assessment Screen” (AAS) usado no rastreamento de violência contra a mulher durante a gestação.

1. Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você? SIM NÃO

2. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? SIM NÃO

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido ex-marido namorado estranho outro

Número de vezes _____

3. Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? SIM NÃO

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido ex-marido namorado estranho outro

Número de vezes _____

Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano

Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir:

- 1 - Ameaças de maus-tratos/agressão, inclusive com uma arma
- 2 - Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura
- 3 - Soco, chute, machucado/”mancha roxa”, cortes e/ou dor contínua
- 4 - Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados
- 5 - Danos na cabeça, internos e/ou permanentes
- 6 - Uso de armas, ferimento por arma

(Escolha a descrição com o maior número)

4. Neste último ano (12 meses), alguém forçou você a realizar atividades sexuais? SIM NÃO

Caso afirmativo (sim), por quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

Marido ex-marido namorado estranho outro

Número de vezes _____

5. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima? SIM NÃO

No outro extremo, apesar de alguma similaridade nas assertivas das versões quanto ao item (j), nenhuma das duas mostrou-se adequada, tendo-se optado por uma terceira alternativa. Nem o termo “equimoses”, nem “murro” seriam apropriados para captar “*bruises*”. O termo “equimoses”, encontrado em V1, ainda que correto do ponto de vista da tradução literal, sofreria de pouca equivalência de estilo, uma vez que se trata de um termo sofisticado, eminentemente médico, e de pouca circulação e entendimento na população alvo que o instrumento pretende cobrir. O termo “murro” usado em V2 foi julgado como sendo equivocado. Optou-se por uma modificação, propondo-se “machucado / mancha roxa” para representar o termo “*bruises*”.

Vale destacar que no único item discordante (g), a 1ª versão mostrou-se mais apropriada, ao contrário da tendência geral. A decisão, na etapa 4, de usar V1 contrariou e sobrepujou a avaliação da etapa 3. Entendeu-se que, no contexto do instrumento em que o item é usado, “*score*” seria sinônimo de “*mark*” tornando, portanto, apropriado o uso do termo português “marque”. Ainda que aparentemente uma decisão trival, o fato é que o entendimento de “*score*” como “*escore*” (como, aliás, ocorreu em V2 e que acarretou em uma má avaliação na 3ª etapa), teria, obviamente, implicado em um significado completamente distinto.

Destaca-se que somente em uma única oportunidade, decidiu-se por uma modificação em que explicitamente se mexe na estrutura do instrumento original. Na 4ª etapa, resolveu-se eliminar por completo a alternativa “vários”/“múltiplos” das perguntas complementares das questões 2, 3 e 4 (item (e)). Tal como está formulada no AAS, a pergunta sobre o *status* do perpetrador permite mais de uma opção como resposta, o que torna a última opção redundante.

2.3.6. Discussão

A validade de uma investigação epidemiológica depende de vários quesitos, dentre os quais a validade das informações colhidas (Reichenheim & Moraes, 1998a). Não só importa a qualidade do processo de coleta, mas também a do instrumento utilizado. Para ser considerado válido, um instrumento deve ser capaz de captar adequadamente o evento ou conceito subjacente. Neste sentido, se já é laborioso alcançar esta validade no âmbito do contexto lingüístico em que um instrumento é concebido, isto é ainda mais difícil quando um instrumento necessita ser usado em uma língua estrangeira, diferente daquela de origem.

Herdman et al. (1997) trouxeram à baila esta questão no contexto dos programas de investigação sobre qualidade de vida, identificando a confusão terminológica e uma real

carência de sistemática na avaliação de equivalência transcultural entre instrumentos desenvolvidos em um certo idioma e sua(s) versão(ões). Apontam os autores, que, em última instância, a falta de equivalência transcultural leva ao comprometimento da validade de informação e, por conseguinte, à incapacidade de corretamente se estudar um conceito. Dando seqüência a esta crítica, Herdman et al. (1998) oferecem um roteiro de investigação no âmbito da equivalência transcultural, que envolve um aprofundamento cronologicamente ordenado de 6 subtipos de equivalência: conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e funcional.

Ainda que nenhuma crítica similar pudesse ser identificada na literatura sobre violência familiar, não seria de todo inoportuno sugerir que as mesmas deficiências também ocorram aqui. Assim sendo, programas de investigação sobre a equivalência transcultural calcados em roteiros definidos são necessários e bem-vindos. O presente estudo pretende ser uma instância dessa nova agenda, procurando se pautar no referido roteiro.

No entanto, autocríticas são devidas. Deve ser concedido que este estudo aceita tacitamente a pertinência da equivalência conceitual e de itens, enfocando imediata e exclusivamente a equivalência semântica. Mesmo que seja possível se argumentar que o *AAS*, por ser eminentemente factual e abarcar conceitos genuinamente universais, não exija maiores aprofundamentos, ainda assim, teria sido conveniente percorrer as duas primeiras etapas da avaliação de equivalência transcultural. Isto não pôde ser realizado devido à questões de ordem logístico-operacionais ligadas ao estudo de fundo no qual se aninha a presente investigação (Reichenheim & Moraes, 1998b).

Uma outra lacuna concerne a inexistência, por ora, de uma avaliação de equivalência de mensuração (Herdman et al., 1998). No entanto, avaliações neste âmbito (e.g., consistência interna, teste-reteste, validade de constructo, etc.) estão previstas para um futuro próximo, assim que a versão em português do *AAS* seja utilizada no estudo de fundo. Vale alertar que essas limitações circunstanciais necessitam ser observadas no caso de um possível uso da versão em português do instrumento *AAS* por parte do leitor.

Na mesma linha de argumentação, merece comentário o fato de que, a despeito de não ter sido um objetivo explícito do estudo, a equivalência operacional parece estar bem cuidada, uma vez que se procurou respeitar o *layout* do original na versão final em português e o modo de aplicação ser semelhante (entrevistas) (Herdman et al., 1998). É possível assumir a equivalência operacional como dada.

Do ponto de vista processual, vale sublinhar a relevância de se usar e confrontar mais de uma versão. Além de possibilitar uma escolha de itens a incorporar ou, ainda, permitir a junção de itens oriundos de diferentes versões, esta estratégia permite escrutinar a seqüência

dos procedimentos, incluindo as próprias traduções, suas retraduições e as apreciações que se seguem. A importância de uma crítica geral também deve ser ressaltada. Na 4ª etapa foi possível detectar problemas nas fases anteriores do estudo e, daí, redirecionar decisões que, do contrário, teriam sido, no mínimo, insatisfatórias.

Ainda no âmbito da avaliação da equivalência semântica, seria proveitoso se uma etapa adicional de interlocução com membros da população alvo também fosse implementada. Solicitar a uma amostra da população alvo para parafrasear itens traduzidos pode lançar luz sobre possíveis incongruências de significados entre o original e a versão proposta. Esta atividade complementar está prevista no decorrer do estudo de fundo (Reichenheim & Moraes, 1998b).

Por fim, requer ênfase que a versão apresentada aqui é proposicional, o que estende um convite à comunidade interessada em violência familiar a opinar e a oferecer suas críticas, ajudando, assim, a aprimorar a versão em português do instrumento *AAS*.

2.3.7. Agradecimentos

Os autores agradecem a Ana Silvia A. Gesteira, Eleonora N. A. de Barros, Laura Magaly Esteves Leite e Valéria da Costa Moreira pelas valiosas contribuições no processo deste estudo (tradução, retradução e avaliação na etapa 3).

2.3.8. Referências bibliográficas (artigo 3)

- ABRAPIA, 1992. *Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção - guia de orientação para profissionais de saúde*. Petrópolis: ABRAPIA.
- BRASIL, 1997. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília: Ministério da Saúde/SASA.
- GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.
- HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:135-145.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1997. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6:237-247.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1998. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7:323-335.

- MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996. Abuse during pregnancy: association with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research*, 45:37-42.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B.; SOEKEN, K. & BULLOCK, L., 1992. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, 267:3176-3178.
- NORTON, L. B.; PEIPERT, J. F.; ZIERLER, S.; LIMA, B. & HUME, L., 1995. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstetrics & Gynecology*, 85:321-325.
- PARKER, B. & MCFARLANE, J., 1991. Identifying and helping battered pregnant women. *MCN: American Journal of Maternal and Child Nursing*, 16:161-164.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 1998a. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2:131-148.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 1998b. *Estudo caso-controle da violência domiciliar como fator de propensão de prematuridade: Projeto de Pesquisa*, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.
- REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H. & MORAES, C. L., 1999. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4:109-121.
- STRAUS, M. A. & GELLES, R. J., 1995. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8145 Families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publisher.
- STREINER, D. L. & NORMAN, G. R., 1989. *Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford: Oxford University Press.

2.4. Adaptação transcultural para o português do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*” utilizado para identificar a violência entre casais ⁷

2.4.1. Resumo

Este artigo enfoca a avaliação da equivalência transcultural entre o instrumento *Revised Conflict Tactics Scales - CTS2*, concebido em inglês e usado para identificar a violência entre casais, e uma versão em português a ser proposta para uso no Brasil. Além de uma ampla revisão bibliográfica, a avaliação da equivalência conceitual e de itens envolveu discussões de grupos de especialistas sobre a existência e pertinência em nosso meio dos conceitos teóricos subjacentes e dos itens componentes do instrumento. A avaliação da equivalência semântica constou das seguintes etapas: duas traduções e respectivas retraduições; uma avaliação subsequente da equivalência de significado referencial e geral (conotativo) entre as retraduições e o original; novos encontros com especialistas para a definição de uma versão-síntese; e a pré-testagem desta realizada em 774 mulheres. Constatou-se boa equivalência conceitual, de itens e semântica entre a versão final em português e o original, bem como uma excelente aceitabilidade. Apesar de encorajadores, os resultados obtidos devem ser revistos à luz de avaliações psicométricas futuras.

Palavras-chave: violência familiar; maus-tratos conjugais; equivalência transcultural; tradução; questionário.

2.4.2. Abstract

This article concerns the evaluation of the transcultural equivalence between the *Revised Conflict Tactics Scales - CTS2* conceived in English and used to identify violence between partners, and a Portuguese version for use in Brazil. Besides a broad literature review, evaluating conceptual and item equivalences involved expert discussion groups about the existence and pertinence in the Brazilian context of the underlying theoretical concepts and the corresponding component items. Semantic equivalence involved the following steps: two translations and respective back-translations; an evaluation regarding referential and general (connotative) equivalences between the original instrument and each version; further

⁷ Artigo submetido: **MORAES, C. L.**; HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2001. Adaptação transcultural para o português do instrumento "*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*" utilizado para identificar a violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*.

discussions with experts in order to define the final version; and pre-testing the latter on 774 women. Good conceptual, item and semantic equivalence between the Portuguese version and the original *CTS2* could be established. Acceptability of the version was excellent. Albeit encouraging, results should be re-evaluated in the light of forthcoming psychometric analysis (measurement equivalence).

Keywords: family violence; spouse abuse; transcultural equivalence; translation; questionnaire.

2.4.3. Introdução

Em diferentes partes do mundo, a violência na família vem assumindo um crescente papel na morbi-mortalidade de mulheres, crianças e adolescentes (Heise, 1994; Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997). As possíveis repercussões bio-psico-sociais do fenômeno têm fomentado um crescente interesse da comunidade científica na elaboração de propostas de ação para a prevenção e o acompanhamento de suas vítimas. Porém, se ações imediatas são prioridades indiscutíveis, o desenvolvimento de linhas de investigação nessa área também merece incentivo. Conseqüentemente, requer ênfase a necessidade de aprimorar ferramentas diagnósticas voltadas para a detecção e acompanhamento das vítimas e suas famílias, bem como o desenvolvimento de um instrumental de aferição para ser aplicado em contextos de pesquisa.

Em muitos contextos socioculturais, incluindo o brasileiro, o desenvolvimento de programas de investigação sobre instrumentos de aferição é bastante complexo. Além de todas as minúcias requeridas na concepção, desenvolvimento e consolidação de um novo instrumento, freqüentemente é necessário utilizar um elaborado em outra cultura, mas que, para isso, ainda requer uma adaptação local. As diferenças existentes entre as definições, crenças e comportamentos relacionados ao objeto de investigação impõem que a utilização desses instrumentos seja precedida de uma avaliação detalhada da equivalência transcultural entre o original e sua versão.

Historicamente, a adaptação de instrumentos elaborados em um outro idioma se detinha à simples tradução do original ou, excepcionalmente, à comparação literal destes com versões retraduzidas. Mais recentemente, pesquisadores de diferentes áreas temáticas têm sugerido que a avaliação semântica deva ser apenas um dos passos necessários ao processo de adaptação transcultural (Patrick et al., 1985; Bravo et al., 1991; Badia & Alonso, 1995; Herdman et al., 1997). Apesar do avanço das reflexões a esse respeito, ainda não existe consenso quanto a melhor estratégia de adaptação. Diferentes abordagens teóricas são

responsáveis pela diversidade de propostas metodológicas encontrada na literatura (Guillemin et al., 1993; Herdman et al., 1998).

Aceitando-se que na área de violência familiar é de grande interesse comparar perfis epidemiológicos e demais achados de pesquisas realizadas em diferentes localidades e culturas, parece fundamental que programas de investigação de equivalência transcultural sejam implementados. No contexto brasileiro, o desenvolvimento de pesquisas nessa área se torna ainda mais urgente em função do esforço demandado para construção e avaliação da qualidade de novos instrumentos de aferição e da freqüência da utilização de instrumentos elaborados em outras línguas, tanto no âmbito clínico, como no epidemiológico.

Baseado no roteiro proposto por Herdman et al. (1998) descrito a seguir, este artigo enfoca as primeiras três etapas do processo de avaliação da equivalência transcultural entre o instrumento *Revised Conflict Tactics Scales - CTS2*, concebido por Straus et al. (1996) em língua inglesa, e uma versão-síntese em português a ser proposta para uso no Brasil. A *CTS2* faz parte de um conjunto de instrumentos de identificação de violência na família que vem sendo elaborado pelo *Family Research Laboratory* nos Estados Unidos da América (EUA) há cerca de duas décadas. Trata-se de um instrumento estruturado e multidimensional utilizado especificamente para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. Três de suas cinco dimensões abordam táticas de resolução de conflitos através de negociação, agressão psicológica e violência física. As outras duas abordam as possíveis conseqüências da violência na saúde individual do respondente e de seu companheiro(a) e a existência de coerção sexual no relacionamento do casal.

O modelo de adaptação proposto por Herdman et al. (1998) utiliza uma abordagem que admite a possibilidade de interlocução mas não assume a priori a equivalência entre constructos nas diferentes culturas. O modelo é calcado na apreciação de diferentes tipos de equivalência. Inicialmente, a adaptação deve contemplar uma apreciação da pertinência dos conceitos e domínios apreendidos pelo instrumento original na cultura alvo da nova versão (equivalência conceitual). O modelo também prescreve que se avalie a adequação de cada item do instrumento original em termos de sua capacidade para representar tais conceitos e domínios na população onde o instrumento pretende ser utilizado (equivalência de itens). Somente então, deve-se partir para a avaliação da equivalência semântica entre esta e o original (equivalência semântica). A adequação e pertinência de aspectos operacionais na nova cultura – forma de administração, número de opções de resposta, etc. – também devem ser observadas (equivalência operacional). Na seqüência, avalia-se a equivalência entre as propriedades psicométricas do instrumento original e de sua nova versão (equivalência de

mensuração). Segundo os autores, somente após percorrer os diferentes aspectos de equivalência apontados acima, é possível declarar que está estabelecida a adaptação transcultural da nova versão.

Considerando que a violência entre casais é uma das principais formas de violência familiar em nosso meio e diante da insuficiência de ferramentas disponíveis em português para sua detecção, parece oportuno e relevante tornar disponíveis versões em português de instrumentos oriundos de programas de investigação robustos e bem estabelecidos como é o caso da *CTS2*. Para isso, torna-se fundamental que esses instrumentos sejam alvo de um processo de adaptação formal antes de serem utilizados no Brasil.

O objetivo do artigo é apresentar os resultados da avaliação da equivalência conceitual, de itens e semântica entre a *CTS2* original em inglês e uma versão em português para uso em estudos epidemiológicos interessados em identificar a ocorrência de violência entre casais ou mesmo na família como um todo.

2.4.4. Procedimentos e métodos

Avaliação da equivalência conceitual e de itens

Esta avaliação consistiu na discussão com um grupo de especialistas composto por cinco profissionais que atuam na área de violência familiar. O grupo reuniu três médicos epidemiologistas, uma nutricionista epidemiologista e uma antropóloga, tendo como finalidade explorar se os diferentes domínios abarcados pelo instrumento original na definição e apreensão da violência familiar seriam relevantes e pertinentes em nosso meio. No processo, avaliou-se a pertinência dos itens do instrumento original para a captação de cada um desses domínios (escalas) da violência familiar no Brasil.

A discussão focalizou especialmente o contexto brasileiro, abarcando as seguintes questões: (1) a pertinência das táticas de negociação, agressão psicológica e agressão física para resolução de conflitos entre os membros da família; (2) a existência de outras táticas de resolução de conflitos que, por serem relevantes no Brasil, devessem, necessariamente, ser incluídas em um instrumento epidemiológico de identificação da violência familiar; (3) a adequação dos domínios presentes no questionário original (agressão psicológica, violência física e coerção sexual) para expressar o conceito de violência familiar; (4) a necessidade de inclusão no instrumento de outros domínios da violência familiar; (5) a capacidade dos itens que compõem as cinco escalas de representar os domínios abarcados pelo instrumento; e (6) a pertinência da classificação dos mesmos segundo a sua gravidade.

As discussões se deram à luz de uma revisão bibliográfica que priorizou as publicações das *CTSs* sobre os processos envolvidos em sua construção (Straus, 1979; Straus et al., 1996; Straus et al., 1998). Essa etapa da pesquisa visou conhecer os conceitos e definições teóricas de violência familiar, bem como as estratégias utilizadas para a escolha dos itens componentes. Adicionalmente, procurou-se identificar as mesmas questões no material bibliográfico publicado pelas principais instituições nacionais envolvidas com a prevenção, diagnóstico e acompanhamento de vítimas de violência familiar (ABRAPIA (Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência), 1992; Deslandes, 1994; Branco et al., 1996; Brasil, 1997; BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil), 1998; Guerra, 1998).

Avaliação da equivalência semântica

A avaliação de equivalência semântica envolveu cinco etapas. A inicial consistiu em duas traduções do instrumento original em inglês para o português, realizadas de forma independente. Um profissional com experiência na área de violência familiar e fluente no idioma inglês foi responsável por uma tradução (T1) e um profissional de nível superior formado em letras e com especialização em inglês pela outra (T2).

Na segunda etapa do processo, T1 e T2 foram, respectivamente, retraduzidas por dois tradutores juramentados (R1 e R2). As retraduzões ocorreram novamente de forma independente e, desta feita, mascaradas em relação ao perfil profissional dos que atuaram na etapa 1.

Uma subsequente avaliação formal foi realizada por um terceiro tradutor, não só proficiente e fluente nos dois idiomas, como também ligado à área de Saúde Coletiva (etapa 3). Duas questões distintas foram apreciadas. Primeiro, avaliou-se a equivalência entre o original e cada uma das retraduzões, sob a perspectiva do significado referencial dos termos/palavras constituintes (Herdman et al., 1998). Este concerne às idéias ou objetos do mundo a que uma ou várias palavras se referem. Se há o mesmo significado referencial de uma palavra no original e na respectiva tradução, presume-se que existe uma correspondência literal entre elas.

O segundo aspecto apreciado concerniu o significado geral de cada item da *CTS2*, contrastando-se o que foi captado na tradução para o português com o original em inglês. Esta correspondência transcende a literalidade das palavras, encampando também aspectos mais sutis, tal como o impacto que um termo tem no contexto cultural da população alvo. A apreciação é necessária porque a correspondência literal de um termo não implica que a

mesma reação emocional ou afetiva seja evocada em diferentes culturas. É indispensável uma sintonia fina que alcance também uma correspondência de percepção e impacto no respondente.

Esta questão é particularmente relevante em relação aos instrumentos usados no âmbito da violência familiar, pois uma palavra ou assertiva usada com a intenção de agredir psicologicamente pode ter uma grande capacidade de insulto no contexto e local de origem. Por outro lado, a versão literal do termo, usada agora em um novo contexto sócio-cultural, pode carecer de poder afrontador e não ser tão ofensiva. Neste caso, uma substituição por outro termo permitiria resgatar plenamente a equivalência desejada.

Para cada aspecto de equivalência avaliado, foi usado um formulário específico, desenhado de forma a mascarar a origem dos itens sob escrutínio, i.e., se do original ou retradução. No formulário usado para apreciar o significado referencial, optou-se por escalas visuais - *Visual Analogue Scale* (Streiner & Norman, 1995). Assim, a equivalência entre pares de assertivas pôde ser julgada de forma contínua, entre 0 a 100%. No outro formulário, usado na avaliação de significado geral, utilizou-se uma qualificação em quatro níveis, a saber, inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado. Merece menção que as situações de divergência entre as avaliações de significado referencial e geral foram, explicitamente, alvo de comentários e anotações, bastante proveitosos nas discussões desenvolvidas na etapa seguinte.

A quarta etapa da avaliação semântica foi realizada pelo mesmo grupo de especialistas que participou da avaliação da equivalência conceitual e itens, tendo como objetivo identificar e encaminhar os problemas de cada uma das etapas pregressas. A partir daí, pôde-se propor uma versão-síntese, ora incorporando itens oriundos de uma das duas versões trabalhadas, ora optando-se por certas modificações para melhor atender os critérios expostos acima.

A quinta e última etapa de avaliação envolveu um pré-teste da versão-síntese proposta⁸. A *CTS2* foi utilizada em um estudo realizado em três maternidades públicas do município do Rio de Janeiro (Moraes, 1998). Uma equipe composta por cinco entrevistadoras especialmente treinadas e a coordenadora do trabalho de campo (CLM) entrevistou 774 mães nas primeiras 48 horas de puerpério. Durante o trabalho de campo, foram realizadas reuniões da equipe com o grupo de especialistas visando discutir a aceitabilidade da versão em português e demais observações decorrentes da aplicação do instrumento.

⁸ Mais detalhes sobre o pré-teste da versão em português se encontram no anexo A.1, página 143.

2.4.5. Resultados

Apreciação da equivalência conceitual e de itens

As discussões do grupo de especialistas e a consulta à bibliografia temática, sugeriram que os conceitos relacionados à violência familiar utilizados para a elaboração do instrumento original são pertinentes ao nosso contexto cultural, principalmente no âmbito de populações urbanas. Concordando com o proposto por Straus et al. (1996) no contexto norte-americano, julgou-se que as definições e dimensões da violência familiar no Brasil também englobam, dentre outros aspectos, a agressão psicológica, a violência física e a coerção sexual. Sendo assim, avaliou-se que os instrumentos de aferição a serem utilizados para a identificação da violência familiar em nosso meio devem abordar os diferentes domínios/escalas contemplados no instrumento original.

Segundo os especialistas, de forma geral, os 39 itens escolhidos por Straus et al. (1996) para compor o instrumento original representam adequadamente os domínios da violência familiar no contexto cultural brasileiro. Algumas sugestões foram feitas e incorporadas à versão-síntese proposta. Por exemplo, na escala de agressão psicológica sugeriu-se que o item 13 onde se lia “... *chamou seu companheiro de gordo ou feio?*” fosse ampliado para “... *chamou o seu companheiro de gordo, feio ou outra coisa parecida*”. No Brasil, os termos gordo e feio não têm a mesma conotação ofensiva do que nos EUA, não sendo, portanto, capazes de representar adequadamente uma agressão psicológica grave como sugerido no instrumento original.

Outra modificação sugerida diz respeito aos itens 16 e 21 que abordam a procura de um médico em consequência à violência conjugal sofrida. O grupo achou interessante que os itens fossem alterados para “... *médico ou serviço de saúde*” já que, em nosso meio, o termo “*médico*”, isoladamente, poderia sugerir a procura exclusiva de médico particular, não tão comum em nosso País.

Avaliação da equivalência semântica

Seguindo a tradução e retradução, foi realizada uma apreciação formal da equivalência entre os itens oriundos das retraduições (R1 e R2) e os do instrumento original. De maneira geral, evidenciou-se uma boa equivalência. Como mostra a Tabela 6, somente um em cada dez itens apresentou significado referencial aquém de 90%. Observou-se que o significado geral se manteve inalterado em mais de 80% das assertivas em ambas as retraduições. Neste

aspecto da equivalência semântica, constatou-se uma discreta primazia da segunda versão sobre a primeira.

Na quarta etapa da avaliação, identificou-se que todas as discrepâncias entre os itens relativas ao significado referencial e geral eram atribuíveis a entraves ocorridos na etapa de retradução. Ainda que a grosso modo a etapa anterior tenha endossado ambas as traduções, uma avaliação minuciosa levou a se optar mais pelos itens oriundos de T1 (67% das situações), quer em sua forma original ou com alguma modificação para a elaboração da versão-síntese. O restante dos itens foi aproveitado de T2 (20% das vezes) ou de uma composição entre as duas traduções (13%). No Quadro 2 são apresentados os itens que foram modificados durante a quarta etapa. Na primeira coluna encontram-se as traduções desses 22 itens, destacando-se sua origem (T1 ou T2). Na segunda coluna estão os itens já modificados e incorporados na versão final da *CTS2*. Esta é apresentada integralmente no Quadro 3. É importante salientar que, por uma questão eminentemente operacional ligada ao estudo de fundo, a versão proposta foi adaptada para a terceira pessoa para possibilitar sua aplicação através de entrevistas.

Tabela 6 - Avaliação da equivalência semântica através da apreciação da equivalência referencial e geral entre os itens das retraduições e o instrumento original

Significado referencial				Significado geral			
Escore obtido através da escala analógica visual	T1/R1 * Nº de itens (%)	T2/R2 ** Nº de itens (%)	Julgamento do avaliador	T1/R1 * Nº de itens (%)	T2/R2 ** Nº de itens (%)		
90 – 100 %	35 (89,8)	35 (89,8)	Inalterado	33 (84,7)	36 (92,4)		
70 < 90 %	1 (2,5)	2 (5,1)	Pouco alterado	5 (12,8)	3 (7,6)		
50 < 70 %	2 (5,1)	2 (5,1)	Muito alterado	1 (2,5)	-		
< 50 %	1 (2,5)	-	Completamente alterado	-	-		
Total	39 (100,0)	39 (100,0)	Total	39 (100,0)	39 (100,0)		

* T1/R1 – itens provenientes da tradução 1 e respectiva retradução

** T2/R2 – itens provenientes da tradução 2 e respectiva retradução

As modificações realizadas tiveram diferentes objetivos. A maioria pretendeu tornar a versão em português mais coloquial e aceitável para a população alvo (itens 1, 2, 4, 6, 8, 10, 14, 20, 24, 27, 36 e 39). As alterações envolveram a substituição de pronomes e a utilização de termos mais corriqueiros em nosso meio. Em quatro situações (itens 7, 11, 13 e 33), as modificações visaram ampliar a equivalência de significado geral dos termos. No item 33, por exemplo, a expressão “*péssimo amante*” sugerida pela primeira tradução foi deliberadamente substituída por “*ruim de cama*”. Entendeu-se que “*péssimo amante*” poderia dar a entender à respondente uma situação restrita a relações adúlteras. A substituição generalizada do termo “*parceiro*” por “*companheiro*” também serve como exemplo. Entre as camadas populares do Rio de Janeiro, “*parceiro*” corresponderia à “*camarada*” quando usado no âmbito das relações interpessoais ou à “*colaborador*” no âmbito dos negócios, o que não era a intenção do instrumento original.

Apenas o item 15 foi alterado em decorrência de uma falta de especificidade identificada no instrumento original. À proposta inicial “... *destruiu alguma coisa de seu parceiro?*”, foi acrescentado o complemento “*de propósito*” para caracterizar melhor uma situação de agressão psicológica entre o casal. Como descrito anteriormente, os itens 16 e 21 foram ampliados para “...*médico ou serviço de saúde*” por uma questão de ajuste ao contexto das políticas de saúde no Brasil. As mudanças nos itens 25, 30 e 39 visaram mais de um dos motivos acima.

Na quinta e última etapa da avaliação semântica (pré-teste), salvo em raras situações, observou-se que o instrumento teve plena aceitabilidade. Apenas 3 dentre as 774 mulheres entrevistadas se recusaram a terminar a entrevista. Porém, algumas questões merecem ser apontadas. Observou-se que a aplicação da *CTS2* foi cansativa para algumas respondentes mesmo utilizando-se um sistema de escore de respostas simplificado e diferente do original que reduziu o tempo médio de aplicação do instrumento para 13 minutos.

Quadro 2 - Modificações realizadas durante a quarta etapa do processo de avaliação da equivalência semântica

Item após a tradução (versão correspondente)	Item proposto após etapa quatro
(1) “Eu mostrei ao meu parceiro que eu me importava mesmo que nós discordássemos” (T1)	<i>“Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?”</i>
(2) “Expliquei ao meu parceiro qual era a coisa de que eu discordava” (T2)	<i>“Você explicou ao seu companheiro o que você não concordava com ele?”</i>
(4) “Eu joguei alguma coisa em meu parceiro que poderia ferir” (T1) “Atirei algo em meu parceiro que poderia feri-lo” (T2)	<i>“Você jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá-lo?”</i>
(6) “Eu tive um deslocamento, contusão (“mancha roxa”), ou tive um pequeno corte por causa de uma briga com o meu parceiro/a” (T1) “Sofri uma torção, contusão ou pequeno corte por causa de uma briga com meu parceiro(a)” (T2)	<i>“Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro?”</i>
(7) “Eu mostrei que respeitava os sentimentos do meu parceiro/a sobre uma questão” (T1)	<i>“Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?”</i>
(8) “Obriguei meu parceiro a ter relações sem usar camisinha” (T2)	<i>“Você obrigou o seu companheiro a fazer sexo sem usar camisinha?”</i>
(10) “Eu usei de força assim como bater, segurar ou usar uma arma para obrigar o meu parceiro/a a fazer sexo oral ou anal” (T1)	<i>“Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro a fazer sexo oral ou anal com V/S?”</i>
(11) “Eu usei uma faca ou arma de fogo contra o meu parceiro/a” (T1)	<i>“Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro?”</i>
(13) “Eu chamei o meu parceiro/a de gordo ou feio” (T1)	<i>“Você chamou o seu companheiro de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida?”</i>
(14) “Eu esmurrei ou acertei o meu parceiro/a com alguma coisa pudesse ferir/doer” (T1)	<i>“Você deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar?”</i>
(15) “Destruí algo que pertencia ao meu parceiro(a)” (T2)	<i>“Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito?”</i>
(16) “Eu fui a um médico por causa de uma briga com meu parceiro/a” (T1)	<i>“Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro”</i>
(20) “Eu disse que eu estava certo de que poderíamos resolver o problema” (T1)	<i>“Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?”</i>
(21) “Eu deveria ter ido a um médico por causa de uma briga com meu parceiro/a mas não fui” (T1)	<i>“Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro mas não foi?”</i>

Quadro 2 (cont.)

Item após a tradução (versão correspondente)	Item proposto após etapa quatro
(24) “Eu usei de força (assim como bater, segurar, ou usar uma arma) para obrigar o meu parceiro/a a fazer sexo comigo” (T1)	<i>“Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro a fazer sexo com você?”</i>
(25) “Sair bruscamente da sala, casa ou jardim durante uma discussão” (T2)	<i>“Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?”</i>
(27) “Eu dei um tabefe/bofetão no meu parceiro/a” (T1)	<i>“Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro?”</i>
(30) “Eu sugeri um acordo para resolver uma desavença” (T1) “Eu disse que tinha certeza de que poderíamos resolver determinado problema” (V2 – 42)	<i>“Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?”</i>
(33) “Eu acusei o meu parceiro/a de ser um péssimo amante” (T1)	<i>“Você acusou o seu companheiro de ser “ruim de cama”?”</i>
(36) “Eu senti dores físicas que ainda doíam no dia seguinte por causa de uma briga com o meu parceiro/a” (T1)	<i>“Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro?”</i>
(38) “Eu fiz ameaças para obrigar o meu parceiro/a a fazer sexo” (T1)	<i>“Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo com V/S?”</i>
(39) “Concordei com a solução para uma briga que foi sugerida por meu parceiro(a)” (T2)	<i>“Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?”</i>

Outra questão apontada no pré-teste se refere à compreensão de alguns itens das escalas de negociação e coerção sexual. Com relação à primeira, constatou-se que, apesar das adaptações introduzidas na quarta etapa da apreciação, principalmente os itens 1, 2 e 30 permaneceram pouco coloquiais e a forma de construção das sentenças, pouco corriqueiras. Em algumas entrevistas foi necessário repetir as perguntas mais de uma vez para que se obtivesse uma resposta. Na escala de coerção sexual, algumas respondentes pareciam não entender o item 8 “... obrigou a fazer sexo sem usar camisinha?” como uma forma de coerção sexual, ficando até espantadas com a pergunta. Em muitas ocasiões as respondentes apenas negavam o uso regular da camisinha não respondendo o que havia sido perguntado.

Quadro 3 - Versão-síntese da CTS2 em português

“Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, quer coisas diferentes, ou discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver seus problemas. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre um casal. Por favor, eu gostaria de saber se você e seu (ex)companheiro fizeram cada uma dessas coisas durante a sua gravidez. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que você me dissesse se já aconteceu desde que você soube que estava grávida.

Diante de uma desavença ou discussão entre você e seu (ex)companheiro (ou aaaa) nessa gravidez ...

Item	(Escala)*	
1a	(N)	Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?
1b		Seu companheiro(a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?
2a	(N)	Você explicou para seu companheiro(a) o que você não concordava com ele?
2b		Seu companheiro(a) explicou para você o que ele não concordava com você?
3a	(Pm)	Você insultou ou xingou o seu companheiro(a)?
3b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
4a	(Fm)	Você jogou alguma coisa no seu companheiro(a) que poderia machucá-lo?
4b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
5a	(Fm)	Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele?
5b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
6a	(Im)	Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)?
6b		Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você?
7a	(N)	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?
7b		Seu companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?
8a	(Cm)	Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha?
8b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
9a	(Fm)	Você deu um empurrão no seu companheiro(a)?
9b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
10a	(Cg)	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você?
10b		Seu companheiro(a) fez isso?
11a	(Fg)	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)?
11b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
12a	(Ig)	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)?
12b		Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?
13a	(Pg)	Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida?
13b		Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida?
14a	(Fg)	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar?
14b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
15a	(Pg)	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito?
15b		Seu companheiro(a) fez isso?
16a	(Ig)	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?
16b		Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?
17a	(Fg)	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)?
17b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
18a	(Pm)	Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)?
18b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
19a	(Fg)	Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força?
19b		Seu companheiro(a) fez isso com você?

Quadro 3 (cont.)

Item	(Escala)*	
20a	(N)	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?
20b		Seu companheiro(a) disse que achava que você poderiam resolver o problema?
21a	(Ig)	Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro mas não foi?
21b		Seu companheiro(a) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você mas não foi?
22a	(Fg)	Você deu uma surra no seu companheiro(a)?
22b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
23a	(Fm)	Você segurou o seu companheiro(a) com força?
23b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
24a	(Cg)	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo com você?
24b		Seu companheiro(a) fez isso?
25a	(Pm)	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?
25b		Seu companheiro(a) fez isso?
26a	(Cm)	Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física?
26b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
27a	(Fm)	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)?
27b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
28a	(Ig)	Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?
28b		Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você?
29a	(Cg)	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você?
29b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
30a	(N)	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?
30b		Seu companheiro(a) fez isso?
31a	(Fg)	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito?
31b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
32a	(Cm)	Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?
32b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
33a	(Pg)	Você acusou o seu companheiro(a) de ser “ruim de cama”?
33b		Seu companheiro(a) te acusou disso?
34a	(Pm)	Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)?
34b		Seu companheiro(a) fez isso?
35a	(Pm)	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)?
35b		Seu companheiro(a) fez isso?
36a	(Im)	Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?
36b		Seu companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?
37a	(Fg)	Você chutou o seu companheiro(a)?
37b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
38a	(Cg)	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você?
38b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
39a	(N)	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?
39b		Seu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?

* Legenda para as escalas: (N) negociação; (Pm) agressão psicológica menor; (Pg) agressão psicológica grave; (Fm) violência física menor; (Fg) violência física grave; (Cm) coerção sexual menor; (Cg) coerção sexual grave; (Im) injúria menor e (Ig) injúria grave.

2.4.6. Discussão

Até o momento, não existe na literatura uma clara recomendação sobre os métodos apropriados para realizar adaptações transculturais no âmbito da violência familiar. Nem mesmo nos campos onde algumas diretrizes existem há consenso sobre os procedimentos necessários para adaptar instrumentos de aferição a novos contextos, culturas ou idiomas. Estratégias que vão desde uma simples tradução do original pelos próprios pesquisadores, até processos mais minuciosos como o proposto por Herdman et al (1998) estão em franca discussão (Perneger et al., 1999).

O modelo sugerido pelos autores foi escolhido por ser abrangente e enfatizar a necessidade de apreciação de diferentes nuances na adaptação transcultural. Contudo, importa destacar que esse é apenas um dentre vários roteiros disponíveis na literatura na área de qualidade de vida e saúde (*Health Related Quality of Life*). É fundamental, pois, que se ponha à crítica cada uma das etapas envolvidas. A explicitação pormenorizada dos passos realizados, dos dilemas surgidos ao longo do processo e a experiência acumulada durante a adaptação da *CTS2* pretendem enriquecer esse debate.

Apesar da constatação de equivalência conceitual, nas várias etapas de atuação do grupo de especialistas, aventou-se a possibilidade de inclusão de outros domínios da violência entre casais na versão a ser usada no Brasil. O cárcere privado e suas variantes mais sutis, tais como por exemplo, a restrição ao contato com amigos e parentes, ao trabalho, à participação em instituições da rede social de apoio, ocuparam um bom espaço nos debates. Decidiu-se por não incluí-los no presente estudo, pois se julgou que isto requereria uma avaliação mais aprofundada. Primeiro seria necessário responder se, de fato, o cárcere constitui uma dimensão separada das demais já contempladas na *CTS2* ou se este poderia ser entendido como uma manifestação de agressão psicológica não abrangida pelo instrumento original. Nas duas hipóteses, a incorporação de novos itens sobre o cárcere necessitaria passar por uma avaliação formal, semelhante àquela demandada na construção de um novo instrumento. Em se admitindo, por outro lado, que os itens conformassem apenas um conjunto superposto ao espaço de conteúdo representado pelos outros já incluídos no instrumento original, ter-se-ia redundância, tornando a informação específica sobre o cárcere desnecessária para a identificação do respectivo domínio.

Ainda que os especialistas tenham considerado todos os itens da *CTS2* pertinentes no contexto cultural brasileiro, aventou-se a possibilidade de inclusão de outros que contemplassem ações de violência também comuns no nosso meio. Foram sugeridos alguns itens descrevendo atitudes depreciativas da capacidade intelectual do companheiro ou que

traduzissem outras formas de opressão psicológica entre o casal, tal como o confisco de pertences ou documentos pessoais. Aqui também, julgou-se prudente modificar o mínimo possível a estrutura do instrumento, uma vez que já se tinha avaliado positivamente a equivalência de itens em termos de representação dos domínios. Ademais, não manter o conjunto original poderia promover uma alteração das propriedades psicométricas, algo indesejável quando se almeja uma adaptação transcultural satisfatória. Nada impede a inclusão de novos itens em versões futuras, desde que esta decisão seja sustentada por uma rigorosa e sistemática avaliação (Streiner & Norman, 1995).

Já uma redução do número de itens foi aventada após a realização do pré-teste. O fato da aplicação da *CTS2* ser cansativa para algumas respondentes, principalmente na ausência de situação de violência na família, talvez se explique pela sua inserção no questionário multidimensional do estudo de fundo, levando a um aumento substantivo da duração da entrevista. Mas se o uso de questionários multifacetados constitui o dia-a-dia dos estudos epidemiológicos, seria interessante recomendar uma versão mais breve a ser utilizada nestas situações. Vale enfatizar novamente que, mesmo em se aceitando a equivalência transcultural da versão completa, seria necessário que a reduzida também fosse alvo de um escrutínio formal, principalmente no que tange à equivalência de itens e de mensuração.

Uma outra questão percebida diz respeito à necessidade de aprofundar a discussão sobre a classificação dos itens em “menores” e “graves” nas escalas de agressão psicológica, violência física e coerção sexual (detalhes no Quadro 3). A falta de correspondência conotativa concernente aos termos *gordo* e *feio* apontada na seção de resultados instiga a reflexão. Lançados como ofensas graves nos EUA, no Brasil, os termos não parecem ser tão chocantes assim. Possivelmente uma mudança usando expressões mais cáusticas (e.g., “*canhão*” ou “*jamanta*” no linguajar popular carioca) serviria para recolocar o item no conjunto dos graves, algo perdido ao se aceitar simplesmente a tradução literal. Vale comentar que no presente estudo, a opção de somente adicionar “... ou outra coisa parecida”, apesar de conservadora, intencionou manter a versão mais abrangente possível em relação ao contexto brasileiro. A proposição de termos paroquiais, facilmente aceitos e entendíveis no Rio de Janeiro poderia ser limitante, não sendo necessariamente pertinente, por exemplo, no contexto do Nordeste do País.

Este último comentário nos lembra que uma transposição cultural de um instrumento de aferição não se restringe à países e/ou idiomas distintos. Ajustes locais e regionais também requerem atenção. O grau de sintonia com a população na qual a versão será usada é algo

difícil de caracterizar. Uma decisão deve ponderar o quanto se ganha com a aproximação cultural e o quanto se pode perder em termos de generalização e comparabilidade.

A falta de uma correspondência conotativa pode ter reflexos importantes. Uma discrepância de poder emotivo que um termo tem em diferentes culturas pode acabar modificando a própria estrutura do instrumento. No caso do exemplo acima (*gordo e feio*), ao se manter a tradução literal sem qualquer adendo ou ajuste, a sub-escala de agressão psicológica grave acabaria com um item a menos, porquanto a de agressão psicológica menor, um a mais. Ter-se-ia, assim, alterado a validade de conteúdo do instrumento. Estas e outras sutilezas análogas merecem exploração mediante discussões que também incorporem membros da população onde, pretensamente, a versão seria utilizada. Neste sentido, estudos qualitativos através de estratégias de grupos focais seriam bastante profícuos. Aqui também são vitais os testes de campo e as avaliações psicométricas.

A discrepância observada entre os resultados da terceira e quarta etapas da apreciação da equivalência semântica estimula o debate sobre o papel de cada procedimento na adaptação de instrumentos elaborados em outros contextos culturais (Guillemin et al., 1993; Perneger et al., 1999). Sem um aprofundamento após a terceira etapa do processo, a segunda retradução teria sido priorizada na construção da versão-síntese. Porém, uma vez detectado que os pequenos problemas com o par T1/R1 eram conseqüentes da retradução e que a maioria dos itens da primeira tradução apresentava uma linguagem mais coloquial e adaptada ao contexto cultural brasileiro, optou-se, na maioria das vezes, pelos itens oriundos de T1. Esta ambigüidade poderia questionar a habitual importância dada a retradução nos processos de decisão. Talvez, valha recomendar que a apreciação formal da equivalência entre as retraduições e o original se restrinja a uma avaliação geral da qualidade das traduções, identificando as grandes discrepâncias entre as mesmas, e não, servir como critério principal para a escolha dos itens em si.

Esta sugestão, entretanto, merece qualificação. Segundo Guillemin et al.(1993), o ideal é que os retradutores tenham como língua-pátria aquela do instrumento original, e uma afinidade com a terminologia utilizada no campo temático em questão. A contragosto, os profissionais que participaram da etapa em questão não apresentavam este perfil. Vale comentar que essa não é uma situação rara em nosso meio. No Brasil, não existe ainda uma ampla oferta de tradutores especializados na área de Saúde Coletiva, muito menos na área de violência familiar. De qualquer forma, do ponto de vista das decisões finais, é pouco plausível que o fato tenha trazido grande prejuízo, uma vez que na quarta etapa da avaliação pôde-se identificar os itens mal retraduzidos, passando-se para uma seleção diretamente guiada pela

própria tradução. No presente estudo, o problema funcionou mais como um estorvo do que como uma fonte de viés.

O perfil dos tradutores também importa. É possível que a melhor performance da primeira tradução esteja associada ao perfil do profissional que a elaborou. A tradução que deu origem a T1 foi realizada por um pesquisador da área de epidemiologia da violência familiar, o que levou a escolha de termos mais coloquiais e de uso corrente em pesquisas nessa área temática. Já a segunda versão foi elaborada por um profissional que, apesar de plenamente proficiente em inglês, não trabalhava no campo e, portanto, sem a mesma afinidade com a terminologia habitualmente empregada.

A existência de mais de um par de tradução-retradução facilitou a tomada de decisões para a elaboração da versão-síntese, algo também reportado em estudo anterior (Reichenheim et al., 2000). Porém, uma recomendação genérica sobre o número ideal de pares não parece interessante, na medida em que essa decisão está intimamente ligada ao custo-benefício do processo nos contextos específicos, isto é, a cada situação de pesquisa. Essa questão poderá ser oportunamente respondida com o incremento de programas de investigação que avaliem a efetividade das diferentes estratégias de adaptação transcultural.

Foi grande a influência da quarta etapa na elaboração da versão-síntese em português, tanto no ajuste final em termos de escolhas entre expressões semelhantes oriundas das duas traduções, quanto para lidar com problemas processuais. Por exemplo, o problema ventilado acima causado pelo fato dos profissionais envolvidos na etapa de retradução não terem o inglês como língua-pátria pôde ser contornado com essa avaliação mais detalhada. É a impressão dos autores que a etapa em muito contribuiu para a excelente aceitabilidade observada no campo e para que se alcançasse equivalência de significados satisfatória entre o instrumento original e sua versão. A importância de uma avaliação final interdisciplinar nos processos de adaptação não deve ser menosprezada.

A decisão de adaptar a versão-síntese para terceira pessoa se baseou na constatação de que, em função da baixa escolaridade de grande parte da população brasileira, as pesquisas na área de saúde costumam dar prioridade as entrevistas na coleta de informações. No entanto, não se deve perder a perspectiva de que processos de aferição baseados em auto-preenchimento, principalmente no campo da violência familiar, são, em geral, mais acurados, pois são menos constrangedores e, quando desejado, podem garantir o anonimato (Pelton, 1979; Poteat et al., 1990). Nesse campo, a utilização de entrevistas tende a subestimar a ocorrência dos eventos. Por isso, o instrumento na forma de autopreenchimento também foi submetido às primeiras etapas do processo de adaptação e se encontra disponível com os

autores. Ressalta-se, porém, que não tendo sido ainda submetido a um pré-teste, a sua utilização imediata ainda não pode ser recomendada sem restrição.

As raras dificuldades encontradas na aplicação da escala de coerção sexual não parecem ser exclusividade da *CTS2*. Segundo pesquisas realizadas com vítimas de abuso sexual, uma das principais questões envolvidas concerne o “esquecimento” e a negação proposital do evento pelos indivíduos como uma forma de adaptação à experiência de violência vivenciada. Frequentemente são necessárias estratégias de identificação especializadas, envolvendo entrevistas regulares com profissionais de formação na área temática (Sorenson & Snow, 1991; Bradley & Wood, 1996; Leavitt, 2000). Ainda assim, a despeito das dificuldades, não seria prudente interromper o processo de aprimoramento de instrumentos estruturados e mais simples como a *CTS2*, já que estes continuam sendo a principal ferramenta diagnóstica para uso em estudos clínicos e epidemiológicos.

A partir da avaliação da equivalência conceitual, de itens e semântica pôde-se propor uma primeira versão em português da *CTS2*. No entanto, ainda restam alguns passos para se aceitar com certa segurança que a equivalência transcultural entre o original e a versão tenha sido plenamente alcançada. Conforme já exposto na introdução a apreciação da equivalência de mensuração, estudada através da comparação entre as propriedades psicométricas da versão em português e do instrumento original é mais uma tarefa importante nesse processo e será realizada no futuro próximo. Além disso, é fundamental que esta primeira versão seja posta à crítica pelos profissionais interessados. A vasta gama de detalhes e opções, muitas delas intrinsecamente subjetivas, demanda que o aprimoramento do instrumento adaptado dependa de um debate e negociações contínuas entre pares.

Vários autores têm exaltado a qualidade dos instrumentos de aferição e os processos de coleta de informações, como componentes de sustentação da validade de informação em estudos epidemiológicos (Moser & Kalton, 1984; Kraemer, 1992; Streiner & Norman, 1995; Reichenheim & Moraes, 1998; Shrout, 1998). A experiência relatada aqui sobre o processo de adaptação transcultural da *CTS2* não só reforça este clamor mas o direciona para um contexto como o nosso em que é comum o uso de instrumentos de aferição construídos em outras culturas. Aqui, informações robustas e, logo, inferências válidas requerem ainda mais detalhes e rigores. As pequenas e grandes decisões apresentadas em cada uma das etapas da adaptação tentaram ressaltar a importância dessa sintonia fina, principalmente quando há pretensão de comparações interculturais válidas de objetos tão complexos e escorregadiços como é o caso da violência familiar.

2.4.7. Agradecimentos

Os autores agradecem às demais participantes do grupo de especialistas, Simone de Assis e Barbara Musumeci Soares pela disponibilidade em participar do estudo e pela riqueza de suas contribuições. Também agradecem a Christopher Peterson por sua engajada participação na 3ª etapas de avaliação da equivalência semântica, e às entrevistadoras Alessandra Veggi, Fernanda Faria de Almeida, Isabella Mota Rezende, Joelma Castro e Juliana Toshica Kunisawa, pelos valiosos comentários oferecidos durante a fase de pré-teste do instrumento.

2.4.8. Referências Bibliográficas (artigo 4)

- ABRAPIA (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA), 1992. *Maus tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia de orientação para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência.
- BADIA, X. & ALONSO, J., 1995. Re-scaling the Spanish version of the sickness impact profile: an opportunity for the assessment of cross-cultural equivalence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48:949-957.
- BEMFAM (SOCIEDADE CIVIL DE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL), 1998. *Cidadão adolescente*. Rio de Janeiro: BEMFAM.
- BRADLEY, A. R. & WOOD, J. M., 1996. How do children tell? The disclosure process in child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 20(9):881-891.
- BRANCO, V. M. C.; PHEBO, L.; GOMES, M. A. S. M.; CASTRO, A. M. M. & NOGUEIRA, M. A., 1996. *Protegendo nossas crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: SMS/RJ (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro).
- BRASIL, 1997. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília: Ministério da Saúde/SASA.
- BRAVO, M.; CANINO, G. J.; RUBIO-STIPEC, M. & WOODBURY-FARINA, M., 1991. A cross-cultural adaptation of a psychiatric epidemiologic instrument: the diagnostic interview schedule's adaptation in Puerto Rico. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15:1-18.

- DESLANDES, S. F., 1994. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde - Jorge Careli, ENSP/FIOCRUZ.
- GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.
- GUERRA, V., 1998. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortêz Editora.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C. & BEATON, D., 1993. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46:1417-1432.
- HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:135-145.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1997. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6:237-247.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1998. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7:323-335.
- KRAEMER, H. C., 1992. Measurement of reliability for categorical data in medical research. *Statistical Methods in Medical Research*, 1:183-199.
- LEAVITT, F., 2000. Surviving roots of trauma: prevalence of silent signs of sex abuse in patients who recover memories of childhood sex abuse as adults. *Journal of Personality Assessment*, 74:311-23.
- MORAES, C. L., 1998. *Estudo caso-controle da violência familiar como um fator de propensão à prematuridade do recém-nascido*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ (mimeo).
- MOSER, C. A. & KALTON, G., 1984. *Survey Methods in Social Investigation*. (2 ed.). London: Heinemann.
- PATRICK, D. L.; SITTAMPALAM, Y.; SOMERVILLE, S. M.; CARTER, W. B. & BERGNER, M., 1985. A cross-cultural comparison of health status values. *American Journal of Public Health*, 75:1402-1407.

- PELTON, L. G., 1979. Interpreting family violence data. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49:194.
- PERNEGER, T. V.; LEPLÈGE, A. & ETTER, J.-F., 1999. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52:1037-1046.
- POTEAT, G. M.; GROSSNICKLE, W. F.; COPE, J. G. & WYNNE, D. C., 1990. Psychometric properties of the Wife Abuse Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 46:828-834.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 1998. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2:131-148.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. & HASSELMANN, M. H., 2000. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34:610-616.
- SHROUT, P. E., 1998. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7:301-317.
- SORENSEN, T. & SNOW, B., 1991. How children tell: The process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*, 70:3-15.
- STRAUS, M. A., 1979. Measuring intra-familial conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, 41:75-88.
- STRAUS, M. A. & GELLES, R. J., 1995. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8145 Families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publisher.
- STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D. B., 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17:283-316.
- STRAUS, M. A.; HAMBY, S. H.; FINKELHOR, D.; MOORE, D. W. & RUNYAN, D., 1998. Identification of child maltreatment with parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22:249-270.
- STREINER, D. L. & NORMAN, G. R., 1995. *Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use*. (2 ed.). Oxford: Oxford University Press.

2.5. Psychometric properties of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence between couples⁹

2.5.1. Abstract

Since it is of great interest to compare profiles between cultures in different settings, it is essential that instruments extensively researched in one culture also be thoroughly adapted for use in a new context. As part of a comprehensive adaptation process, this paper assesses the measurement equivalence between a Portuguese version of *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* and the original instrument conceived in English. This appraisal follows a previous evaluation of the version's concept, item and semantic equivalences. The *CTS2* has been widely used to tap inter-marital violence between couples in a marriage, on a date, or in a similar relationship and comprises 5 scales, namely, negotiation, psychological aggression, physical violence, sexual coercion, and injury. The psychometric properties – reliability, internal consistency, and construct validity – of the adapted version were compared with those obtained with the original instrument. An intra-observer reliability evaluation involved 165 replications carried out within a 24–48 hour period. Kappa point-estimates were above 0.75 for all scales except sexual coercion. The analysis of internal consistency concerned 768 subjects with complete sets of items. Estimates of the Kuder-Richardson - formula 20 ranged from 0.65 to 0.86. Factor analysis was also carried out. Four factors could be identified, very much in line with the different dimensions contemplated in the original instrument. For the assessment of construct validity (n = 528) associations between the instrument's scales were evaluated. Additionally, relationships between violence and putative underlying dimensions were investigated. All the hypotheses tested for construct validity were corroborated. The findings indicate that the version can be recommended for use in the Brazilian context. Still, the current evaluation of measurement equivalence identified important points that deserve discussion and further investigation.

Key words: family violence; cross-cultural equivalence; instruments; validity; reliability

⁹ Artigo submetido: **MORAES, C. L.** & REICHENHEIM, M. E., 2001. Psychometric properties of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence between couples. *Social Science and Medicine*.

2.5.2. Introduction

In different parts of the world, family violence has had an important impact on the health and mortality of children, adolescents, and women (Kashani et al., 1992; Heise et al., 1994; Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997). In Brazil, a clear picture has still not been established, since information on the magnitude of family violence at the population level is still scarce. Still, even though available data are scant, they point to violence at the family level as an escalating problem (Heise, 1994; Soares, 1997).

The bio-psycho-social consequences of family violence have led to increasing interest in the scientific community with regard to prevention, follow-up of victims, and the development of pertinent research programs. Identification of violence in families is a major challenge. Thus, both the development of new and more accurate instruments and the improvement of existing ones for use at the clinical or research level have received worldwide attention, in addition to becoming the focus of several research groups (Aldarondo & Straus, 1994; Milner, 1994; Straus & Hamby, 1997; Straus et al., 1998; Archer, 1999; Blinn-Pike & Mingus, 2000; Weiss et al., 2000).

Accepting that in the field of family violence it is of great interest to compare profiles between cultures in different settings, it is essential that instruments conceived and extensively researched in one country also be thoroughly adapted for use in a new context. Local or regional nuances need to be contemplated in order to achieve cross-cultural equivalence.

This search for cross-cultural equivalence has motivated the Epidemiological Research Program on Family Violence at the State University of Rio de Janeiro to focus on studies aiming at providing Portuguese versions of several key instruments widely used in the field of family violence (Reichenheim et al., 2000; Hasselmann & Reichenheim, 2001; Moraes et al., 2001). Given the encouraging evaluations of the Conflict Tactics Scales (CTS) and their successful use in at least 20 countries (Assis, 1995; Straus & Gelles, 1995; Straus et al., 1996; Hasselmann et al., 1998; Straus et al., 1998; Archer, 1999), the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) was selected to be adapted to the Portuguese language for use in Brazil. Straus et al. (1996) conceived the instrument in English in 1996 as an offshoot of the first CTS, now specifically directed to identify violence between couples in a marriage, on a date, or in a similar relationship. The CTS2 consists of 78 items divided in five scales – negotiation, psychological aggression, physical violence, sexual coercion, and injury – classified according to type and intensity. Items relate to the respondent and partner.

Adaptation of the *CTS2* is based on guidelines proposed by Herdman et al. (1998). Accordingly, the process begins with a formal scrutiny of the relevance and equivalence of concepts and domains covered by the instrument as developed and used in the source population and that of the target culture where the new version is to be applied (concept equivalence). The model also prescribes an evaluation of the pertinence of each item comprising the original instrument in terms of its capacity to represent the underlying concepts and domains in the new context (item equivalence). Only then should the evaluation of linguistic equivalence be performed (semantic equivalence). The suitability of operational aspects in the new setting – form of administration, instructions, number of reply options, etc. – must also be observed (operational equivalence). In the sequence, the equivalence of psychometric properties between the original and the new version are formally evaluated (measurement equivalence). According to the authors, only after all these requisites have been met is it appropriate to state that the new version's cross-cultural adaptation has been achieved (functional equivalence).

In a previous paper, the first 3 phases of the process – concept, item, and semantic equivalence – were presented and a provisional Portuguese version proposed for use and further testing (Moraes et al., 2001). The present paper carries the adaptation process a step further, formally assessing the measurement equivalence between the original *CTS2* and the new version. This article's main objective is to evaluate the Portuguese version's psychometric properties – reliability, internal consistency, and construct validity – and to compare the results with what has previously been reported on the original instrument in English.

2.5.3. Methods

Portuguese test version of the *CTS2*

As described in the previous section, the adaptation process of the Portuguese version of *CTS2* has already been submitted to the first three steps of a formal evaluation. The assessment of conceptual and item equivalence included discussion groups with experts, as well as a comprehensive literature review to evaluate the pertinence of the concepts and items covered by the original instrument in the Brazilian context. The ensuing appraisal of semantic equivalence consisted of two translations and respective back-translations; an independent assessment of the equivalence between the latter and the original instrument with regards to referential (literal) and general meaning; a discussion phase with specialists to re-examine and

select items for the proposed version; and a pre-test on 774 women admitted to the hospital for childbirth. It was possible to ascertain conceptual, item, and semantic equivalence. In addition, acceptability of the Portuguese version was encouraging. Only three women refused to finish the interview. The proposed version can be found in Moraes et al. (2001).¹⁰

Fieldwork and data analysis^{11, 12, 13}

The present study is subsidiary to a hospital-based case-control study exploring the relationship between violence within families of pregnant women and premature childbirth. The fieldwork took place from March to September 2000 in three large public maternity wards in Rio de Janeiro. Specially trained interviewers collected data during the first 72 hours postpartum.

The analysis of intra-observer reliability relates to 165 subjects for whom replications were carried out by the same interviewer, 24–48 hours after the first meeting. Reliability is evaluated separately for each scale of the instrument, either using scores or as dichotomous variables. A positive event is defined as having at least one positive item in the scale, irrespective of whether the perpetrator is the woman or her partner. Two summary variables are also considered – Violence I (V1) and Violence II (V2). The first covers only items from the physical violence and injury scales. The second variable encompasses all items except those from the negotiation scale.

For dichotomized variables, reliability is estimated by the simple *kappa* statistic (Reliability I) for inter-rater agreement. For scores, a *kappa* with quadratic weights is used (Reliability II) (Cohen, 1968). The option to use a weighted *kappa* is justified, since all scores are far from normal. Confidence intervals were calculated according to Fleiss et al. (1981). The interpretation of *kappa* follows the guidelines by Shrout (1998), a development of the classification originally proposed by Landis and Koch (1977). Accordingly, agreement is

¹⁰ A versão da CTS2 utilizada neste estudo se encontra no anexo A.3.3, página 184. As perguntas 82 a 85 foram introduzidas pelos pesquisadores.

¹¹ Mais detalhes sobre o trabalho de campo se encontram no anexo A.1, página 143.

¹² Mais detalhes sobre os conceitos e estimadores utilizados na avaliação psicométrica se encontram no anexo A.2, página 145.

¹³ O formulário do estudo principal que subsidiou a apreciação da validade de constructo se encontra no anexo A.3.1, página 156.

classified as follows: virtually none ($\kappa < 0.1$); slight ($\kappa = 0.11-0.40$); fair ($\kappa = 0.41-0.60$); moderate ($\kappa = 0.61-0.80$); and substantial ($\kappa = 0.81-1.0$).

For analysis of internal consistency, data from all 768 subjects with complete sets of items is used. Each scale is evaluated separately for the respondent or partner and in aggregate form. All items are dealt with dichotomously. For the purpose of this analysis, injury items from the respondent and partner are swap over since questions relate to consequences rather than actions. This exchange enables the assessment of internal consistency as seen from the perspective of the perpetrator, analyzing the deeds as well as any harmful effect brought about on the other. Calculations of point-estimates use the Kuder-Richardson-formula 20, KR-20 (Streiner & Norman, 1995). Recognizing that KR-20 is always the lower limit of reliability (consistency) (Bleda & Tobias, 2000), a one-sided confidence interval is also calculated (Feldt, 1965). This means that there is a 95% chance that the reliability estimate will be higher than this computed value.

Factor analysis also relates to all 768 subjects with complete sets of items. The principal factors method is used with *varimax* rotation. Here too, items referring to the respondent are analyzed separately from partner. The results consider only factors with *eigenvalues* above 1, as suggested in Kleinbaum et al. (1988). All items are analyzed in binary form (Rummel, 1988).

Analysis of construct validity is confined to information from the main study's control group ($n = 528$). Restricting the subjects to controls prevents overestimating associations between violence and the other investigated constructs, since these are all putatively related to prematurity. Given the hospitals' broad coverage, one can assume that the sample is fairly representative of childbearing-age women using public health services in the city of Rio de Janeiro.

The assessment of construct validity contemplates two strategies. The first considers the relations between constructs represented by the scales. Five hypotheses involving the negotiation, psychological aggression, physical violence, sexual coercion and injury scales are tested. Since these have been formerly explored by Straus et al. (1996), proximity to the results obtained in the original instrument is sought. Variables were selected that best represent the relationships at the theoretical level. The stated hypothesis and respective variables are shown in table 10.

The second strategy involves exploring the relations between the summary variables outlined above (V1 and V2) and other dimensions previously reported in the literature,

namely, the woman's educational status and age; prenatal care; suspicion of alcohol and illicit drug abuse in the household; level of social support during pregnancy; and the family's socioeconomic status (Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993; Centers for Disease Control and Prevention, 1994; Fagan & Browne, 1994; Straus & Gelles, 1995; Gelles, 1997; Webster & Palmer, 2000)

Variables corresponding to the underlying constructs are described in table 11. Although most are self-evident, a few points need clarification: (a) The concept of educational status has been reduced to a four-level variable in accordance with the current Brazilian educational system. Thus, first level stands for 8 years of formal schooling and second level for an additional 3 years. The first category (incomplete first level) includes a few illiterates, but consists mostly of women with up to 3 or 4 years of schooling. The last category (complete second level or more) also includes those few who went on to graduate from university. (b) The cutoff point used for prenatal care follows the minimum acceptable number of consultations recommended by the Brazilian Ministry of Health (Brasil, 2000). (c) Suspicion of alcohol abuse is defined as either the respondent or her partner answering positively to two or more items from the CAGE questionnaire (Mayfield et al., 1974). (d) Use of illicit drugs is determined by means of the NSDUQ instrument supported by the World Health Organization (Smart et al., 1981). A positive case is defined as either the respondent or the partner having consumed at least one listed illicit drug. The reference period for drug consumption is confined to pregnancy. (e) The level of social support is evaluated by a Portuguese version of the Sherbourne & Stewart (1991) questionnaire (Chor et al., 2001). Since there is no consensus as to how one should qualify social support, the overall score is first converted into quintiles. For ease of presentation, the three middle strata are then pooled together, given that the violence pattern between them is virtually indistinguishable. (f) An indicator describing environmental conditions for the family household is used as a proxy for the socioeconomic situation. The indicator is formed by four characteristics, namely, the household crowding level, expressed as the ratio between the number of dwellers and rooms; the predominant floor material; type of sewage disposal system; and the structure of domestic garbage disposal facilities.

Following the absence of normality mentioned previously, Kendall's τ_b is used to analyze the associations between ordinal variables (Kendall, 1970). The specific choice of τ_b is justified because the method appropriately corrects for ties (Agresti, 1984). Fisher's exact test is used for categorical variables (Armitage & Berry, 1994). In the case of three-level

variables, a score test for linear trend of the log odds is also employed in order to evaluate the presence of a violence gradient by strata (Clayton & Hills, 1995).

Data entry and its quality control were conducted, respectively, in Epiinfo 6.04 (Dean et al., 1990) and Stata 7.0 (StataCorp, 2001). The latter was also used for data processing and analysis.

2.5.4. Results

Reliability

Intra-observer agreements are shown in table 7. Both weighted and unweighted *kappa* point-estimates are above 0.75 for all scales except sexual coercion. Regarding sub-scales, one notes that in general the estimates are also high. The cognitive negotiation and minor sexual coercion sub-scales present slightly lower values when analyzed dichotomously.

Observing the contingency tables underlying the estimates (column 3 of table 7) one may notice that most disagreements relate to an assertion of the violent act or injury sustained as reported in the first interview and a denial in the second sitting. This occurs mainly in the minor sub-scales.

Internal consistency

Internal consistencies regarding the negotiation, psychological aggression, and physical violence scales are high and very similar to those found in Straus et al. (1996) (table 8). Nevertheless, consistency estimates for the sexual coercion and injury scales are somewhat lower than in the original instrument.

By analyzing the items concerning respondent and partner separately, on the whole, one observes a slight decrease. Again, the sexual coercion and injury scales are exceptions. When the partner is the perpetrator, internal consistency is about twice as high as when it is the woman. It must be pointed out that in both situations, there is no crossing over between women's point-estimates and partners' lower 95% confidence limits.

When each item is systematically withdrawn from its respective scale, only item 8 stands out. Omitting this sexual coercion item raises the scale's point-estimate from 0.368 to 0.438, the only increase above 10% that is detected.

Tabela 7 / Table 7 - Intra-observer reliability of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)

Scale	sub-scale	1 st	2 nd		Reliability I * [Kappa (95% CI)]	Reliability II * [Kappa _w (95% CI)]	
			++	+ -			- +
Negotiation	emotional	164	0	0	1	1.0 (0.847 – 1.0)	0.73 (0.58 – 0.88)
	cognitive	157	2	3	3	0.53 (0.38 – 0.68)	0.81(0.67 – 0.97)
	both	164	0	0	1	1.0 (0.85 – 1.0)	0.82 (0.67 – 0.98)
Psychological aggression	minor	117	8	1	39	0.86 (0.71 – 1.0)	0.88 (0.73 – 1.0)
	severe	74	5	6	80	0.87 (0.71 – 1.0)	0.90 (0.75 – 1.0)
	both	122	6	3	34	0.85 (0.70 – 1.0)	0.90 (0.75 – 1.0)
Physical violence	minor	53	15	5	92	0.74 (0.59 – 0.89)	0.88 (0.73 – 1.0)
	severe	25	5	3	132	0.83 (0.68 – 0.99)	0.91 (0.76 – 1.0)
	both	57	13	4	91	0.79 (0.63 – 0.93)	0.91 (0.75 – 1.0)
Sexual coercion	minor	11	10	0	144	0.66 (0.51 – 0.81)	0.70 (0.55 – 0.84)
	severe	2	2	0	3	0.80 (0.65 – 0.95)	0.80 (0.65 – 0.95)
	both	12	10	0	143	0.67 (0.53 – 0.82)	0.72 (0.58 – 0.87)
Injury	minor	17	8	2	138	0.74 (0.59 – 0.89)	0.73 (0.58 – 0.87)
	severe	9	1	2	153	0.85 (0.70 – 0.99)	0.76 (0.61 – 0.92)
	both	20	8	3	134	0.75 (0.59 – 0.90)	0.83 (0.67 – 0.98)
Violence I *	minor	71	0	0	94	1.0 (0.85 – 1.0)	1.0 (0.85 – 1.0)
	severe	33	0	0	132	1.0 (0.85 – 1.0)	1.0 (0.85 – 1.0)
	both	73	0	0	92	1.0 (0.85 – 1.0)	1.0 (0.85 – 1.0)
Violence II *	minor	124	5	1	35	0.90 (0.75 – 1.0)	0.90 (0.75 – 1.0)
	severe	79	6	7	73	0.84 (0.69 – 0.99)	0.91 (0.76 – 1.0)
	both	128	3	3	31	0.89 (0.74 – 1.0)	0.93 (0.77 – 1.0)

* See text for definitions and explanations

Tabela 8 / Table 8 - Internal consistency of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)

Scale (no. of items)	Woman perpetor; male victim	Man perpetrator; female victim	Both	Straus <i>et al.</i> ** (original)
Negotiation (6 / 12)	0.668 (0.637) *	0.719 (0.692)	0.807 (0.790)	0.86
Psychological aggression (8 / 16)	0.712 (0.686)	0.700 (0.672)	0.823 (0.807)	0.79
Physical violence (12 / 24)	0.779 (0.759)	0.860 (0.847)	0.864 (0.852)	0.86
Sexual coercion (7 / 14)	0.368 (0.310)	0.627 (0.592)	0.650 (0.619)	0.87
Injury (6 / 12)	0.387 (0.329)	0.681 (0.651)	0.659 (0.628)	0.95

* In brackets: one-sided lower confidence interval (95%) (Feldt, L.J., 1965. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika*. 30:357-371).

** Straus, M. A.; Hamby, S. H.; Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*. 17:283-316.

Factor analysis

Results of the factor analysis are presented in table 9. Regardless of respondent status, four factors with eigenvalues above one can be identified. These explain 89.3% and 82.9% of the total variance, respectively, of the items related to the respondent's answers about herself and those about her partner. Almost the same pattern is found for both relationships in factors 1 to 3.

The first factor is related to psychological aggression and physical violence. However, although both scales seem to form a set, there is an apparent disparity between the two scales. Most items in the psychological aggression scale have smaller loadings than the physical

violence scale. Even without removing a few eccentric values found in both scales, the loading average of the latter is some 50% higher than the former.

Assessing items singly, some discrepancies become evident. For instance, focusing on the psychological aggression scale, items 13 (*calling the other ugly or fat*) and 33 (*accusing the other of being a lousy lover*) generate relatively small loadings. Item 35 (*threatening to hit or throw something at the other*), in turn, yields a loading more in keeping with the items related to physical violence. In this scale, item 31 (*burning the other on purpose*) has a very small loading, conspicuously different from the others.

The second factor appears to represent sexual coercion. Apart from items 10 (*insisted on oral or anal sex by force*) and 24 (*insisted on sex by force*), which are non-informative due to a complete absence of positive answers, loadings tend to spread out among the other items of the scale. The exception is item 8 (*insisting on sex without a condom*), which gets a negative loading, very close to null.

The third factor clearly captures items encompassing the negotiation scale for both relations. The fourth, however, appears to represent different constructs. Injury-related items are favored when the respondent is being considered. Note that loadings are all negative, since the injury items relate to the woman as victim in contrast the other scales. If the perpetrator is the partner, the fourth factor combines items from the psychological aggression scale, now with notably higher loadings than those found in the first factor. It is worth pointing out that a fifth factor with negative loadings concentrated in items related to psychological aggression perpetrated by the respondent is also detectable. Nevertheless, this factor has an *eigenvalue* of 0.92 and only explains 7.7% of the total variance. Also notice that no factor covering the injury scale has emerged in regard to partners.

Construct Validity

Results from the first evaluation strategy are shown in table 10. The test hypotheses are described in the first column. The middle column contains the relationships actually tested. The next two columns present the correlations and respective p-values. Although point-estimates are sometimes low ($< \pm 0.10$), all tend in the theoretically expected direction and are statistically significant at the 10% level.

Tabela 9 / Table 9 - Factor analysis of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)

Scale	Item no.	Woman				Man			
		f1	f2	f3	f4	f1	f2	f3	f4
Neg	1	0.0261	0.0165	0.4814	-0.0237	-0.1242	-0.1252	0.4431	-0.1818
	2	0.0494	0.0090	0.4456	-0.0322	-0.0040	-0.0469	0.4941	-0.0592
	7	-0.1273	0.0129	0.3124	0.0146	-0.2073	-0.0295	0.4416	-0.3140
	20	-0.0351	0.0138	0.6299	-0.0293	-0.0712	-0.0603	0.6208	0.0232
	30	0.0272	0.0180	0.6084	-0.0151	0.0007	-0.0514	0.6010	0.0806
	39	-0.0392	0.0243	0.4992	0.0108	-0.0737	0.0260	0.5716	-0.1055
Psy-M	3	0.3209	0.0167	0.0034	-0.0989	0.2919	0.0657	-0.1320	0.5435
	18	0.2886	0.0181	0.1367	-0.1154	0.2084	0.0444	0.0091	0.5631
	25	0.2469	0.0345	0.0776	-0.1440	0.0718	0.0681	-0.0323	0.5035
	34	0.3084	0.0934	-0.0027	-0.0423	0.3239	0.0384	-0.0969	0.4351
	35	0.6321	0.0818	0.0095	-0.1035	0.5566	0.2186	0.0317	0.2315
Psy-S	13	0.1496	0.0415	0.0505	-0.0208	0.0970	0.0885	-0.0625	0.4256
	15	0.3713	-0.0210	0.0801	-0.0345	0.3355	0.1544	-0.0723	0.2039
	33	0.1292	-0.0032	-0.0415	-0.0067	0.0350	0.0568	-0.0537	0.2507
Phy-M	4	0.6003	-0.0348	-0.0321	0.0179	0.4808	0.0620	-0.0872	0.1045
	5	0.3560	-0.0120	0.0156	0.0914	0.5929	0.1636	-0.0899	0.1333
	9	0.5893	-0.0368	-0.0088	-0.0557	0.5796	0.1017	-0.0157	0.3511
	23	0.5886	-0.0174	0.0300	-0.1118	0.5207	0.0965	0.0168	0.3712
	27	0.6079	-0.0249	0.0484	-0.1369	0.7417	0.1165	-0.0393	0.1111
Phy-S	11	0.3254	0.0049	-0.0100	-0.2185	0.3485	0.4806	-0.1769	-0.0188
	14	0.6437	-0.0163	-0.0085	-0.1025	0.7708	0.0250	-0.0394	-0.0164
	17	0.3162	-0.0029	-0.0368	-0.0800	0.4427	0.2814	-0.1273	-0.1047
	19	0.5023	0.1601	-0.0583	-0.0773	0.7197	0.2515	0.0131	0.1224
	22	0.4205	0.0066	-0.0908	-0.0673	0.7526	0.0909	-0.0837	-0.0426
	31	0.0747	-0.0090	-0.0373	0.0037	0.1294	0.6936	-0.0483	-0.0632
37	0.5221	0.1315	-0.0415	-0.0628	0.6352	0.1613	-0.0273	0.1455	
Sex-M	8	0.0298	-0.0074	-0.0035	0.0442	0.1987	-0.0003	-0.1166	-0.0233
	26	-0.0004	0.2702	0.1098	-0.0105	0.1929	0.1602	0.0144	0.2469
	32	-0.0248	0.6128	0.0526	0.0089	0.0554	0.5372	0.0535	0.0994
Sex-S	10	*	*	*	*	0.0981	0.8838	-0.0565	-0.0113
	24	*	*	*	*	0.2804	0.6159	-0.0299	-0.0211
	29	0.0147	0.9906	0.0012	0.0029	0.0827	0.8124	0.0301	0.1223
	38	0.0147	0.9906	0.0012	0.0029	0.1532	0.5653	0.0115	0.1612
Inj-M	6	0.2707	-0.0153	-0.0810	-0.4929	0.3461	0.0372	0.1256	0.2572
	36	0.3154	-0.0101	0.0004	-0.6082	0.3357	-0.0801	0.0837	0.2497
Inj-S	12	-0.0278	-0.0037	0.0407	-0.5495	*	*	*	*
	16	0.0660	-0.0030	0.0350	-0.6089	0.0264	-0.0320	0.0154	0.2181
	21	0.0500	-0.0095	0.0611	-0.5501	-0.0040	-0.0147	0.0524	0.0483
	28	-0.0008	-0.0046	-0.0005	-0.4350	0.0341	-0.0366	-0.1121	-0.0031
% of variance explained by the factor		41.7	20.6	14.3	12.7	46.2	16.4	11.4	8.9

* Item not considered in the estimation due to lack of any positive answer.

Legends for the scales: (Neg) negotiation; (Psy-M) Minor psychological aggression; (Psy-S) Severe psychological aggression; (Phy-M) Minor physical violence; (Phy-S) Severe physical violence; (Sex-M) Minor sexual coercion; (Sex-S) Severe sexual coercion; (Inj-M) Minor injury e (Inj-S) Severe injury.

Tabela 10 / Table 10 - Construct validity of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) according to selected associations between scales and/or sub-scales

Hypothesis	Tested association	τ_b	(p-value)
1 Among couples where psychological aggression takes place, physical violence is more common	Severe psychological aggression vs. minor physical violence	0.405	(0.000)
	Severe psychological aggression vs. severe physical violence	0.326	(0.000)
2 Among couples that resort to negotiation tactics to deal with their conflicts, there is a tendency for less severe physical violence or injuries to occur	Negotiation vs. severe physical violence	-0.095	(0.009)
	Negotiation vs. severe injury	-0.085	(0.026)
3 Among couples where physical violence occurs, there is a tendency for sexual coercion to take place as well, especially when the man is the perpetrator.	Physical violence of any type vs. sexual coercion of any type; man perpetrating	0.237	(0.000)
	Physical violence of any type vs. sexual coercion of any type; woman perpetrating	0.076	(0.061)
4 Among couples where severe psychological aggression occurs, sexual coercion is more frequent, especially when the man is the perpetrator.	Severe psychological aggression vs. sexual coercion of any type; man perpetrating	0.163	(0.000)
	Severe psychological aggression vs. sexual coercion of any type; woman perpetrating	0.099	(0.015)
5 Severe physical violence leads to severe injuries when the man is perpetrating but not when the woman is the agent.	severe physical violence vs. severe injury grave; man perpetrating	0.355	(0.000)
	severe physical violence vs. severe injury grave; woman perpetrating	0.064	(0.131)

Associations between the two summary variables – V1 and V2 – and selected construct related variables are shown in table 11. The overall picture is very consistent. Prevalence of violence is systematically higher in extreme strata of all variables inspected and significant correlations are in agreement with theoretically expected tendencies.

Tabela 11 / Table 11 - Construct validity of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) according to associations between violence variables and selected construct variables

Construct variable *	N	Violence I *		Violence II *	
		%	τ_b §	%	τ_b §
Educational status (woman)					
Incomplete first level	309	21.4		56.0	
Complete first level	86	17.4		53.5	
Incomplete second level	59	10.2		49.1	
Complete second level or more	75	10.7		37.3	
p-value †		0.056		0.033	
p-value ‡		0.007		0.005	
Correlation §			-0.089		-0.094
p-value			0.012		0.012
Adolescent (mother)					
Yes	165	24.2		57.6	
No	364	15.1		49.7	
p-value †		0.009		0.011	
Correlation §			-0.073		-0.050
p-value			0.036		0.121
Pre-natal attendance					
Less than six times	254	22.0		59.8	
Six or more times	257	14.4		45.1	
p-value †		0.029		0.001	
Correlation §			-0.083		-0.141
p-value			0.024		0.000
Suspicion of alcoholism (CAGE)					
Yes	123	29.3		71.5	
No	406	14.5		46.3	
p-value †		0.000		0.000	
Correlation §			0.153		0.186
p-value			0.000		0.000
Illicit drug consumption (NSDUQ)					
Yes	87	43.7		67.8	
No	442	12.9		49.1	
p-value †		0.000		0.001	
Correlation §			0.294		0.121
p-value			0.000		0.005
Social Support (MOS)					
Q1	112	28.6		61.6	
Q2 – Q4	311	17.0		54.6	
Q5	106	9.4		34.9	
p-value †		0.001		0.000	
p-value ‡		0.000		0.000	
Correlation §			-0.114		-0.136
p-value			0.001		0.000
Conditions of the household					
Bad	95	33.7		64.2	
Regular	202	16.3		52.0	
Good	226	13.3		47.3	
p-value †		0.000		0.023	
p-value ‡		0.000		0.008	
Correlation §			-0.128		-0.076
p-value			0.000		0.030

* See text for definitions and explanations

† Fisher's exact test

‡ Test for trend for odds

§ Kendall's τ_b

2.5.5. Discussion

Focusing the analysis on ordinal scales and disregarding the intensity of the events, reliability estimates are, by and large, quite substantial. When intensity is taken into account, intra-observer agreements tend to be slightly lower, oscillating between substantial and moderate. Even if estimates are again slightly lower, dichotomizing the scales still presents acceptable levels of reliability. The eccentric value found in the cognitive negotiation sub-scale can be overlooked, since it is more a consequence of the idiosyncrasies in the estimator (*kappa*) than a concrete finding. In fact, only 5 out of 165 cases are misclassified. All agreements are excellent when variables V1 and V2 are considered. It should not go unnoticed that summary variables like these are the most likely ones to be used in future substantive investigations.

Notice that for minor events, when disagreements occur, there is a regular pattern whereby the respondent tends to systematically deny the incident on replication. Three scenarios are plausible. In the first, asserting violence to begin with would only take place to please the interviewer, whereas the actual facts would only surface in the second interview. Rather more substantive than procedural, in the second scenario, an honest initial positive statement would be subsequently rejected following some overnight thoughts about the matter and a genuine distrust of the felt negative repercussions that disclosing any episode of violence would entail. In the third scenario, despite what was reported in the first meeting, the respondent would then consistently deny the event in order to speed up the replication interview (leading to what is known as nay-saying bias).

Although none of the three scenarios directly tells us anything about the Portuguese version's performance, this finding leads one to reflect on the CTS2's general properties and possibly those of other related instruments. More studies are needed to clarify the matter and to deal with the problem, should it be confirmed. One potentially helpful approach to deal with the third scenario described above would be to focus more effort on reducing the length of the instrument. This issue is discussed later in this article.

Returning to the examination of the adaptation process per se, its adequacy is supported by the fact that the pattern described above does not take place in relation to major events. None of the three scenarios applies here. On the contrary, the perception of violence as an emergency situation and the search for help may redouble the respondent's concentration, leading the person to disclose an incident as many times as deemed necessary. In contrast, minor violent acts are bound not to be noticed as problems, perhaps leading to

carelessness with the accuracy of the information provided. The general pattern of systematically higher *kappas* in the major sub-scales is consistent with this conjecture.

Internal consistency estimates for the negotiation, psychological aggression, and physical violence scales are quite similar to those reported in the original CTS2 paper, as opposed to the sexual coercion and injury scales. Some explanations for those findings are in order. The first concerns the scarceness of information in the data. Focusing on the scale describing the injuries sustained by the partner ($KR = 0.387$), for example, apart from the overall low prevalence of each event – only about 10% of the sample having at least one positive item –, positives are mostly concentrated in the two items related to minor events. In contrast, this pattern is rather different for the respondent's injury scale where the distribution of positive items is more spread out. Although some clustering in minor items remains, there are more positives in major injury items, as expected. Prevalence of severe injuries sustained by women is six times that of men (6.2% vs. 1.2%).

The small variability of injury scores for partners may also be responsible for the low KR-20 values. It should be pointed out that the virtual absence of severe injuries among partners is not surprising, since the consequences of a violent act in men are considerably less severe than in women, as depicted in table 10 (5th test hypothesis) and several previous studies (Hillard, 1985; Straus & Gelles, 1995; Barnett et al., 1997; Gelles, 1997; Jasinski & Williams, 1998; Webster & Palmer, 2000).

The same may be happening with the sexual coercion scale, and even more strikingly. For instance, the number of positive answers referring to partners is about twice as large if severity is ignored. Considering only the severe sub-scale, this ratio increases to ten. Small variability of scores can also be found here, since the majority of positives are concentrated in items 8 and 26, both pertaining to minor events. Another possibility that may partially explain the low internal consistency of the sexual coercion scale in particular is the apparent inappropriateness of item 8. Its withdrawal shoots the KR-20 estimate from 0.368 to 0.487, almost a 25% increase. This does not occur with the injury scale or, for that matter, any other scale. Internal consistency estimates remain roughly unchanged when one systematically withdraws each item. The third explanation is that the discrepancies found between the estimates of the two scales and the original are simply due to real differences between the adapted version and the CTS2 paper mentioned in table 10. According to Straus et al. (1996), semantic modifications were introduced in several items of the two scales after the reported psychometric results had been established. Thus, the estimates used for comparison do not strictly refer to the instrument's final edition to which the current adaptation applies.

The factor analysis identified four factors with compelling correspondence to the underlying dimensions. Still, an explanation is pending as to the decision to restrict the assessment to four factors, as well as comments on the peculiarities of some items and scales.

Confining the discussion to the results for the respondent's attitudes, a distinctive agglomeration of high loadings can be observed for the psychological aggression and physical violence items in the first factor. This finding is not unexpected, since the reference literature points to high correlations between the two dimensions (Straus et al., 1996; Soares, 1997; Jasinski & Williams, 1998). The same concurrence has been detected in one of the confirmed hypothesis explored to assess construct validity. Albeit with caution since the *eigenvalue* is below one, it must be pointed out that considering a fifth factor does not imply substantive inferential changes. Even though there is now an explicit separation of domains, items pertaining to psychological and physical violence remain in distinctive blocks. Whatever one cares to choose – four or five factors – both constructs continue effectively discriminated which, in turn, underlines the suitability of the adaptation process.

The divergence detected for some items in relation to their respective scales deserves clarification. The similarity of the loadings for item 35 and those corresponding to the physical violence set could well be explained by the fact that this is the only item from the psychological aggression set that refers to a violent act that, taken a step further, may escalate and end up in injury. Threatening to hit or throw something at the partner (or vice versa) is quite different from the other items in the scale which refer strictly to offensive behavior such as shouting, yelling, swearing, or “turning one's back and walking away” and nothing more.

It is worth pointing out that the loading of item 35 is not much different from another that goes beyond intimidation and asks if something was actually thrown. Fifty-three percent of the respondents who threatened ended up throwing something, which clearly shows the synchronicity of the two practices. If this peculiarity is limited to the Portuguese version and the local culture or if it also relates to the original CTS2 remains to be established. At any rate, item 35 does not appear to be causing much of a problem, as conveyed by the internal consistency analysis. Its withdrawal only reduces the KR-20 estimate by 3.8% when the perpetrator is the respondent, and by 1.6% when it is the partner. Both are negligible amounts by all means.

The small loadings in items 13 and 33 of the psychological aggression scale appear to confirm the suspicion raised in the previous phases of the adaptation process that, in the Brazilian context, calling someone ugly and fat or accusing the other of being a lousy lover does not really provoke a confrontation, as first envisaged by the authors of the original

CTS2. Even before this hard psychometric evidence, Moraes et al. (2001) identified the need to fine-tune or even replace these items altogether in future versions. Ratifying the propositions made in this previous study, in addition to a formal evaluation of measurement equivalence of any possible new substitution items, qualitative evaluations involving subjects from the population where the instrument is to be used should also be pursued.

The eccentric item 31 that inquires about the act of burning or spilling hot liquid on the partner also merits fine-tuning. Following a tentative substitution by another item in which the scope of the original item is narrowed down to specific items such as burning with a clothes iron, cigarette, or similar hot object, the loading increases from 0.074 to 0.223. This puts the item almost in tune with the other items in the physical violence scale, indicating a better correspondence with local practices.

As to the second factor that apparently captures the sexual coercion construct, item 8 stands out. The item's inadequacy, already mentioned in the discussion on internal consistency, again corroborates findings from previous phases of the adaptation process, especially with regard to the scrutiny of item equivalence and some important impressions that came up during the version's pre-testing. Since condom use is not widespread among couples in stable relationships, and given that this is the most common type of relationship found in the data, it is not surprising that interviewed women tend to simply dismiss the man's insisting on sex without a condom as an act of coercion. In future versions, replacing the item with another more in tune with the Brazilian socio-cultural context should be considered.

The way the factor analysis handles the injury scale is also worth mentioning. On the partner's side, the lack of a factor describing the domain may well be explained by the fact pointed out before that the respondents inform virtually no injuries. It should be born in mind that for the factor analysis, items that ask about acts committed by A toward B are analyzed along with the items that intrinsically tap the end results of the actions of B on A. As for the respondents, since injuries are more common, loadings on factor 4 cluster around the respective items and are far from null. The negative direction of the correlations, though, needs yet to be explained.

Results obtained in the evaluation of construct validity also provide good evidence for the adequacy of the conversion of the CTS2 into Portuguese, since all associations scrutinized are consistent with both theory and other empirical studies. The bibliography characterizes victims as being preferentially adolescent, poorly-educated females living in precarious socioeconomic conditions, involved in relationships where alcohol and illicit drug abuse are

common, and where opportunities for contact with health services are limited due to low levels of prenatal care (Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993; Centers for Disease Control and Prevention, 1994; Gielen et al., 1994; Heise et al., 1994; Webster et al., 1994; O'Campo et al., 1995; Webster & Palmer, 2000). Precisely the same picture was found in the present study.

Adequacy of the adaptation process is strengthened when some associations between the domains covered by the five scales are examined. Although the leniency of the significance levels and, at times, the weakness of some correlations must be acknowledged, on the whole, the postulated hypothesis are acceptably upheld. The positive associations between the severe psychological aggression sub-scale and physical violence, whether minor or severe, corroborate the hypothesis that couples who are accustomed to initiating attempts at resolving conflicts by means of offensive psychological attacks tend to subsequently escalate to physical violence. The negative associations observed between the negotiation scale and the physical violence and/or severe injury scales support the hypothesis that there is less serious violence between couples that are used to resolving their misunderstandings and disagreements through demonstrations of appreciation and tolerance. The disparity between the consequences of physical aggression perpetrated by men and women, as depicted by a positive correlation between severe violence and injury when the man is the agent and a total lack of association when the woman is the perpetrator, also supports the adequacy of the adaptation process.

The present findings must also be examined in the light of some operational decisions that had to be made in the study. First, unlike the original CTS2, conceived as a self-reporting device, the current version was adjusted to the third person for face-to-face interviews to keep it in line with local practice. Since literacy is still not universal in Brazil, most epidemiological studies tend to be conducted using interviews. Second, in line with the requirements of the main case-control study, the recall reference period was narrowed down to cover only the months of pregnancy. Third, the analysis involves exclusively two-level items (happened/did not happen), again a practical constraint imposed by the fact that information on violence was collected along with other aspects as part of an extensive, time-consuming multidimensional questionnaire. Therefore, further studies using the originally proposed form, recall period, and scoring system ought to be carried out. In addition, it would be sensible to test the Portuguese version in other populations and contexts, since this study is restricted to women in their first postpartum hours and confined to public health services.

As hinted before, another interesting development would be to invest in a reduced edition of the instrument for use in health service-related evaluations or in multi-thematic investigations requiring multi-dimensional questionnaires. However, proposing a shortened version demands new trials, especially with regard to psychometric evaluations and entailing equivalence comparisons with both the original CTS2 and the complete version. It is worth recalling that all efforts spent in formally adapting an instrument conceived in another cultural context are fully rewarded by the external comparability that properly attuned and valid instruments provide. This is even more important in the field of family violence, since many gaps still need to be filled, particularly in countries like Brazil, where only now is the problem coming out into the open.

At present, the literature on cross-cultural adaptation methods in the field of family violence is still fuzzy. Even in fields where some guidelines exist, there is no consensus as to the appropriate procedures required to adapt instruments to new contexts, cultures, or languages. Strategies ranging from simple translation by field researchers themselves to more detailed processes, like the one proposed by Herdman et al. (1998), are still under debate. Nonetheless, this model was chosen because it is comprehensive and unambiguously stresses the need to appreciate several nuances of the adaptation process. However, it should be born in mind that it is only one amongst several routines available in the literature, particularly in the field of Health-Related Quality of Life (Guillemin et al., 1993; Herdman et al., 1998; Perneger et al., 1999).

Evaluation of the psychometric properties of the Portuguese version of the CTS2 complements the work initiated with the assessment of concept, item, and semantic equivalence. As a whole, the sensible results are encouraging and strengthen previous findings, indicating that the version can certainly be recommended for use in research programs on family violence in the Brazilian context. Still, the current evaluation of measurement equivalence identified some important points that deserve discussion and further investigation in order to improve the proposed version and enhance the quality of research in the field at large.

2.5.6. Acknowledgments

CLM has been supported throughout the project by a research grant from Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ. MER was partially funded by a grant from the Brazilian National Research Council (CNPq), no. 300234/94-5. Both authors would also like to thank Maria Helena Hasselmann who kindly shared her time and opinions and the field

staff – Alessandra Veggi, Fernanda Faria de Almeida, Isabella Mota Rezende, Joelma Castro and Juliana Toshica Kunisawa – for their outstanding work and commitment.

2.5.7. References (artigo 5)

- AGRESTI, A., 1984. *Analysis of Ordinal Categorical Data*. New York: John Wiley & Sons.
- ALDARONDO, E. & STRAUS, M. A., 1994. Screening for physical violence in couple therapy: Methodological, practical, and ethical considerations. *Family Process*, 33:425-439.
- ARCHER, J., 1999. Assessment of the reliability of the conflict tactics scales: A meta-analytic review. *Journal of Interpersonal Violence*, 14:1263-1289.
- ARMITAGE, P. & BERRY, G., 1994. *Statistical Methods in Medical Research*. (3 ed.). London: Blackwell Scientific Publications.
- ASSIS, S. G., 1995. *Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção (Socio-epidemiologic trajectory of violence against children and adolescents: targets for prevention and promotion)*. Unpublished PhD Thesis, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.
- BARNETT, O. W.; MILLER-PERRIN, C. L. & PERRIN, R., 1997. *Family violence across the lifespan: An introduction*. (1 ed.). London: SAGE Publications, Inc.
- BLEDA, M.-J. & TOBIAS, A., 2000. Cronbach's alpha one-sided confidence interval (insert sg143). *Stata Technical Bulletin*, 56:26-27.
- BLINN-PIKE, L. & MINGUS, S., 2000. The internal consistency of the Child Abuse Potential Inventory with adolescent mothers. *Journal of Adolescence*, 23:107-111.
- BRASIL, 2000. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. In: eds.)^(Eds.), (pp. 1-5). Brasília: Ministério da Saúde.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1994. Physical violence during the 12 months preceding childbirth - Alaska, Maine, Oklahoma, and West Virginia, 1990-1991. *JAMA*, 271:1152-1153.
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:109-118.

- CLAYTON, D. G. & HILLS, M., 1995. *Statistical Models in Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- COHEN, J., 1968. Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin* 70, 213-220.
- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H. & DICKER, R. C., 1990. *Epiinfo, Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers*. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control.
- FAGAN, J. & BROWNE, A., 1994. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: *Understanding and preventing violence* (A. J. Reiss Jr. & J. A. Roth, ed.), pp. 115-292, Washington: National Academic Press.
- FELDT, L. J., 1965. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika*, 30:357-371.
- FLEISS, J. L., 1981. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. (2 ed.). New York: John Wiley & Sons.
- GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.
- GIELEN, A. C.; O'CAMPO, P.; FADEN, R. R.; KASS, N. & XUE, X., 1994. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. *Social Science and Medicine*, 39:781-787.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C. & BEATON, D., 1993. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46:1417-1432.
- HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2001. *Evaluation of the semantic and measurement equivalence of the "Conflict Tactics Scales - Form R" Portuguese version, used to assess family violence*. Brazil: Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- HASSELMANN, M. H.; LOPES, C. S. & REICHENHEIM, M. E., 1998. Confiabilidade das aferições de um estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Revista de Saúde Pública*, 32:437-446.
- HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:135-145.

- HEISE, L. L.; PITANGUY, J. & GERMAIN, A., 1994. *Violence against women: the hidden health burden*.(255). Washington: The World Bank.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1998. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7:323-335.
- HILLARD, P. J. A., 1985. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 66:185-190.
- JASINSKI, J. L. & WILLIAMS, L. M., 1998. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications, Inc.
- KASHANI, J. H.; DANIE, A. E.; DANDOY, A. C. & HOLCOMB, W. R., 1992. Family Violence: impact on children. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 31:181-189.
- KENDALL, M. G., 1970. *Rank Correlation Methods*. (4 ed.). London: Charles Griffin & Company , Ltd.
- KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, L. L. & MULLER, K. E., 1988. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Boston: PWS-KENT Publishing Company.
- LANDIS, J. R. & KOCH, G. G., 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33:159-174.
- MAYFIELD, D.; MCLEOD, G. & HALL, P., 1974. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131:1121-1123.
- MILNER, J. S., 1994. Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14:547-583.
- MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2001. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar a violência entre casais (*Portuguese transcultural adaptation of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), an instrument used to identify partner violence*). Paper submitted to *Reports in Public Health (Cadernos de Saúde Pública)*, Brazil.
- O'CAMPO, P.; GIELEN, A. C.; FADEN, R. R.; XUE, X.; KASS, N. & WANG, M.-C., 1995. Violence by male partners against women during the childbearing year: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 85:1092-1097.

- PERNEGER, T. V.; LEPLÈGE, A. & ETTER, J.-F., 1999. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52:1037-1046.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. & HASSELMANN, M. H., 2000. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34:610-616.
- RUMMEL, R. J., 1988. *Applied Factor Analysis*. (4 ed.). Evanston: Northwest University Press.
- SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A. L., 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32:705-714.
- SHROUT, P. E., 1998. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7:301-317.
- SMART, R. G.; ARIF, A.; HUGHES, P.; MEDINA MORA, M. E.; NAVARATNAM, V.; VARMA, V. K. & WADUD, K. A., 1981. *Drugs use among non-student youth*. Geneva: World Health Organization.
- SOARES, B. M., 1997. *Mulheres invisíveis: violência familiar e formações subjetivas*: Tese de Doutorado, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - IUPERJ.
- STATA CORP, 2001. *Stata Statistical Software: Release 7.0*. College Station (TX): Stata Corporation.
- STEWART, D. & CECUTTI, A., 1993. Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149:1257-1263.
- STRAUS, M. A. & GELLES, R. J., 1995. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8145 Families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publisher.
- STRAUS, M. A. & HAMBY, S. L., 1997. Measuring Physical and Psychological Maltreatment of Children with the Conflict Tactics Scales. In: *Out of darkness: Contemporary perspectives on family violence*. (G. K. Kantor & J. L. Jasinski, ed.), pp. 119-135, Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, Inc.
- STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D. B., 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17:283-316.

- STRAUS, M. A.; HAMBY, S. H.; FINKELHOR, D.; MOORE, D. W. & RUNYAN, D., 1998. Identification of child maltreatment with parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22:249-270.
- STREINER, D. L. & NORMAN, G. R., 1995. *Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use*. (2 ed.). Oxford: Oxford University Press.
- WEBSTER, J.; SWEETT, H. & STOLZ, T. A., 1994. Domestic violence in pregnancy: a prevalence study. *The Medical Journal of Australia*, 161:466-477.
- WEBSTER, J. J. & PALMER, R. L., 2000. The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30:53-60.
- WEISS, S.; GARZA, A.; CASALETTO, J.; STRATTON, M.; ERNST, A.; BLANTON, D. & NICK, T. G., 2000. The out-of-hospital use of a domestic violence screen for assessing patient risk. *Prehospital Emergency Care*, 4:24-7.

III. DISCUSSÃO E DESDOBRAMENTOS

Uma vez que as discussões sobre os aspectos específicos de cada um dos subprojetos já foram desenvolvidas ao longo dos respectivos artigos, esta seção pretende ressaltar alguns aspectos gerais relacionados ao conjunto dos estudos que compõem a tese. Subseqüentemente, são apresentados os possíveis rumos a serem trilhados pelo Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar no que concerne aos desdobramentos específicos relacionados ao projeto principal sobre violência e prematuridade. São descritos os trabalhos e estudos paralelos ainda em curso e aqueles por realizar.

A primeira questão que merece ser novamente enfatizada se refere à importância do estreitamento dos laços entre a geração de conhecimento e a elaboração de propostas de ação para a prevenção da violência familiar. Com o progressivo entendimento e conscientização da sociedade brasileira da gravidade do problema, passa a haver, ainda que reconhecidamente nos seus primórdios, uma crescente demanda por ações que a enfrente. Por sua novidade, surge também uma excelente oportunidade de se criar um ambiente onde as políticas e ações sanitárias para o enfrentamento da questão passem a se articular intimamente à pesquisa, não importando se dentro ou fora de academias.

O mapeamento dos programas de investigação realizado descortinou as principais linhas de pesquisa na área e identificou algumas lacunas a serem preenchidas. A predominância de estudos norte-americanos e europeus e a insuficiência da literatura nacional foram claramente percebidas indicando a necessidade da expansão dos estudos sobre violência familiar em nosso País. Nesse contexto, a importância da realização de pesquisas que abordem as conseqüências do problema na saúde materno-infantil deve ser reforçada.

Apesar das conseqüências imediatas da violência física já serem, de certa forma, conhecidas por grande parte dos profissionais de saúde, favorecendo a suspeita diagnóstica e a identificação dos casos, as conseqüências mais tardias, principalmente relacionadas ao testemunho da violência entre os pais e à agressão psicológica crônica, ainda merecem atenção. Do mesmo modo, também necessitam ser mais bem investigadas as possíveis associações do fenômeno aos agravos habitualmente explorados no âmbito da saúde materno-infantil tais como distúrbios nutricionais, baixo peso ao nascer, infecções de repetição no primeiro ano de vida, dentre outros. Caso estas associações se confirmem, a ocorrência isolada desses problemas de saúde pode ser um indicador da existência de violência na família, caracterizando-os como eventos sentinela capazes de facilitar a identificação de casos primários e/ou reincidências.

Se, de um lado, os programas de investigação sobre as conseqüências da violência familiar têm uma relação direta com a identificação do fenômeno nos serviços de saúde e demais instituições de acompanhamento às vítimas de violência, do outro, o desenvolvimento de programas que visem a elaboração de novos instrumentos de aferição e o aprimoramento dos já existentes é fundamental para a detecção do problema em contextos de pesquisa.

Problemas no processo de mensuração e o enfrentamento destes têm tido uma atenção especial no meio epidemiológico e bioestatístico, como testemunha uma crescente e recente literatura sobre o assunto (Dunn, 1989; Carroll et al., 1995; Streiner & Norman, 1995; Kupper, 1996). Considerando o papel que o instrumental de aferição assume frente ao processo como um todo, torna-se fundamental que a elaboração de novos ou mesmo a utilização de instrumentos já existentes seja acompanhada de uma avaliação crítica de sua validade e confiabilidade.

Em estudos causais, a preocupação crescente com a qualidade da mensuração decorre da imprevisibilidade das conseqüências do problema, dificultando uma possível correção a contento. Grande parte da literatura sobre as estratégias de correção de erros não-diferenciais e independentes na aferição de variáveis dicotômicas e contínuas assume que a magnitude e direção destes erros não está relacionada ao verdadeiro valor da variável. Nestas circunstâncias, a aferição equivocada de uma variável de exposição leva à subestimação de seu efeito (Morgenstern, 1995; Rothman & Greenland, 1998). Recentemente, no entanto, alguns autores têm apontado que na presença de dependência entre os erros de mensuração e os verdadeiros valores das variáveis, a má-classificação pode até aumentar ou mesmo reverter a medida de efeito de interesse (Greenland & Morgenstern, 1988; Wacholder et al., 1993; Wacholder, 1995; Kipnis et al., 1997).

Quando se está diante de variáveis que tenham mais de dois níveis, apenas o conhecimento de que os erros são do tipo não diferencial e independentes também não garante que a direção do viés seja em direção ao nulo (Dosemeci et al., 1990). Quando a má-classificação ocorre na aferição de variáveis de confusão, o confundimento é subestimado. Lamentavelmente, a tentativa de tratamento por estratificação ou modelagem não previne a confusão por esta covariada. Pequenos erros na aferição de importantes fatores de confusão podem levar a estimativas enviesadas do efeito da exposição e de outras covariadas (Greenland, 1980; Brenner, 1993; Marshall & Hastrup, 1996).

Resultados e inferências válidas demandam, portanto, a utilização de condutas que impeçam, minimizem ou tentem corrigir os erros de aferição. Apesar de uma crescente literatura apontar algumas possibilidades de correções destes durante a análise de dados

(Clayton, 1992; Wacholder et al., 1993; Richardson, 1995; Wacholder, 1995; Brenner, 1996; Spiegelman et al., 1997), a insuficiência das estratégias utilizadas faz com que o ideal seja utilizar questionários robustos que tenham sido previamente validados e monitorar a qualidade do processo de mensuração durante toda a coleta de dados através de estudos de confiabilidade dos instrumentos utilizados (Reichenheim & Moraes, 1999).

Quando esse instrumental é elaborado em outros contextos sócio-culturais, como é o caso de grande parte dos instrumentos utilizados em nosso meio, a possibilidade de erros de mensuração é ampliada. Nestas situações, é indispensável que a utilização de novas versões seja precedida de uma adaptação transcultural detalhada e minuciosa, como discutido ao longo da tese. Quando se pretende captar situações intensamente permeadas por questões culturais, como é o caso da violência na família e tantos outros objetos da Saúde Coletiva, o cuidado deve ser ainda maior.

Apesar do esforço demandado por estas adaptações, ressalta-se a importância da utilização de instrumentos comuns a outros estudos pois somente mediante uma “linguagem” única, caracterizada pela utilização de definições conceituais e operacionais equivalentes, é possível apreender a riqueza imanente à análise comparada das situações de interesse nos distintos contextos sócio-culturais.

Torna-se fundamental, então, o aprofundamento da discussão sobre as estratégias a serem utilizadas para essa adaptação já que até o momento não existe consenso sobre as vantagens e desvantagens de cada uma delas. Mais uma vez, ressalta-se que o detalhamento e explicitação dos passos realizados e discussões que permearam a adaptação transcultural do *AAS* e *CTS2* tiveram como objetivo por à crítica a pertinência de cada uma das etapas que formaram o processo como um todo. Somente através de reflexão e debate será possível construir um conhecimento próprio da área que respalde a utilização de instrumentos de aferição elaborados em outros contextos culturais.

Outro ponto que merece ser ressaltado é a importância de se entender a violência na família como um fenômeno complexo que envolve todos os integrantes do núcleo familiar, não se restringindo a um indivíduo ou uma relação específica. Esta abordagem traz como consequência a necessidade de integrar diferentes profissionais através da formação de equipes interdisciplinares em qualquer programa de prevenção, detecção e acompanhamento de vítimas. Para isto é necessário quebrar efetivamente as barreiras entre as disciplinas, fazendo com que as equipes de trabalho não sejam meros retalhos, integradas por profissionais prioritariamente alocados nos seus tradicionais setores (pediatria, clínica médica, psicologia, enfermagem, serviço social etc.). Ao contrário, essas equipes deveriam ser

compostas por profissionais dedicados em tempo integral, permitindo concentração de esforços e conhecimentos.

No âmbito da pesquisa, o entendimento da violência familiar como um fenômeno coletivo implica na necessidade de se explorar o conjunto de relações e não apenas aquelas que parecem mais intimamente relacionadas aos problemas que estão sendo investigados. Por considerar que as conseqüências da violência extrapolam os indivíduos mais diretamente envolvidos, no estudo caso-controle sobre violência familiar durante a gestação e prematuridade, por exemplo, a identificação do fenômeno não se restringiu apenas à exploração das relações entre o casal. De acordo com a composição da família, diferentes relações foram investigadas, incluindo as que envolvem pais e filhos, irmãos e outros familiares que coabitaram com a gestante durante a gravidez.

A necessidade de integração entre as diferentes instituições envolvidas na prevenção da violência também deve ser reforçada. Atualmente, ainda se observa uma real dificuldade de trabalho conjunto entre organizações (setor judiciário; conselhos tutelares; organizações não-governamentais; unidades de saúde; universidades; etc.). A divulgação e integração das atividades realizadas, o retorno de informações sobre o andamento dos casos e a especificação de ações, evitando a sobreposição de serviços, são metas a serem atingidas.

Principais desdobramentos previstos

Ainda no campo da avaliação da qualidade dos instrumentos de aferição utilizados no estudo principal, seis subprojetos já estão em andamento. O primeiro concerne a finalização do processo de revisão crítica dos instrumentos de aferição para identificação da violência na família. A próxima etapa do estudo é a elaboração de um catálogo resumindo o estágio dos programas de investigação de cada um dos instrumentos a ser disponibilizado para os pesquisadores nacionais da área. O segundo se refere a tentativa de elaboração de uma versão reduzida da *CTS2* que seja mais facilmente utilizada por profissionais de saúde em situações de rotina. Como discutido ao longo dos artigos 4 (seção 2.4, página 80) e 5 (seção 2.5, pág.101), a nova versão deverá ser alvo de um escrutínio formal, principalmente no que tange à equivalência de itens e de mensuração semelhante aquele realizado na apreciação da versão completa.

O terceiro subprojeto dessa vertente consiste na avaliação da equivalência transcultural da *CTSPC* (Straus et al., 1998), instrumento utilizado para a identificação de violência contra a criança, seguindo o mesmo roteiro utilizado para a adaptação da *CTS2*. O quarto pretende avaliar a equivalência de mensuração do *AAS*, complementando assim seu processo de adaptação. O quinto subprojeto consiste em avaliar a equivalência de mensuração entre o instrumento original em inglês elaborado por Sherbourne & Stewart (1991) para a avaliação de suporte social e sua versão em português. Completando o conjunto de estudos na área de aferição, serão avaliadas as propriedades psicométricas e equivalência entre as versões em português dos instrumentos *CAGE* (Mayfield et al., 1974), *T-ACE* (Sokol et al., 1989) e *TWEAK* (Russel et al., 1994), usados para ao rastreamento de abuso de álcool. Todos esses instrumentos foram utilizados e tiveram suas replicações realizadas ao longo do estudo principal que aborda as possíveis relações entre a violência familiar e a prematuridade .

Além da finalização das pesquisas relacionadas ao instrumental de aferição, o próximo passo consiste na implementação do processo de análise de dados e divulgação dos resultados do estudo principal. Esta etapa será norteada por modelo teórico-conceitual que, além da violência, contempla a situação sócio-econômica da família, história anterior de partos prematuros e abortos espontâneos, situação nutricional e o uso de drogas, álcool e fumo pela mulher durante a gestação, abuso de álcool e drogas pelo companheiro, intercorrências clínicas maternas e suporte social recebido pela gestante durante a gravidez.

Outra vertente a ser explorada diz respeito aos subprojetos que pretendem estimar a magnitude da violência familiar em nosso meio. Aproveitando as informações colhidas no estudo principal e em outro semelhante sobre violência familiar e desnutrição infantil, também em desenvolvimento pelo PIEVF, será possível estimar a magnitude da violência familiar, principalmente contra crianças e mulheres (grávidas), numa base populacional representativa da população atendida pela rede pública de saúde do Rio de Janeiro e caracterizar subgrupos de população vitimizada, contrastando-os com a população sem relato de violência familiar. Esses estudos são extremamente necessários atualmente, diante da escassez de evidências robustas sobre a grandeza e nuances do problema em nosso meio.

Outro desdobramento previsto é o aprofundamento da discussão sobre as estratégias de redução para o nível operacional do conceito situação sócio-econômica. No processo de avaliação da validade de constructo da *CTS2*, identificou-se uma certa insuficiência e modificação da capacidade discriminante de alguns dos indicadores habitualmente utilizados para a captação desse conceito no nível empírico. Observou-se alguma discrepância entre renda familiar per capita e a propriedade de bens e utensílios domésticos na população

entrevistada no estudo principal. A escala de bens utilizada com êxito em investigações anteriores (Reichenheim, 1988; Werneck & Reichenheim, 1997) teve baixo poder discriminante nos diferentes níveis de renda da família. Apesar de várias tentativas utilizando, inclusive, sistemas de escore sugeridos por outros pesquisadores (Sabóia & Sabóia, 2000), os resultados ainda não se mostraram conforme o esperado, indicando a necessidade de novas investigações a respeito.

Já em médio prazo e agora na área dos estudos causais, o PIEVF tem intenção de realizar uma nova investigação sobre as possíveis repercussões da violência durante a gestação na saúde infantil. Pretende-se futuramente dar início a outro estudo caso-controle, desta vez, que explore possíveis relações entre a ocorrência de violência familiar e o crescimento intra-uterino retardado (CIUR), que, juntamente com a prematuridade, é um dos principais motivos para o baixo peso ao nascer.

Para concluir, vale enfatizar que apesar do crescente número de programas de investigação abordando diferentes aspectos da violência na família, percebe-se que o conhecimento necessário à elaboração de ações efetivas para o enfrentamento do problema ainda é rarefeito e esparso em nosso País. Somente através da interlocução entre pesquisadores das diferentes instituições da área, profissionais de organizações governamentais e não governamentais envolvidos na atenção às vítimas e responsáveis pela formulação das políticas públicas de prevenção, será possível combater esse tão grave problema de saúde que vitimiza não só crianças, adolescentes e mulheres, mas a sociedade de um modo geral.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, B. N., 1965. Coercion and consensus theories: some unresolved issues. *American Journal of Sociology*, 71:714-716.
- ALDARONDO, E. & STRAUS, M. A., 1994. Screening for physical violence in couple therapy: Methodological, practical, and ethical considerations. *Family Process*, 33:425-439.
- ALEXANDER, G. R.; TOMPKINS, M. E. & CORNELLY, D. A., 1990. Gestational age reporting and preterm delivery. *Public Health Reports*, 105:267-275.
- ALEXANDER, G. R.; CAUNES, F.; HULSEY, T. C.; TOMPKINS, M. E. & ALLEN, A., 1992. Validity of postnatal assessments of gestational age: a comparison of the method of Ballard et al. and early ultrasonography. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 166:891-895.
- AMARO, H.; FRIED, L. E.; CABRAL, H. & ZUCKERMAN, B., 1990. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 80:575-579.
- ARCHER, J., 1999. Assessment of the reliability of the conflict tactics scales: A meta-analytic review. *Journal of Interpersonal Violence*, 14:1263-1289.
- ARMITAGE, P. & BERRY, G., 1994. *Statistical Methods in Medical Research*. (3 ed.). London: Blackwell Scientific Publications.
- ASSIS, S. G., 1995. *Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção*. Tese de Doutorado, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.
- BALLARD, J. L.; NOVAK, K. K. & DRIVER, M., 1979. A simplified score for assessment of fetal maturation of newly born infants. *Journal of Pediatrics*, 95:769-774.
- BALLARD, J. L.; KHOURY, J. C.; WEDIG, K.; WANG, L.; EILERS-WALSMAN, B. L. & LIPP, R., 1991. New Ballard score, expanded to include extremely premature infants. *Journal of Pediatrics*, 119:417-423.
- BARTKO, J. J., 1966. The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological Reports*, 19:3-11.
- BARTKO, J. J., 1976. On various intraclass correlation reliability coefficients. *Psychological Bulletin*, 83:762-765.

- BERENSON, A. B.; STIGLICH, N. J.; WILKINSON, G. S. & ANDERSON, G. D., 1991. Drug abuse and other risk factor for physical abuse in pregnancy among white non-Hispanic, black and Hispanic women. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 164:1491-1499.
- BERENSON, A. B.; WIEMANN, C. M.; WILKINSON, G. S.; JONES, W. A. & ANDERSON, G. D., 1994. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 170:1760-1769.
- BERG, A. T. & BRACKEN, M. B., 1992. Measuring gestational age: an uncertain proposition. *British journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99:280-282.
- BERKANOVICH, E., 1980. The effect of inadequate language translation of hispanics' responses to health surveys. *American Journal of Public Health*, 70:1273-1276.
- BLALOCK JR., H. M., 1985. *Social Statistics*. (2 ed.). London: McGraw-Hill Book Company.
- BLEDA, M.-J. & TOBIAS, A., 2000. Cronbach's alpha one-sided confidence interval (insert sg143). *Stata Technical Bulletin*, 56:26-27.
- BLINN-PIKE, L. & MINGUS, S., 2000. The internal consistency of the Child Abuse Potential Inventory with adolescent mothers. *Journal of Adolescence*, 23:107-111.
- BRENNER, H., 1993. Bias due to non-differential misclassification of polytomous confounders. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46:57-63.
- BRENNER, H., 1996. Correcting for exposure missclassification using alloyed gold standard. *Epidemiology*, 7:406-410.
- BRESLOW, N. E. & DAY, N. E., 1980. *Statistical Methods in Cancer Research. Volume 1 - The Analysis of Case-Control Studies*. Lyon: Iarc.
- BUCQUET, S.; CONDON, S. & RITCHIE, K., 1990. The French version of the nottingham health profile: a comparison of items weights with those of the source version. *Social Science and Medicine*, 30:829-835.
- BULLOCK, L. & MCFARLANE, J., 1989. Birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 89:1153-1155.
- CAPURRO, H.; KONICHEZKY, S.; FONSECA, D. & CALDEYRO-BARCIA, R., 1978. A simplified method for diagnosis of gestational age in newborn infant. *Journal of Pediatrics*, 93:120-122.

- CARROLL, R. J.; RUPPERT, D. & STEFANSKI, L. A., 1995. *Measurement Errors in Nonlinear Models*. London: Chapman and Hall.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1994. Physical violence during the 12 months preceding childbirth - Alaska, Maine, Oklahoma, and West Virginia, 1990-1991. *JAMA*, 271:1152-1153.
- CLAYTON, D. G., 1992. Models for the logitudinal analysis of cohort and case-control studies with inaccurately measured exposures. In: (J. H. Dwyer, M. Feinleib, P. Lippert, & H. Hoffmeister, ed.), pp. 301, New York: Oxford University Press.
- COHEN, J., 1960. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46.
- COHEN, J., 1968. Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70:213-220.
- CONSTANTINE, N. A.; KRAEMER, H. C.; KENDALL-TACKETT, K. A.; BENETT, F. C.; TYSON, J. E. & GROSS, R., 1987. Use of physical and neurologic observations in assessment of gestational age in low birth weight infants. *Journal of Pediatrics*, 110:921-928.
- DESLANDES, S. F., 1999. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciência & Saúde Coletiva*, 4:81-94.
- DOSEMECI, M.; WACHOLDER, S. & LUBIN, J. H., 1990. Does non-differential misclassification always bias a true effect toward the null value? *American Journal of Epidemiology*, 132:746-748.
- DUBOWITZ, L. M. S.; DUBOWITZ, V. & GOLBERG, C., 1970. Clinical assessment of gestational age in the newborn infants. *Journal of Pediatrics*, 77:1-10.
- DUNN, G., 1989. *Design and Analysis of Reliability Studies. The Statistical Evaluation of Measurement Errors*. New York: Oxford University Press.
- DYE, T. D.; TOLLIVER, N. J.; LEE, R. V. & KENNEY, C. J., 1995. Violence, pregnancy and birth outcome in Apalachia. *Paediatric Perinatology Epidemiology*, 9:35-47.
- FELDT, L. J., 1965. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika*, 30:357-371.
- FERREIRA, A. L.; GONÇALVES, H. S.; MARQUES, M. J. V. & MORAES, S. R. S., 1999. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de

- Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4:123-130.
- FLEISS, J. L., 1981. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. (2 ed.). New York: John Wiley & Sons.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. & WAGNER, E. H., 1996. *Clinical Epidemiology: the essentials*. (3rd ed. ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- GAGLIARDI, L.; SCIMONE, F.; PRETE, A. D.; PETECCA, C.; STIVAL, G.; PASINETTI, G.; TEANI, M.; BIANCHI, P.; MARANI, M. & DUCA, P., 1992. Precision of gestational age assessment in neonate. *Acta Paediatrica*, 81:95-99.
- GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.
- GOODWIN, T. M. & BREEN, M. T., 1990. Pregnancy outcome and fetal-maternal hemorrhage after noncatastrophic trauma. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 162:665-671.
- GREENLAND, S., 1980. The effect of misclassification in the presence of covariates. *American Journal of Epidemiology*, 112:546-569.
- GREENLAND, S. & MORGENSTERN, H., 1988. Classification schemes for epidemiologic research designs. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41:715-716.
- GRIMSTAD, H.; SCHEI, B.; BACKE, B. & JACOBSEN, G., 1997. Physical abuse and low birthweight: a case-control study. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 104:1281-1287.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C. & BEATON, D., 1993. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46:1417-1432.
- HAGOEL, L.; VAN-HAALTE, R.; KALEKIN-FISCHMAN, D.; SHIFRONI, G.; EPSTEIN, L. & SOROKIN, Y., 1995. Psychosocial and medical factors in pregnancy outcomes: a case study of Israeli women. *Social Science and Medicine*, 40:567-571.
- HASSELMANN, M. H.; LOPES, C. S. & REICHENHEIM, M. E., 1998. Confiabilidade das aferições de um estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Revista de Saúde Pública*, 32:437-446.
- HAZ, A. M. & RAMIREZ, V., 1998. Preliminary validation of the Child Abuse Potential Inventory in Chile. *Child Abuse and Neglect*, 22:869-879.

- HEDEGAARD, M.; HENRIKSEN, T. B.; SECHER, N. J.; HATCH, M. C. & SABROE, S., 1996. Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Epidemiology*, 7:339-345.
- HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:135-145.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1997. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6:237-247.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J. & BADIA, X., 1998. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7:323-335.
- HICKEY, C. A.; CLIVER, S. P.; GOLDEMBERG, R. L.; MC NEAL, S. F. & HOFFMAN, H. J., 1995. Relationship of Psychosocial Status to Low Prenatal Weight Gain Among nonobese Black and white Women Delivering at Term. *Obstetrics & Gynecology*, 86:177-183.
- HILLARD, P. J. A., 1985. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 66:185-190.
- HOMER, C. H.; JAMES, A. S. & SIEGAL, E., 1990. Work-related psychosocial stress and risk of preterm, low birthweight delivery. *American Journal of Public Health*, 80:173-177.
- KASHANI, J. H.; DANIE, A. E.; DANDOY, A. C. & HOLCOMB, W. R., 1992. Family Violence: impact on children. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 31:181-189.
- KIPNIS, V.; FREEDMAN, L. S.; BROWN, C. C.; HARTMAN, A. M. & SCHATZKIN, A. W. S., 1997. Effect of measurement error on energy-adjustment models in nutritional epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 146:842-55.
- KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, L. L. & MULLER, K. E., 1988. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Boston: PWS-KENT Publishing Company.
- KRAEMER, H. C., 1992. Measurement of reliability for categorical data in medical research. *Statistical Methods in Medical Research*, 1:183-199.

- KRAMER, M. S.; MCLEAN, F. H.; BOYD, M. E. & USHER, R. H., 1988. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in preterm, term and postterm gestations. *Journal of American medical association*, 22:3306-3308.
- KUPPER, L. L., 1996. *Measurement and Misclassification Errors. A 2-day Short Course, Brussels, Belgium, May 31-June 1.*
- MARSHALL, J. R. & HASTRUP, J. L., 1996. Mismeasurement and the resonance of strong confounders: uncorrelated errors. *American Journal of Epidemiology*, 143:1069-1078.
- MARTIN, S. L.; ENGLISH, K. T.; CLARK, K. A.; CILENTI, D. & KUPPER, L. L., 1996. Violence and substance use among North-Carolina pregnant women. *American Journal of Public Health*, 86:991-998.
- MAYFIELD, D.; MCLEOD, G. & HALL, P., 1974. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131:1121-1123.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1995. Abuse during pregnancy: frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public Health Nursing*, 12:284-289.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research*, 45:37-42.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B.; SOEKEN, K. & BULLOCK, L., 1992a. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, 267:3176-3178.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B.; SOEKEN, K. & BULLOCK, L., 1992b. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care [see comments]. *Journal of American Medical Association*, 267:3176-3178.
- MILNER, J. S., 1994. Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14:547-583.
- MILNER, J. S. & GOLD, R. G., 1985. Internal consistency and temporal stability of the Child Abuse Potential Inventory. *Psychological Documents*, 15:22.
- MILNER, J. S. & GOLD, R. G., 1986. Screening spouse abusers for child abuse potential. *Journal of Clinical Psychology*, 42:169-172.

- MILNER, J. S.; GOLD, R. G.; AYOUB, C. & JACEWITZ, M. M., 1984. Predictive validity of the child abuse potential inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52:879-884.
- MINAYO, M. C. & SOUZA, E. R. S., 1993. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9:65-78.
- MINAYO, M. C. S., 1994. A Violência Social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:7-18.
- MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; ALMEIDA, F. F.; KUNISAWA, J. T. & REICHENHEIM, M. E., 2000. Rastreamento dos instrumentos de aferição epidemiológicos na área de violência familiar. Apresentação de Poster. Livro de resumos, VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(supl.):313.
- MORGENSTERN, H., 1995. *Epidemiologic Methods II - Class Notes*. Los Angeles: Division of Epidemiology, UCLA School of Public Health.
- MOSER, C. A. & KALTON, G., 1984. *Survey Methods in Social Investigation*. (2 ed.). London: Heinemann.
- NEWTON, R. W.; WEBSTER, P. A.; BINU, P. S.; MASKREY, N. & PHILLIPS, A. B., 1979. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *British Medical Journal*, 2.
- NORTON, L. B.; PEIPERT, J. F.; ZIERLER, S.; LIMA, B. & HUME, L., 1995. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstetrics & Gynecology*, 85:321-325.
- O'CAMPO, P.; GIELEN, A. C.; FADEN, R. R. & KASS, N., 1994. Verbal abuse and physical violence among a cohort of low-income women. *Womens Health Issues*, 4:29-37.
- OSBURN, H. G., 2000. Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods*, 5:343-355.
- PARKER, B. & MCFARLANE, J., 1991. Identifying and helping battered pregnant women. *MCN: American Journal of Maternal and Child Nursing*, 16:161-164.
- PARKER, B.; MC FARLANE, J. & SOEKEN, K., 1994a. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth-weight in adult and teenage women. *Obstetrics & Gynecology*, 45:37-42.

- PARKER, B.; MCFARLANE, J. & SOEKEN, K., 1994b. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 84:323-328.
- PERNEGER, T. V.; LEPLÈGE, A. & ETTER, J.-F., 1999. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52:1037-1046.
- PUGH, R. J., 1978. The battered fetus. *British Medical Journal*, 2:858.
- REICHENHEIM, M. E., 1988. *Child Health in an Urban Context: Risk Factors in a Squatter Settlement of Rio de Janeiro*: PhD Thesis, University of London.
- REICHENHEIM, M. E. & WERNECK, G. L., 1994. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl.1):188-198.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 1998. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2:131-148.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 1999. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2.
- REUSS, M. L.; HATCH, M. C. & SUSSER, M., 1995. Early ultrasound dating of pregnancy: selection and measurement errors. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48:667-674.
- RICHARDSON, S., 1995. Measurement error. In: *Markov Chain Monte Carlo in Practice* (W. R. Gilks, S. Richardson, & D. J. Spiegelhalter, ed.), pp. 401-417, London: Chapman and Hall.
- ROTHMAN, K. J. & GREENLAND, S., 1998. *Modern Epidemiology*. (2 ed.). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publishers.
- RUSSEL, M.; MARTIER, S. S. & SOKOL, R. J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res*, 18:1156-1161.
- RUTTER, D. R. & QUINE, L., 1990. Inequalities in pregnancy outcome: a review of psychosocial and behavioural mediators. *Social Science and Medicine*, 30:553-568.
- SABÓIA, J. & SABÓIA, A. L., 2000. Condições de vida das famílias com crianças de 0 a 6 anos. In: *Pesquisa sobre padrões de vida: 1996-1997. Primeira infância* (IBGE, ed.), pp. 25-48, Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- SCHEI, B.; SAMUELSEN, S. O. & BAKKETEIG, L. S., 1991. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 19:26-31.
- SHROUT, P. E., 1998. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7:301-317.
- SHROUT, P. E. & FLEISS, J. L., 1979. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86:420-428.
- SIMMEL, G., 1955. *Conflict and the web of group affiliations*. Illinois: The free press.
- SOARES, B. M., 1997. *Mulheres invisíveis: violência familiar e formações subjetivas*: Tese de Doutorado, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - IUPERJ.
- SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S. & AGER, J. W., 1989. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*, 160:863-870.
- SOUZA, E. R., 1994. Homicídios no Brasil: O Grande Vilão da Saúde Pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:45-60.
- SPIEGELMAN, D.; SCHNEEWEISS, S. & MCDERMOTT, A., 1997. Measurement Error Correction for Logistic Regression Models with an "Allowed Gold Standard". *American Journal of Epidemiology*, 145:184-196.
- SPINNATO, J. A.; SIBAI, B. M.; SHAVER, D. C. & ANDERSON, G. D., 1984. Inaccuracy of Dubowitz gestational age in low birth weight infants. *Obstetrics & Gynecology*, 63:491-495.
- STATA CORP, 1999. *Stata Statistical Software: Release 6.0*. College Station (TX): Stata Corporation
- STEWART, D. & CECUTTI, A., 1993. Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149:1257-1263.
- STRAUS, M. A., 1979. Measuring intra-familial conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, 41:75-88.
- STRAUS, M. A. & GELLES, R. J., 1995. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8145 Families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publisher.
- STRAUS, M. A. & HAMBY, S. L., 1997. Measuring Physical and Psychological Maltreatment of Children with the Conflict Tactics Scales. In: *Out of darkness*:

Contemporary perspectives on family violence. (G. K. Kantor & J. L. Jasinski, ed.), pp. 119-135, Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, Inc.

STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D. B., 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17:283-316.

STRAUS, M. A.; HAMBY, S. H.; FINKELHOR, D.; MOORE, D. W. & RUNYAN, D., 1998. Identification of child maltreatment with parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22:249-270.

STREINER, D. L. & NORMAN, G. R., 1995. *Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use.* (2 ed.). Oxford: Oxford University Press.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG), 2001. <http://www.acog.org/>.

VALDEZ-SANTIAGO, R. & SANÍN-AGUIRRE, L. H., 1996. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, 38:352-362.

VOGT, H.; HANSBERG, B.; FINNE, P. H. & STENSBERG, A., 1981. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. An evaluation of two methods. *Acta Paediatr Scandinavica*, 70:669-672.

WACHOLDER, S., 1995. When measurements errors correlate with truth: surprising effects of nondifferential misclassification. *Epidemiology*, 6:157-161.

WACHOLDER, S.; ARMSTRONG, B. & HARTGE, P., 1993. Validation Studies using an Allowed Gold Standard. *American Journal of Epidemiology*, 137:1251-1258.

WALDMAN, E. A. & MELLO JORGE, M. H., 1999. Vigilância para acidentes e violência: instrumentos para estratégias de prevenção e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4:71-79.

WEBSTER, J.; SWEETT, H. & STOLZ, T. A., 1994. Domestic violence in pregnancy: a prevalence study. *The Medical Journal of Australia*, 161:466-477.

WEISS, S.; GARZA, A.; CASALETTO, J.; STRATTON, M.; ERNST, A.; BLANTON, D. & NICK, T. G., 2000. The out-of-hospital use of a domestic violence screen for assessing patient risk. *Prehospital Emergency Care*, 4:24-7.

- WERNECK, G. L. & REICHENHEIM, M. E., 1997. Paediatric Burns and Associated Risk Factors in Rio de Janeiro, Brazil. *Burns*, 23:478-483.
- ZUCKERMAN, B.; AMARO, H.; BAUCHNER, H. & CABRAL, H., 1989. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behavior. *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 160:1107-1111.

ANEXOS

A.1. O trabalho de campo do estudo principal: captando as informações utilizadas na apreciação da equivalência transcultural da CTS2

Em função da complexidade do processo de coleta de dados do estudo principal, especialmente no que tange à estimação da idade gestacional do recém-nascido e à definição das relações familiares a serem investigadas para a apreensão da violência, foram necessários dois meses de treinamento da equipe de entrevistadoras antes do início do trabalho de campo propriamente dito. O treinamento compreendeu a apresentação e pré-teste dos formulários através de simulações de situações previstas e discussão sobre as estratégias para seleção de casos e controles do estudo.

Seguindo-se a essa etapa, foi realizado um segundo pré-teste do conjunto de formulários na maternidade municipal Carmela Dutra. Após algumas modificações nos instrumentos, realizou-se o estudo piloto, contando com a equipe de entrevistadoras (cinco profissionais), sob supervisão da pesquisadora principal (CLM). A partir dessa experiência, finalizou-se o questionário. As maternidades municipais Carmela Dutra, Praça XV e Instituto da Mulher Fernando Magalhães foram os locais de coleta de dados. As entrevistas se iniciaram em março de 2000 se estendendo até setembro do mesmo ano. Para o estudo principal, foram entrevistadas 774 mulheres utilizando o questionário completo (241 casos e 533 controles). Destas, 768 apresentavam relação de namoro, casamento ou outras indicando a aplicação da CTS2. Após a primeira entrevista, foram realizadas 166 replicações.

As entrevistadoras percorreram as maternidades diariamente para a identificação dos nascimentos ocorridos nas 24 horas anteriores, visando minimizar as perdas de casos potenciais. Durante todo o período de coleta de dados o trabalho de campo foi sistematicamente supervisionado por CLM e, além da observação da performance das entrevistadoras, compreendeu discussões sobre os principais problemas enfrentados, reuniões regulares com os entrevistadores para discutir a aceitabilidade das CTSs e questões gerais.

As entrevistas foram realizadas nas primeiras 72 horas de puerpério, antes da alta hospitalar, em local reservado e sem a presença do marido ou companheiro. Esta estratégia procurou evitar um possível constrangimento materno com relação às questões específicas sobre violência familiar, uso de álcool e drogas. As informações colhidas a partir do prontuário materno (identificação; acompanhamento pré-natal e complicações da gravidez) e neonatal (dados antropométricos e complicações clínicas do recém-nascido) também foram apreendidas durante este período. Na ausência de informação sobre USG e DUM, a estimação da IG através do escore *New Ballard* foi realizada também neste momento por CLM. Visando minimizar a má-classificação de controles, em função da baixa sensibilidade do escore para a

detecção dos recém-nascidos prematuros discutida no segundo artigo da tese, esta estratégia foi utilizada apenas para a detecção dos casos do estudo principal. As replicações dos diferentes módulos do questionário principal e das *CTSs* foram realizadas 24 a 48 horas após a primeira entrevista pelos mesmos profissionais ao longo do trabalho de campo.

O questionário foi composto por um formulário principal e as três versões das *CTSs* (*CTSI*, *CTS2* e *CTSPC*), utilizadas de acordo com as relações investigadas que, por sua vez, eram determinadas pela composição familiar e situação conjugal materna. Todos os formulários utilizados foram compostos por perguntas estruturadas, pré-codificadas e abertas ou semi-abertas para codificação posterior. O formulário principal foi composto por 9 seções e um anexo. As diferentes seções abordavam: a) identificação; b) características do recém-nascido; c) características demográficas e culturais e história reprodutiva materna; d) gestação atual; e) hábitos de vida; f) trabalho materno; g) violência familiar durante a gestação; h) suporte social; i) situação sócio-econômica. O formulário anexo era utilizado para a identificação dos casos e controles do estudo. Todos os questionários se encontram no anexo A3.

A.2. Estimadores utilizados para a análise de dados nos artigos 2 e 5 apresentados, respectivamente, nas seções 2.2 e 2.5

A.2.1. Apreciação da confiabilidade e validade

É central fazer a distinção entre os conceitos de confiabilidade e validade. Confiabilidade diz respeito ao processo de aferição específico de um estudo, não sendo, portanto, uma característica imanente ao instrumento de aferição. Pode-se pensar a confiabilidade como conotando a “robustez” da aferição (ou sua falta) em um certo estudo, apreendendo as “pressões” exercidas pelo aferidor e o aferido sobre o instrumento. Pelo caráter particular desta interação, a confiabilidade necessita ser investigada em cada estudo e seus resultados são intransferíveis.

Segundo Streiner & Norman (1995), o estudo da confiabilidade de um processo de mensuração é uma tentativa de quantificar a importância relativa dos erros sistemático e aleatório inerente a qualquer processo de aferição. Os estimadores tradicionais de confiabilidade refletem o quanto da variância entre os sujeitos contribui para a variância total observada. Na medida em que estas medidas estão diretamente associadas às características da população estudada, não é possível arrolar um único e inflexível estimador a um determinado procedimento ou instrumento de aferição.

Uma outra forma de abordagem caracteriza a confiabilidade como a capacidade de reprodutibilidade de um instrumento de aferição (Rothman & Greenland, 1998). Classicamente, esta tem sido avaliada através da apreciação da confiabilidade intra-observador, que expressa a extensão em que uma medida se reproduz em diferentes momentos do tempo; da confiabilidade interobservador, que indica o grau com que a aplicação de um instrumento de aferição gera uma mesma observação independente do observador; e da consistência interna, que indica a intensidade com que os vários itens de uma escala refletem um mesmo constructo ou fator de interesse (Streiner & Norman, 1995).

Já a validade de um instrumento pode ser considerada uma propriedade deste, havendo, pois, transponibilidade para uma população externa àquela onde o estudo de validação foi realizado. O conceito expressa a extensão com que as medidas realizadas por um determinado instrumento captam os verdadeiros valores do constructo de interesse. Apreciar a validade de um instrumento de aferição ou escala diagnóstica implica em estabelecer se, de fato, estes captam o que foi proposto originalmente.

É mister distingüir entre a validade própria de um instrumento e a de todo o processo de aferição. A última depende também da confiabilidade. Por exemplo, um instrumento aceito

como válido (*a priori* ou estudado anteriormente) pode ter, circunstancialmente, uma precária estabilidade e replicabilidade, dois componentes centrais da confiabilidade (Streiner & Norman, 1995). Esta deficiência implicará em uma má qualidade da informação captada, comprometendo conseqüentemente a validade do processo de aferição como um todo (Reichenheim & Moraes, 1998).

Até meados da década de 70, a maioria da literatura sobre a qualidade de instrumentos de aferição identificava três tipos de validade – de conteúdo, de critério e de constructo – vistas como atributos diferentes de um mesmo instrumento. Mais recentemente observam-se duas tendências distintas na forma de definir o conceito. A primeira o amplia, criando uma nova tipologia que abarca outras formas de validade tais como a discriminante e a convergente. A segunda retoma a discussão sobre as definições e propósitos dos estudos de validação.

Originalmente, testar a validade de um instrumento significava apreciar suas propriedades psicométricas. A partir de Cronbach em 1971, o foco passa a ser os indivíduos observados e as inferências feitas a partir dos resultados dos processos de mensuração. Ou seja, validar um instrumento de aferição torna-se o processo no qual se determina o grau de confiança nas inferências realizadas sobre indivíduos que sejam baseadas em escores do instrumento que está sendo avaliado (Streiner & Norman, 1995).

Vista sobre esta perspectiva, a validação passa ser um teste de hipóteses abrangendo e relacionando os resultados da aplicação de diferentes instrumentos de aferição, inclusive o que está sendo analisado. Desta forma, os diferentes aspectos da validade convergem para a seguinte questão: os resultados apresentados nos estudos de validação reforçam ou não as inferências que supostamente seriam realizadas a partir da aplicação do instrumento?

Uma vez apresentada esta breve introdução ao tema, a seguir descreve-se os estimadores utilizados para a apreciação da confiabilidade e validade dos instrumentos de aferição apreciados na tese.

Estimadores utilizados para avaliação da confiabilidade

Para avaliar a confiabilidade intra e interobservador foram utilizados os estimadores *kappa* (Cohen, 1960); *Kappa* ponderado (Cohen, 1968) e o Coeficiente de Correlação Intraclasse – ICC (Shrout & Fleiss, 1979). Para avaliação da consistência interna utilizou-se o estimador de *Kuder-Richardson fórmula 20 (KR-20)* (Streiner & Norman, 1995).

Coeficientes kappa e kappa ponderado

Os estimadores *kappa* são baseados na apreciação do grau de concordância entre as observações, considerando a probabilidade de concordância ao acaso. As medidas avaliadas podem ser provenientes de um mesmo observador em dois momentos distintos do tempo (confiabilidade intra-observador) ou de dois diferentes observadores em um mesmo momento do tempo (confiabilidade inter-observador).

O *kappa* não ponderado e seu respectivo desvio-padrão (SE) são dados por (Fleiss, 1981)

$$\hat{\kappa} = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e}$$

$$se(\hat{\kappa}) = \frac{1}{(1 - p_e)\sqrt{n}} \sqrt{p_e + p_e^2 - \sum_{i=1}^k p_i \cdot p_i (p_i + p_i)}$$

onde p_o é a proporção de concordância observada

p_e é a proporção de concordância esperada

p_i e p_j são, respectivamente, as marginais da tabela 2×2

n é o número de sujeitos observados

O *kappa* ponderado é estimado utilizando-se a equação de $\hat{\kappa}$ acima considerando

$$p_o = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k w_{ij} p_{ij}$$

$$p_e = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k w_{ij} p_i \cdot p_j$$

onde $p_i = \sum_j p_{ij}$

$p_j = \sum_i p_{ij}$.

Seu desvio-padrão (SE) é dado por (Fleiss, 1981)

$$se(\hat{\kappa}_w) = \frac{1}{(1 - p_e)\sqrt{n}} \sqrt{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k p_i \cdot p_j [w_{ij} - (\bar{w}_i + \bar{w}_j)]^2 - p_e^2}$$

onde n é o número de indivíduos observados e

$$\bar{w}_i = \sum_{j=1}^k p_j w_{ij}$$

$$\bar{w}_j = \sum_{i=1}^k p_i w_{ij}$$

Considerando a distribuição do κ se aproximando da normalidade, os limites do intervalo de confiança de 95% podem ser calculados por $\hat{\kappa} \pm 1,96 \text{ se}(\hat{\kappa})$.

No quinto artigo da tese, apresentado na seção 2.5, utilizou-se a ponderação quadrática que em situações de normalidade gera estimadores equivalentes ao *ICC*. Neste esquema de ponderação, os pesos das discordâncias são calculados por (Fleiss, 1981)

$$w_{ij} = 1 - \left(\frac{(i-j)^2}{(k-1)} \right)$$

onde i e j são, respectivamente, os índices referentes às linhas e colunas e k é o maior número possível de categorias de resposta

A interpretação dos estimadores *kappa* seguiu a orientação de Shrout (1998) que, a partir de uma crítica e revisão dos adjetivos originalmente propostos por Landis e Koch (1977), propõe a seguinte classificação: $\kappa < 0,1 \rightarrow$ concordância (virtualmente) ausente; $\kappa = 0,10$ a $0,40 \rightarrow$ concordância fraca (*slight*); $\kappa = 0,41$ a $0,60 \rightarrow$ concordância discreta (*fair*); $\kappa = 0,61$ a $0,80 \rightarrow$ concordância moderada; e $\kappa = 0,81$ a $1,0 \rightarrow$ concordância substancial.

Coefficiente de Correlação Intraclasse (ICC)

Para o cálculo do *ICC* foi utilizado o escore α e o modelo que assume a não-aleatoriedade dos examinadores (*two-way mixed effect model*) (Bartko, 1966; Bartko, 1976). Trata-se de um dos modelos padrões da análise de variância – ANOVA, indicado para situações em que um grupo de indivíduos é examinado por um mesmo conjunto de observadores, que são os únicos examinadores de interesse (Shrout & Fleiss, 1979). É dado pela equação

$$x_{ij} = \mu + a_i + b_j + (ab)_{ij} + e_{ij}$$

onde x_{ij} corresponde ao i -ésimo escore ($i = 1, \dots, k$) dado ao indivíduo j -ésimo ($j = 1, \dots, k$) por cada examinador k

μ é a média de escores da amostra estudada

a_i é a diferença entre a média de escores dos examinadores e a média de escores da amostra

b_j é a diferença entre o verdadeiro escore de cada um dos indivíduos, que compreende a média dos escores dados ao indivíduo pelo conjunto de examinadores, e a média de escores da amostra

ab_{ij} é o grau com que o i -ésimo escore dado pelo examinador k se afasta de sua tendência ao examinar o j -ésimo indivíduo

e_{ij} é o erro aleatório de cada i -ésimo escore dado pelo examinador k no escore de cada j -ésimo indivíduo avaliado

Assume-se que o componente b_j tem uma distribuição normal com média zero e variância σ_T^2 , que e_{ij} é independente de todos os outros componentes do modelo e também tem distribuição normal com média zero e variância σ_e^2 , e que a_{ij} é um efeito fixo para a restrição $\sum a_i = 0$.

Estimador de Kuder-Richardson fórmula 20 (KR-20)

A consistência interna foi avaliada utilizando-se o KR-20 (Streiner & Norman, 1995), indicado para avaliação de instrumentos compostos por itens que apresentam duas opções de resposta. Este estimador é dado por

$$KR - 20 = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{\sigma_T^2} \right),$$

onde n é o número de itens

p_i é a proporção de respostas positivas ao item i

$q_i = (1 - p_i)$ para cada item

σ_T é o desvio-padrão do escore total

Como o KR-20 é sempre o limite inferior da confiabilidade (consistência) (Osburn, 2000), é possível calcular um intervalo de confiança uni-caudal para o estimador (Bleda & Tobias, 2000). De acordo com Feldt (1965), o limite inferior do intervalo é dado por

$$KR_X \geq 1 - \left[\left(1 - KR_X \right) F_{a, n-1, (k-1)(n-1)} \right] = KR_L$$

Isto significa que há 95% de chance do estimador de confiabilidade ser maior do que este valor.

Estratégias para a apreciação da validade

Validade concorrente

A validade concorrente do escore *New Ballard* (artigo 2, seção 2.2) foi apreciada através da estimação da sensibilidade e especificidade (Fletcher et al., 1996) vis-à-vis os outros procedimentos considerados como padrão-ouro para o diagnóstico de prematuridade. A sensibilidade expressa a probabilidade de se obter um teste positivo dado que o indivíduo é verdadeiramente doente. A especificidade indica a probabilidade de se obter um teste negativo, dado que o indivíduo não é doente (Fleiss, 1981).

A sensibilidade e a especificidade são dadas por

$$S = \frac{V_{pos}}{V_{pos} + F_{neg}}$$

$$E = \frac{V_{neg}}{V_{neg} + F_{pos}}$$

onde V_{pos} são os verdadeiros positivos identificados pelo teste em questão

F_{pos} são os falsos positivos identificados pelo teste em questão

V_{neg} são os verdadeiros negativos identificados pelo teste em questão

F_{neg} são os falsos negativos identificados pelo teste em questão

Os intervalos de confiança destes estimadores foram obtidos utilizando-se os métodos padrões para proporções que assumem uma distribuição binomial $q = (1 - p)$ de P (Fleiss, 1981).

O limite inferior do intervalo é dado por

$$P_I = \frac{(2np + c_{\alpha/2}^2 - 1) - c_{\alpha/2} \sqrt{c_{\alpha/2}^2 - (2 + 1/n) + 4p(nq + 1)}}{2(n + c_{\alpha/2}^2)}$$

e o superior por

$$P_S = \frac{(2np + c_{\alpha/2}^2 + 1) + c_{\alpha/2} \sqrt{c_{\alpha/2}^2 + (2 - 1/n) + 4p(nq - 1)}}{2(n + c_{\alpha/2}^2)}$$

onde n é o número de indivíduos da amostra estudada.

p é a proporção de indivíduos da amostra com a característica em questão.

P é a proporção (desconhecida) de indivíduos com a característica na população.

$c_{\alpha/2}$ é o valor crítico sob uma área $\alpha/2$ da calda superior de uma distribuição normal padrão.

Validade de constructo

Para avaliação da validade de constructo da *CTS2* (artigo 5, seção 2.5) foram utilizados diferentes estimadores de acordo com o tipo de variável e as estratégias de análise utilizadas.

Apreciação das associações entre variáveis nominais

Quando a apreciação da validade de constructo se baseou no estudo de associações entre variáveis nominais, optou-se por utilizar o Teste exato de Fisher (Armitage & Berry, 1994) por ser mais robusto do que o habitualmente utilizado teste χ^2 . Ao se calcular a probabilidade exata de obter as frequências observadas quando a hipótese nula de ausência de diferenças de proporções é verdadeira minimiza-se a possibilidade de erro tipo I (Blalock Jr., 1985).

Em situações de comparação entre duas variáveis dicótomas, esta probabilidade é dada por

$$P_k = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{N!a!b!c!d!}$$

A equação acima é derivada utilizando-se a distribuição hipergeométrica para cálculo de probabilidades com amostras sem reposição.

Apreciação das associações entre variáveis ordinais

Para a apreciação de associações entre variáveis ordinais utilizou-se uma das variantes do tau de Kendall (τ) (Blalock Jr., 1985) apropriados quando não se pode assumir que as variáveis em análise têm distribuições Gaussianas, uma das premissas para adequação dos estimadores de correlação tradicionais (e.g., coeficiente de correlação de Pearson). Os estimadores τ são indicados quando a relação entre as variáveis for monotonicamente crescente ou decrescente.

Para a estimação do τ , calcula-se inicialmente a estatística S , baseada na ordenação dos indivíduos segundo os valores das variáveis de interesse. Ao se analisar cada par de

indivíduos, atribui-se valor +1 quando houver concordância e -1 quando houver discordância na ordenação. Quanto maior o número de pares concordantes, mais próximo de 1 se torna o estimador.

No artigo 5 apresentado na seção 2.5 utilizou-se o estimador τ_b , indicado para situações em que hajam empates nas ordenações dos indivíduos. O estimador é dado por

$$\tau_b = \frac{S}{\sqrt{\frac{1}{2}N(N-1) - T} \sqrt{\frac{1}{2}N(N-1) - U}}$$

onde $S = C - D$, em que C e D correspondem, respectivamente, aos pares concordantes e discordantes com relação à ordenação dos indivíduos de acordo com as variáveis ordinais.

$T = \frac{1}{2} \sum t_i(t_i - 1)$, sendo t_i o número de empates de acordo com a primeira variável

$U = \frac{1}{2} \sum u_i(u_i - 1)$, sendo u_i o número de empates de acordo com a segunda variável.

A significância estatística deste coeficiente é calculada considerando que em amostras com mais de 10 indivíduos a distribuição de S é aproximadamente normal com média zero e variância dada por

$$\sigma^2 = \frac{1}{8}N(N-1)(2N+5)$$

$$Z = \frac{S-0}{\sigma}$$

Apreciação das associações entre variáveis nominais com mais de dois níveis de resposta

Para a apreciação das associações entre variáveis com mais de dois níveis de resposta utilizou-se o teste de tendência linear dos *odds* (Breslow & Day, 1980). O teste é baseado na regressão das diferenças entre os valores observados e esperados da tabela de contingência $2 \times k$ em x_k (doses relacionadas aos níveis de exposição). Quando elevado ao quadrado e dividido por sua variância o teste é dado por

$$\frac{N^2(N-1) \left[\sum_{k=1}^k x_k(a_k - e_k) \right]^2}{n_1 n_0 \left[N \sum_{k=1}^k x_k^2 m_k - \left(\sum_{k=1}^k x_k m_k \right)^2 \right]}$$

que deve ser referido à tabela do χ^2 com um grau de liberdade.

A.2.2. Análise de fatores

A análise de fatores é uma técnica de análise multivariada que visa encontrar um reduzido número de fatores comuns que linearmente reconstruam as variáveis originais de um conjunto de dados (StataCorp, 1999).

Segundo Kleinbaum et al.(1988), o método visa representar as relações entre diferente variáveis correlatas, dificilmente interpretadas isoladamente, em termos de um pequeno número de fatores que tenham significado teórico. Através do procedimento, pretende-se compreender conceitualmente as dimensões teóricas que subjazem os dados de forma parcimoniosa através da substituição das variáveis originais por novas variáveis ou escores que as resumam. Idealmente, espera-se que um grande número de variáveis esteja mensurando um pequeno número de dimensões ou constructos teóricos.

A estratégia de rotação neste procedimento é uma tentativa de descrever as informações contidas nos diferentes fatores através de uma re-expressão dos mesmos de modo à maximizar as cargas de algumas variáveis iniciais. A natureza indeterminada destes fatores permite que se tenha liberdade para reexpressá-los da maneira mais conveniente. Existem diferentes maneiras de realizar a rotação. Interessa escolher aquela que sugere fatores que tenham maior significado, interpretabilidade e que se assemelhem o mais possível às variáveis originais.

No artigo apresentado na seção 2.5, utilizou-se o modelo

$$Y_{ij} = z_{i1}b_{1j} + z_{i2}b_{2j} + \dots + z_{iq}b_{qj} + e_{ij}$$

onde y_{ij} é o valor da i -ésima observação da j -ésima variável

z_{ik} é a i -ésima observação no k -ésimo fator comum

b_{kj} é o conjunto de coeficientes lineares denominados cargas de fatores (*factor loadings*)

e_{ij} é algo semelhante ao resíduo, mas denominado fator único da j -ésima variável

Como todos os termos com exceção de y_{ij} têm que ser estimados, o modelo tem um número infinito de soluções. Desta forma, algumas restrições são necessárias para que o mesmo possa ser determinado (StataCorp, 1999).

Várias estratégias para a estimação do modelo são possíveis. No referido artigo utilizou-se o método de fator principal (StataCorp, 1999) também denominado fator comum (Kleinbaum et al., 1988) para a análise da matriz de correlação entre as variáveis. Optou-se pela rotação do tipo varimax (Kaiser, 1985) que retém as suposições iniciais de ortogonalidade (independência) dos fatores entre si e de variância única.

A.2.3. Referências bibliográficas

- ARMITAGE, P. & BERRY, G., 1994. *Statistical Methods in Medical Research*. (3 ed.). London: Blackwell Scientific Publications.
- BARTKO, J. J., 1966. The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological Reports*, 19:3-11.
- BARTKO, J. J., 1976. On various intraclass correlation reliability coefficients. *Psychological Bulletin*, 83:762-765.
- BLALOCK JR., H. M., 1985. *Social Statistics*. (2 ed.). London: McGraw-Hill Book Company.
- BLEDA, M.-J. & TOBIAS, A., 2000. Cronbach's alpha one-sided confidence interval (insert sg143). *Stata Technical Bulletin*, 56:26-27.
- BRESLOW, N. E. & DAY, N. E., 1980. *Statistical Methods in Cancer Research. Volume 1 - The Analysis of Case-Control Studies*. Lyon: Iarc.
- COHEN, J., 1960. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46.
- COHEN, J., 1968. Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70:213-220.
- FELDT, L. J., 1965. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. *Psychometrika*, 30:357-371.
- FLEISS, J. L., 1981. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. (2 ed.). New York: John Wiley & Sons.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. & WAGNER, E. H., 1996. *Clinical Epidemiology: the essentials*. (3rd ed. ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

- KAISER, H. F., 1958. Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23:187-200.
- KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, L. L. & MULLER, K. E., 1988. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Boston: PWS-KENT Publishing Company.
- OSBURN, H. G., 2000. Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods*, 5:343-355.
- REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 1998. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1:131-148.
- ROTHMAN, K. J. & GREENLAND, S., 1998. *Modern Epidemiology*. (2 ed.). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publishers.
- SHROUT, P. E. & FLEISS, J. L., 1979. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86:420-428.
- STATA CORP, 1999. *Stata Statistical Software: Release 6.0*. College Station (TX): Stata Corporation.
- STREINER, D. L. & NORMAN, G. R., 1995. *Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use*. (2 ed.). Oxford: Oxford University Press.

A.3.1. Formulário do estudo principal (incluindo instrumento AAS)

A.3.2. CTS1

A.3.3. CTS2

A.3.4. CTSPC

A.3.5. Instrumento *New Ballard* para avaliação da idade gestacional do recém-nascido

A.3.6. Formulário usado no estudo sobre a confiabilidade e validade do escore *New Ballard* (artigo 2, seção 2.2)

A.3.7. Manuais de instrução do questionário principal e CTSs

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Confiabilidade inter-observador do escore New Ballard (NB) e dos laudos ultra-sonográficos	53
Tabela 2 - Equivalência entre as diferentes estratégias utilizadas como padrão-ouro para a estimativa da idade gestacional	54
Tabela 3 - Validade do escore <i>New Ballard (NB)</i> para o diagnóstico de prematuridade de acordo com os diferentes padrões-ouro	55
Tabela 4 - Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento <i>Abuse Assessment Screen</i> (AAS) no original em inglês e duas versões na língua portuguesa.	71
Tabela 5- Sinopse da 3ª etapa de avaliação e do processo de decisão relativo à especificação da versão final do instrumento AAS.	74
Tabela 6 - Avaliação da equivalência semântica através da apreciação da equivalência referencial e geral entre os itens das retraduições e o instrumento original	87
Tabela 7 – Intra-observer reliability of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2).....	108
Tabela 8 – Internal consistency of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2).....	109
Tabela 9 – Factor analysis of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)	111
Tabela 10 – Construct validity of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) according to selected associations between scales and/or sub-scales	112
Tabela 11 - Construct validity of the Portuguese version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) according to associations between violence variables and selected construct variables	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo esquemático das ações relativas à violência familiar no âmbito da Saúde Coletiva.....	35
Figura 2 - Relação entre a diferença da idade gestacional estimada pelo escore <i>NB</i> e as idades gestacionais estimadas pela USG e DUM, considerando apenas as mães que apresentaram convergência entre as idades gestacionais estimadas pela DUM do prontuário, DUM da entrevista e a USG.	56

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Versão em português do instrumento “Abuse Assessment Screen” (AAS) usado no rastreamento de violência contra a mulher durante a gestação.	75
Quadro 2 - Modificações realizadas durante a quarta etapa do processo de avaliação da equivalência semântica.....	89
Quadro 3 - Versão-síntese da CTS2 em português.....	91

Rio de Janeiro, 15 de maio de 2001

Nota de esclarecimento aos membros da banca examinadora da tese “Estudo caso-controle da violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade do recém-nascido: aspectos metodológicos” a ser apresentada com vistas à obtenção do título de Doutora em Ciências na área de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ:

O objetivo desta nota é apresentar um breve relato do andamento do estudo caso-controle sobre violência familiar durante a gestação e prematuridade do recém-nascido (estudo principal), que aninha todos os sub-projetos que compõem a tese e, originalmente, o objeto central do projeto de doutoramento.

Em um primeiro momento, tinha-se em mente apresentar os resultados do estudo principal como um dos artigos da tese. Porém, com o desenvolvimento do projeto, se fez necessário o aprofundamento de diferentes aspectos metodológicos relacionados à aferição de suas principais variáveis de interesse. Dentre estes, destacaram-se os que dizem respeito à apreciação da equivalência transcultural das versões em português dos instrumentos de identificação da violência familiar. Considerando-se esta etapa fundamental para o prosseguimento do estudo principal, optou-se por priorizar a execução e divulgação dos resultados dos sub-projetos que envolviam o tema, em detrimento de uma maior rapidez na finalização do estudo caso-controle. Esta decisão levou a um pequeno adiamento do início do processo de análise de dados do estudo principal, impossibilitando que seus resultados já estivessem consolidados na ocasião de entrega da tese.

Apesar de ainda não concluído, o estudo caso-controle foi conduzido paralelamente à realização destes sub-projetos. A seguir, apresenta-se um breve relato das atividades desenvolvidas desde a defesa do projeto em abril de 1999 até o momento.

Logo após a aprovação do projeto, iniciou-se a construção do questionário principal, o recrutamento das entrevistadoras e a organização da equipe que executaria o trabalho de campo. Foram feitos contatos com as maternidades municipais Carmela Dutra, Praça XV e

Instituto da Mulher Fernando Magalhães, bem como com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que recomendou a realização da pesquisa em suas unidades.

Inicialmente, deu-se ênfase à elaboração do questionário. O primeiro passo foi a realização de uma busca bibliográfica sobre os instrumentos de aferição das principais variáveis de interesse. Os instrumentos que abordavam violência na família, abuso de álcool e drogas e suporte social foram o foco central desta revisão. Foram priorizados os estudos que discutiam os marcos teóricos que norteavam a elaboração dos instrumentos encontrados e os que apresentavam os resultados de suas avaliações psicométricas. A partir da revisão, foram selecionados os instrumentos a serem adaptados para utilização na pesquisa.

Implementou-se, então, os projetos de avaliação da equivalência transcultural daqueles que abordavam a violência familiar. Como apresentado minuciosamente nos artigos que compõem a tese, os projetos envolveram a apreciação da equivalência conceitual, de itens e semântica entre os instrumentos originais em inglês e suas versões em português. Ao longo dessas atividades elaborou-se a primeira versão do questionário principal e as versões em português desses instrumentos.

Subseqüentemente, iniciou-se o treinamento das entrevistadoras e o pré-teste do conjunto de instrumentos. Este treinamento foi desenvolvido durante os meses de dezembro/1999 a fevereiro/2000 e constou de apresentação e discussão dos formulários, padronização da forma de abordagem das mães, elaboração de rotina para a seleção de casos e controles e para o processo de decisão sobre as relações familiares a serem investigadas no âmbito da violência familiar, além de simulações de situações de pesquisa. A seguir realizou-se o pré-teste dos instrumentos de aferição na Maternidade Municipal Carmela Dutra. Após as adaptações necessárias, partiu-se para o estudo piloto nas três maternidades da pesquisa contando com a equipe de entrevistadoras (cinco profissionais) supervisionadas pela coordenadora do trabalho de campo (CLM). A partir dessa experiência a versão final do questionário foi elaborada e o trabalho de campo propriamente dito se iniciou.

De março a setembro de 2000, foram realizadas as 808 entrevistas previstas utilizando o questionário completo (278 casos e 530 controles), além de 180 replicações do *AAS*, 168 da *CTS2*, 184 da *CTSPC* (instrumental de aferição utilizado para detecção da

violência na família), bem como dos módulos de abuso de álcool e drogas e do de suporte social.

A construção do banco de dados e a digitação dos questionários foram realizadas concomitantemente à fase de trabalho de campo. Foi realizada dupla digitação de cerca de 10% dos questionários para avaliação da qualidade do processo de digitação. Em função da excelente qualidade do processo (a proporção de erros variou entre 0,02 e 0,09 das informações digitadas conforme o digitador), não se julgou necessário fazer dupla entrada do restante dos dados.

Neste momento, a limpeza do banco está se iniciando e as primeiras estimativas da magnitude da violência familiar durante a gestação estão sendo geradas com a utilização das informações do grupo controle. Espera-se que a análise central de dados relativos ao caso-controle seja finalizada até Dezembro de 2001 e que os principais artigos que exploram as relações entre violência na gestação e prematuridade sejam submetidos à publicação subsequente.

Atenciosamente,

Claudia Leite Moraes

A.3. Formulários

A.3.1. Formulário do estudo principal (incluindo o instrumento AAS)

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ

Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

ESTUDO CASO-CONTROLE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR DURANTE A GESTAÇÃO COMO UM FATOR DE PROPENSÃO À PREMATURIDADE

Questionário

Claudia Leite Moraes

Michael E. Reichenheim

As questões de 8 a 15 devem ser respondidas preferencialmente através da consulta ao prontuário do recém-nascido

8) Data de nascimento de [recém-nascido]

8) / /
(dia mês ano)

9) Hora do nascimento
(00:00. ignorada)

9) :

10) Sexo
1. Masculino
2. Feminino

10)

11) Peso ao nascer
(0000. ignorado)

11) gramas

12) Comprimento
(00. ignorado)

12) , cm

13) Tipo de parto
0. Ignorado
1. Parto normal
2. Cesariana
3. Fórceps

13)

14) O recém-nascido apresentou algum problema de saúde ao nascimento?
0. Ignorado
1. Sim
2. Não

14)

Caso 2, pule a próxima questão

15) Qual? _____
0. Ignorado
9. NA

15)

OBS: _____

Passar para a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido

“Então, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre V/S, sua gravidez e sua família”

16) Início da entrevista (horário) 16) :

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CULTURAIS E HISTÓRIA REPRODUTIVA MATERNA

17) Qual a sua data de nascimento? 17) / /
(dia mês ano)

18) Então, quantos anos completos V/S tem? 18) anos

19) Quanto V/S pesava antes de engravidar?
(000,0. Ignorado) 19) , kg

20) Quantos vezes ao todo V/S já engravidou, contando com essa?
(00. Ignorado) 20)

↳ **Caso 1 vez, pule para Q-28**

21) Quantos outros filhos que tenham nascido vivos V/S já teve?
(00. Nenhum; 99. NA) 21)

↳ **Caso 00, pule para a Q-25**

22) Quantos filhos vivem com V/S em sua casa?
(00. Nenhum; 88. NR; 99. NA) 22)

23) V/S já teve algum outro filho que tenha nascido prematuro, quer dizer, que tenha nascido antes antes do tempo, antes dos nove meses de gravidez ? Quantos?
0. Nenhum
7. NS
8. NR
9. NA 23)

24) V/S Já teve algum outro filho que tenha nascido com peso menor do que 2 quilos e meio? Quantos?
0. Nenhum
7. NS
8. NR
9. NA 24)

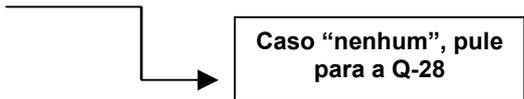
25) V/S já teve algum filho que tenha nascido morto? Quantos?
0. Nenhum
7. NS
8. NR
9. NA 25)

26) V/S já perdeu algum bebê no início da gestação, ou seja, já teve algum aborto?

26)

Quantas vezes isso aconteceu?

- 00. Nenhum
- 77. NS
- 88. NR
- 99. NA



27) Quantos desses foram espontâneos, quer dizer, foram “sem querer”?

27)

- 00. Nenhum
- 77. NS
- 88. NR
- 99. NA

28) V/S nasceu de nove meses?

28)

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR

29) V/S nasceu com menos de 2 quilos e meio?

29)

- 0. Não
- 1. Sim
- 7. NS
- 8. NR

“Agora vamos falar sobre as pessoas que moram em sua casa...”

30) Quantas pessoas ao todo vivem na sua casa?

30)

V/S poderia me dizer o nome de cada uma dessas pessoas?

Nº de ordem (nº aleat.)	Primeiro nome	Sexo		Idade	Relação com a mãe (parentesco)	Nº de ordem (nº aleat.)	Primeiro nome	Sexo		Idade	Relação com a mãe (parentesco)
		F	M					F	M		
01 (10)						08 (8)					
02 (9)						09 (2)					
03 (3)						10 (6)					
04 (11)						11 (12)					
05 (5)						12 (1)					
06 (7)						13					
07 (4)						14					

Instruções (seqüência de preenchimento):

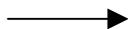
- a) Para o posterior sorteio e aplicação das CTSs, listar os parentes seguindo a ordem: mãe → companheiro → outros adultos → filhos/enteados → outras crianças → moradores não parentes. Os moradores não parentes devem ser listados na área sombreada, pois esses não são elegíveis para aplicação das CTSs;
- b) Marcar com o X a opção correspondente ao sexo de cada pessoa;
- c) Colocar a idade aproximada do morador;
- d) Escrever o vínculo (parentesco, etc.) dos moradores com a mãe;
- e) Distinguir se o companheiro é pai ou padrasto do recém-nascido e registrar na coluna de parentesco;

- 31) Número de menores de 1 ano 31)
- 32) Número de crianças entre 1 e 4 anos 32)
- 33) Número de crianças entre 5 e 9 anos 33)
- 34) Número de pessoas entre 10 e 19 anos 34)
- 35) Número de pessoas entre 20 e 49 anos 35)
- 36) Número pessoas maiores de 49 anos 36)
- 37) Vive com companheiro
(0. Não; 1. Sim) 37)
- 38) V/S já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que V/S completou? 38)
 00. Não estuda ou estudou
 30. Terceiro grau incompleto
 31. Terceiro grau completo ou mais
 77. NS
 88. NR
 (grau) (série)
- 39) Qual a sua cor? **(leia as alternativas)** 39)
 1. Branca
 2. Parda/mulata/morena/cabocla
 3. Negra
 4. Amarela/oriental
 5. Indígena
 7. NS
 8. NR
- 40) A respeito de sua situação conjugal, V/S ... **(leia as alternativas)** 40)
 1. Vive com o companheiro, pai do RN
 2. Tem companheiro que é o pai do RN mas não vive com ele
 3. Vive com companheiro, padrasto do RN
 4. Se separou do companheiro durante a gestação
 5. Não vive com companheiro desde antes da gestação
 7. NS
 8. NR
 9. Outros _____
- Caso 5, 7, 8, ou 9, pule para a Q-44
- 41) O seu (ex) companheiro já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que ele completou? 41)
 00. Não estuda ou estudou
 30. Terceiro grau incompleto
 31. Terceiro grau completo ou mais
 77. NS
 88. NR
 99. NA
 (grau) (série)
- 42) O seu (ex) companheiro trabalhou durante a sua gestação? 42)
 0. Não
 1. Sim
 7. NS
 8. NR
 9. NA
- Caso 0, 7, 8 ou 9, pule a próxima questão
- 43) Qual foi o trabalho que ele permaneceu por mais tempo durante a sua gestação? 43)
-

Caso a mãe tenha companheiro, pule para a Q-47

44) Durante a gestacao, V/S teve algum tipo de relacionamento amoroso? 44)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA



**Caso 0, 7, 8 ou 9, pule
para Q-47**

45) Qual deles foi o mais longo, duradouro? 45)

1. Namorado
2. Noivado
3. Outros _____
8. NR
9. NA

Nome da pessoa (aaa): _____

46) O (aaa) já frequentou ou frequenta a escola? 46)

00. Não estuda ou estudou
30. Terceiro grau incompleto
31. Terceiro grau completo ou mais
77. NS
88. NR
99. NA

(grau) (série)

GESTAÇÃO ATUAL

47) Quando V/S ficou grávida do neném, estava querendo engravidar naquele momento, queria esperar mais ou não queria mais ter filhos? 47)

1. Naquele momento
2. Mais tarde
3. Não queria mais ter filhos
7. NS
8. NR

48) E o pai do neném, quando V/S ficou grávida, ele estava querendo que V/S engravidasse naquele momento, queria esperar mais ou não queria mais ter filhos? 48)

1. Naquele momento
2. Mais tarde
3. Não queria mais ter filhos
7. NS
8. NR

49) Nos últimos doze meses antes de engravidar, V/S tinha algum problema de saúde que necessitasse de acompanhamento médico? 49)

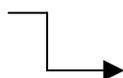
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR

**Caso 0, 7 ou 8, pule a
próxima questão**

50) Qual? _____ 50)

51) Qual foi a data da sua última menstruação? 51) / /

(ignorada. 00/00/00)



**Caso "ignorada", pule
para a Q-54**

(dia mês ano)

52) Sua última menstruação veio do mesmo jeito do que as anteriores, quer dizer, do jeito que V/S está acostumada, considerando a cor, a quantidade de sangue e o nº de dias de menstruação? 52)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

53) Sua menstruação costuma vir “certinha”, ou seja, ela costuma vir sempre no mesmo dia do mês ou dia próximo? 53)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

→

Caso 0, pergunte se a diferença entre um dia e o outro é maior do que 7 dias. Se não for, marque 1.

54) V/S fez pré-natal? 54)

0. Não
1. Sim
8. NR

→

Caso 0 ou 8, pule para a Q-63

Instruções:

- **Tem cartão?**

- Não → todas as informações serão colhidas com a mãe.

- Sim → teve consulta anterior que não está registrada no cartão?

- ✓ Não → informações do cartão.

- ✓ Sim → a consulta do cartão foi nos primeiros três meses de gestação?

- Sim → colhe-se as informações do cartão. Incorpore as consultas anteriores às descritas no cartão para responder a Q-61.

- Não → desconsidere o cartão nas Q-55 à Q-60. As repostas à essas questões devem se basear nas informações da mãe sobre a primeira consulta real. A Q-61 deve ser preenchida com o número de consultas do cartão mais as anteriores. Considere preferencialmente o cartão para as Q-63 à Q-74.

- Q-63, Q-64, Q-65 e Q-66 – em situações onde a mãe se recorde de um peso mais recente do que o registrado no cartão, proceda da seguinte forma: caso o último peso registrado no cartão tenha sido há menos de 1 mês da data da entrevista, utilize esse peso para responder a essas questões. Caso o peso tenha sido há mais de um mês da entrevista, utilize a informação da mãe.

“A V/S tem o cartão da gestante ou outro documento do pré-natal? Posso dar uma olhada?”

55) Com quantos meses de gravidez V/S começou o pré-natal? 55)

7. NS
8. NR
9. NA

56) Fonte da informação 56)

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

57) Qual foi a data de sua primeira consulta do pré-natal? 57) / /

(explorar consulta anterior. 00/00/00. Ignorada; 99/99/99. NA)
(dia mês ano)

58) Fonte da informação 58)

1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

- 59) Quanto V/S pesou na primeira consulta do pré-natal?
(000.0. ignorado; 777.7. NS; 888.8. NR; 999.9. NA) 59) , kg
- 60) Fonte da informação 60)
1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA
- 61) Quantas consultas de pré-natal V/S realizou? 61)
77. NS
88. NR
99. NA
- 62) Fonte da informação 62)
1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
3. Ambos
9. NA
- 63) Quando foi a última vez que V/S se pesou antes do nascimento do bebê?
(00/00/00. Ignorado) 63) / /
(dia mês ano)
- 64) Fonte da informação 64)
1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA
- 65) Qual foi seu peso nesta data?
(000.0. ignorado) 65) , kg
- 66) Fonte da informação 66)
1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

Durante a gestação, V/S teve algum desses problemas de saúde? (ler as opções abaixo)	Com quantos meses de gestação V/S teve esse problema?
Pressão alta descoberta durante a gestação?	67)
Sangramento?	68)
Corrimento vaginal?	69)
Perda de líquido?	70)
Infecção urinária?	71)
Outra infecção bacteriana? Qual? _____	72)

Instruções:

0. Não
11. Sim, mas não sabe especificar o mês do diagnóstico
1 a 9. Mês de gestação quando foi feito o diagnóstico
77. NS
88. NR

- 73) Fonte da informação 73)
1. Cartão da gestante ou documento do pré-natal/maternidade
2. Mãe
9. NA

74) Além desses, V/S teve outros problemas de saúde que tenham necessitado controle médico? Quais?

74)

HÁBITOS DE VIDA

Pessoa alvo das Q-75 à Q-106: (veja as Q-40 e Q-45, págs. 6 e 7 do questionário)

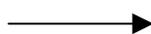
- Prioritariamente o companheiro atual (que mora com mãe).
- Caso não haja, considere a pessoa com quem a mãe tenha tido a relação amorosa mais duradoura durante a gestação.
- Somente deverão ser puladas as Q-75 à Q-106 se a mãe não tiver tido companheiro ou nenhuma relação amorosa durante toda a gestação.

“Mudando de assunto, agora podemos falar um pouco sobre algumas coisas que seu companheiro (ou aaa, se for o relacionamento amoroso mais duradouro da gestação) gosta e costuma fazer no dia-dia?”

75) O seu (ex) companheiro (ou aaa) gosta de comer doces?

75)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA



Caso 0, 7, 8, ou 9, pule a próxima questão

76) O seu (ex) companheiro (ou aaa) alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces?

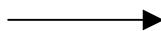
76)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

77) O seu (ex) companheiro (ou aaa) bebe um chope, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?

77)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA



Caso 0, pergunte: “nem de vez em quando ou em momentos especiais?”

Se o companheiro for completamente abstinente, pule para a Q-94

78) Alguma vez o seu (ex) companheiro (ou aaa) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

78)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

79) O seu (ex) companheiro (ou aaa) gosta de comida muito salgada?

79)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA



Caso 0, 7, 8 ou 9, pule a próxima questão

- 80) O seu (ex) companheiro (ou aaa) alguma vez sentiu que deveria diminuir o sal na comida? 80)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA
- 81) As pessoas aborrecem o seu (ex) companheiro (ou aaa) porque criticam o modo dele beber? 81)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA
- 82) V/S ou os pais de seu (ex) companheiro (ou aaa) se preocupam ou reclamam quando ele bebe? 82)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA
- 83) O seu (ex) companheiro (ou aaa) gosta de tomar cafezinho? 83)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA
- Caso 0, 7, 8 ou 9, pule a próxima questão
- 84) Alguma vez ele sentiu que deveria diminuir ou parar de tomar cafezinho? 84)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA
- 85) O seu (ex) companheiro (ou aaa) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 85)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA
- 86) Seu (ex) companheiro (ou aaa) gosta de frutas e legumes? 86)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA
- Caso 0, 7, 8 ou 9, pule a próxima questão
- 87) Alguma vez ele sentiu que deveria aumentar a quantidade de frutas e legumes na alimentação dele? 87)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA
- 88) O seu (ex) companheiro (ou aaa) se sente culpado ou chateado pela maneira que costuma beber? 88)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

89) Alguma vez o seu (ex) companheiro (ou aaa) acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada ? 89)
 0. Não
 1. Sim
 7. NS
 8. NR
 9. NA

90) De maneira geral, qual a bebida alcóolica mais usada por seu (ex) companheiro (ou aaa)? 90)
(leia as alternativas)
 1. Cerveja/Chopp
 2. Aguardente/cachaça/pinga
 3. Batidinha
 4. Vinho
 5. Uisque
 7. Outra _____
 77. NS
 88. NR
 99. NA

91) Seu (ex) companheiro (ou aaa) tem bebido nos últimos nove meses, ou seja, durante a sua gestação? 91)
 0. Não
 1. Sim
 7. NS
 8. NR
 9. NA

92) Seu (ex) companheiro (ou aaa) costuma ouvir rádio? 92)
 0. Não
 1. Sim
 7. NS
 8. NR
 9. NA

Qual o programa preferido dele? _____

93) Quantas doses ele precisa beber para se sentir “alto”, ou seja, quantas doses são necessárias para que ele comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? 93)
 77. NS
 88. NR
 99. NA

Uma dose de bebida alcóolica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha

94) O seu (ex) companheiro (ou aaa) fuma? 94)
 0. Não
 1. Sim
 7. NS
 8. NR
 9. NA

→ **Caso 0, 7, 8 ou 9, pule a próxima questão**

95) O seu (ex) companheiro (ou aaa) alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de cigarros ou parar de fumar? 95)
 0. Não
 1. Sim
 7. NS
 8. NR
 9. NA

“Hoje em dia, é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como por exemplo a maconha e cocaína. As próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias por seu (ex) companheiro (ou aaa) . Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa..”

	Durante a sua gestação ... (a)	Quantas vezes ele usava por mês? (b)
... seu companheiro (ou aaa) usava tranquilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan , lorax, diazepam, ou outros?	96)	97)
... seu companheiro (ou aaa) usava cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	98)	99)
... seu companheiro (ou aaa) usava maconha?	100)	101)
... seu companheiro (ou aaa) usava cocaína?	102)	103)
... seu companheiro (ou aaa) usava outros tipos de drogas? Quais?	104)	105)

Instruções:

a) 0. Não; 1. Sim; 7. NS; 8. NR; 9. NA

b) Só deve ser perguntado se a pergunta “a” for “1” . Leia as alternativas para a mãe

1. Menos de 1 vez/mes
2. 1 ou 2 vezes durante o mês
3. Quase toda a semana durante o mês (3 – 4 vezes)
4. Quase todo dia durante o mês
7. NS
8. NR
9. NA

Caso a mãe não tenha relatado uso de drogas pelo companheiro, pule a próxima questão

- 106) As pessoas se preocupam com o uso de drogas (ou tranquilizantes) que seu (ex) companheiro (ou aaa) faz e/ou sugerem que ele pare de usá-las? 106)
0. Não
 1. Sim
 7. NS
 8. NR
 9. NA

“Agora vamos falar um pouquinho do que a V/S gosta e costuma fazer no seu dia-dia...”

- 107) V/S gosta de comer doces? 107)
0. Não
 1. Sim
 8. NR

Caso 0 ou 8, pule a próxima questão

- 108) Alguma vez V/S sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces? 108)
0. Não
 1. Sim
 8. NR
 9. NA

- 109) V/S bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcóolica? 109)
0. Não
 1. Sim
 8. NR

Caso 0, confirme: “mesmo antes de engravidar?”, “nem de vez em quando?”

- 110) Alguma vez a V/S sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 110)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA
- 111) A V/S gosta de comida muito salgada? 111)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA
- ▶ **Caso 0, 8 ou 9, pule a próxima questão**
- 112) A V/S alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de sal em sua alimentação? 112)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA
- 113) As pessoas aborrecem V/S porque criticam seu modo de beber? 113)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA
- 114) Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando V/S bebe? 114)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA
- 115) V/S gosta de tomar cafezinho? 115)
0. Não
1. Sim
8. NR
- ▶ **Caso 0 ou 8, pule a próxima questão**
- 116) Alguma vez V/S sentiu que deveria diminuir a quantidade de cafezinho ou parar de toma-lo? 116)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA
- 117) A V/S costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 117)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA
- 118) A V/S gosta de frutas e legumes? 118)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA
- ▶ **Caso 0, 8 ou 9 pule a próxima questão**
- 119) Alguma vez a V/S sentiu que deveria aumentar a quantidade de frutas e legumes em sua alimentação? 119)
0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

120) A V/S se sente culpada ou chateada pela maneira que costuma beber? 120)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

121) Alguma vez a V/S acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 121)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

122) A V/S costuma ouvir rádio? 122)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

Qual o seu programa preferido? _____

123) Quantas doses V/S precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que a V/S comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? 123)

77. NS
88. NR
99. NA

Uma dose de bebida alcóolica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha

124) V/S fumava nos últimos doze meses antes de engravidar? 124)

0. Não
1. Sim
8. NR

→ **Caso a resposta seja 0, confirme se realmente ela não fumava nenhum cigarro**

125) V/S fumou durante algum período da gestação? 125)

0. Não
1. Sim
8. NR

→ **Caso 0 ou 8, pule para a Q-128**

126) Nos primeiros meses da gestação, quantos cigarros, em média, V/S fumava por dia? 126)

(ler as opções para a mãe)
0. Nenhum
1. Mais de 2 maços por dia (mais de 40 cig arros)
2. 1 a 2 maços por dia (20 a 40 cigarros)
3. Meio a um maço por dia
4. Menos de meio maço por dia
7. NS
8. NR
9. NA

127) Nos últimos meses da gestação, quantos cigarros, em média, V/S fumava por dia? 127)

(ler as opções para a mãe)
0. Nenhum
1. Mais de 2 maços por dia (mais de 40 cig arros)
2. 1 a 2 maços por dia (20 a 40 cigarros)
3. Meio a um maço por dia
4. Menos de meio maço por dia
7. NS
8. NR
9. NA

“Agora, eu gostaria que a V/S se lembrasse com um pouco mais de detalhe do seu uso de bebidas alcóolicas antes e durante a gestação...”

	Antes de engravidar...	E nos últimos três meses da gestação...
a) ...V/S bebia algum tipo de bebida alcóolica? Caso 0 ou 8, pule os itens b e c	128)	129)
b) Nessa época, qual a bebida de sua preferência (a que você bebia mais frequentemente?) (ler as opções das instruções)	130)	131)
c) Em geral, quantas doses, mais ou menos, você bebia nessas ocasiões?	132)	133)

Instruções:

a) 0. Não; 1. Sim; 7. NS; 8. NR; 9. NA

b) Tipos de bebidas: 1. Cerveja/Chopp; 2. Aguardente; 3. Whisky; 4. Licor; 5. Vinho; 6. Batidinha; 7. outras; 77. NS; 88. NR; 99. NA

c) Doses: uma dose de bebida alcóolica corresponde a, por exemplo, uma lata ou meia garrafa de cerveja, 1 chopp, 2 copos de cerveja, 1 copo de vinho, 1 dose de wisky, cachaça ou outros destilados ou 1 copo de caipirinha

“Assim como é importante saber sobre o uso de drogas por seu (ex)companheiro (ou aaaa), nós precisamos saber também o consumo dessas substâncias por V/S. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar novamente que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa.”

	Antes da gravidez... (a)	Freq. (b)	E nos últimos três meses da gravidez... (a)	Freq. (b)
...V/S usava tranquilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, lorax, diazpan, ou outros?	134)	135)	136)	137)
...V/S usava cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	138)	139)	140)	141)
...V/S usava maconha?	142)	143)	144)	145)
...V/S usava cocaína?	146)	147)	148)	149)
...V/S usava outros tipos de drogas? Quais?	150)	151)	152)	153)

Instruções:

a) 0. Não; 1. Sim; 7. NS; 8. NR; 9. NA

b) Só deve ser perguntado se a pergunta “a” for “1”. Leia as alternativas para a mãe

1. Menos de 1 vez/mes
2. 1 ou 2 vezes durante o mês
3. Quase toda a semana durante o mês (3 – 4 vezes)
4. Quase todo dia durante o mês
7. NS
8. NR
9. NA

Caso a mãe não tenha relatado uso de drogas nem antes nem durante a gestação, pule próxima questão

- 154) As pessoas se preocupam com o seu uso de drogas (ou tranquilizantes) e/ou sugerem que V/S pare de usá-las? 154)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

TRABALHO MATERNO

- 155) Antes de engravidar, V/S tinha algum trabalho remunerado? 155)
0. Não
1. Sim
8. NR
- **Caso 0 ou 8, pule a próxima questão**

- 156) Qual era o seu trabalho? _____ 156)

- 157) E durante a gravidez? 157)
0. Não
1. Sim
8. NR
- **Caso 0 ou 8, pule para a Q-160**

- 158) Até quantos meses de gravidez V/S trabalhou? 158)
77. NS
88. NR
99. NA

- 159) Qual era o seu trabalho? _____ 159)

VIOLÊNCIA FAMILIAR

“Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho com V/S sobre a violência que, às vezes, somos vítimas e também sobre como as pessoas que moram em sua casa resolvem os desentendimentos e desavenças do dia-a-dia. Nós sabemos que algumas das próximas perguntas podem ser delicadas e pessoais e que, às vezes, parece difícil falar sobre elas. Mas é muito importante para a nossa pesquisa que a V/S faça um esforço para lembrar com a gente como sua família se entendeu, quer dizer, como as pessoas se deram umas com as outras durante sua gravidez. Eu queria lembrar que tudo que será dito aqui ficará somente entre nós e que essas informações serão muito importantes para prevenir que outros recém-nascidos nasçam prematuros...”

- 160) V/S já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu companheiro ou alguém importante para V/S? 160)
0. Não
1. Sim
8. NR

- 161) Neste último ano, quer dizer, últimos 12 meses, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? 161)
0. Não
1. Sim
8. NR
- **Caso 0 ou 8, pule para a Q-184**

162) Quem fez isso com a V/S? (leia as opções abaixo)

162)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (**especificar**)
6. Mais de um (**especificar**)
8. NR
9. NA

163) Quantas vezes isso aconteceu?

163)

777. NS
888. NR
999. NA

164) E desde que V/S engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

164)

0. Não
1. Sim
8. NR
9. NA

Caso 0 ou 8, pule
para a Q-184

165) Quem fez isso com a V/S? (leia as opções abaixo)

165)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (**especificar**)
6. Mais de um(especificar)
8. NR
9. NA

166) Quantas vezes isso aconteceu?

166)

777. NS
888. NR
999. NA

Caso tenha acontecido
apenas uma vez, pule
a próxima pergunta

Qual dessas vezes foi a mais marcante, mais importante para a V/S?

Nessa vez, V/S poderia me dizer quais das coisas que vou falar agora aconteceram?

Tipologia	Ações	Código
1	Ameaça de maus-tratos ou agressão Inclusive com arma	167)
2	Tapa	168)
2	Empurrão sem machucado, sem ferimento ou sem dor duradoura	169)
3	Sôco	170)
3	Chute	171)
3	Machucado ou “mancha roxa”	172)
3	Corte ou dor contínua	173)
4	Espancamento	174)
4	Contusões graves	175)
4	Queimaduras	176)
4	Ossos quebrados	177)
5	Danos ou problemas na cabeça	178)
5	Danos ou problemas em órgãos internos	179)
5	Danos permanentes	180)
6	Uso de arma	181)
6	Ferimento por arma	182)

Instruções: categorias a serem utilizadas para as questões 167 à 182: 0. Não aconteceu; 1. Aconteceu; 7. NS; 8. NR; 9. NA

183) Tipologia com maior número

183)

184) Durante a gravidez, alguém forçou V/S a realizar atividades sexuais?

184)

0. Não
1. Sim
2. Não
8. NR



**Caso 0 ou 8, pule
para a Q-187**

185) Quem fez isso com a V/S? (leia as opções abaixo)

185)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (especificar)
6. Mais de um (especificar)
8. NR
9. NA

186) Quantas vezes isso aconteceu?

186)

777. NS
888. NR
999. NA

187) V/S tem medo do seu companheiro, ex-companheiro, namorado, algum estranho ou outra pessoa qualquer?

187)

0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
9. NA

De quem? _____
(especificar)

“Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas mais detalhadas sobre como tem sido as relações entre as pessoas que moram com V/S. A gente sabe que não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças/desavenças.

Eu gostaria de tentar identificar com a V/S as relações que pra você parecem ser mais difíceis entre as pessoas que moram em sua casa e são seus parentes...

Deixa eu dar uma relembração na lista das pessoas que moram com V/S...”

Instruções:

- Consulte a sequência de procedimentos descrita na cartela cinza para a definição das relações a serem investigadas (lembre-se de anotar na tabela abaixo as decisões tomadas).
- Atenção entrevistador ! Vá para a tabela de moradores/parentes no domicílio na página 5 para realizar o possível “sorteio” das relações a serem investigadas.
- Marque na tabela abaixo as relações familiares investigadas, as CTs pertinentes a cada uma delas e se a relação foi escolhida pela mãe, sorteada ou era a única opção.

Relação	Nome das pessoas escolhidas/sorteadas (parentesco com a mãe)	Escolhido (E), sorteado (S) ou único (U)?	CTS utilizada
Mãe ↔ companheiro (CTS2) ou Mãe ↔ outro adulto escolhido ou sorteado (CTS1)	Mãe ↔	188)	
Mãe → filho/enteado ou outra criança (CTSPC)	Mãe →	189)	
Companheiro → filho/enteado ou outra criança (CTSPC)	Comp. →	190)	
Outra relação que preocupe ou sorteada (CTS1 ou CTSPC - vide tabela de procedimentos) ↔	191)	

SUPORTE SOCIAL

“As próximas perguntas são sobre outros aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo”

192) Com quantos **PARENTES** V/S se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo incluindo seu esposo, companheiro ou filhos nessa reposta? (00. Nenhum) 192)

193) Com quantos **AMIGOS** V/S se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo incluindo seu esposo, companheiro ou filhos nessa reposta? (00. Nenhum) 193)

**Entregue a mãe a escala verde para que ela escolha a resposta mais adequada às Q-194 à Q-196.
Explique a ela o procedimento a ser realizado**

194) Durante a sua gravidez, V/S participou de atividades esportivas em grupo (futebol, basquete, volei, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? Com que frequência? 194)
 0. Não participou
 1. Mais de uma vez por semana
 2. 1 vez por semana
 3. 2 a 3 vezes por mês
 4. Algumas vezes no ano
 5. Uma vez no ano no ano
 8. NR

195) Durante a sua gravidez, V/S participou de reuniões de associação de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos? Com que frequência? 195)
 0. Não participou
 1. Mais de uma vez por semana
 2. 1 vez por semana
 3. 2 a 3 vezes por mês
 4. Algumas vezes no ano
 5. Uma vez no ano no ano
 8. NR

- 196) Durante a sua gravidez, V/S participou de trabalho voluntário não remunerado em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? Com que frequência?
0. Não participou
 1. Mais de uma vez por semana
 2. 1 vez por semana
 3. 2 a 3 vezes por mês
 4. Algumas vezes no ano
 5. Uma vez no ano no ano
 8. NR

196)

“As próximas perguntas são sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda...”

**Entregue a mãe a escala azul para que ela escolha a resposta mais adequada às Q-197 à Q-214.
Explique a ela o procedimento a ser realizado**

<i>Se V/S precisar...</i>	Frequência
Com que frequência V/S conta com alguém que a ajude se ficar de cama?	197)
Com que frequência V/S conta com alguém para lhe ouvir quando V/S precisa conversar?	198)
Com que frequência V/S conta com alguém para lhe dar bons conselhos em situações de crise?	199)
<i>Se V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém para levá-la ao médico?	200)
Com que frequência V/S conta com alguém que demonstre amor e afeto por V/S?	201)
Com que frequência V/S conta com alguém para se divertir junto?	202)
<i>Se V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?	203)
Com que frequência V/S conta com alguém em quem confiar para falar de V/S ou sobre seus problemas?	204)
Com que frequência V/S conta com alguém que lhe dê um abraço?	205)
<i>Se V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém com quem relaxar?	206)
Com que frequência V/S conta com alguém para preparar suas refeições se V/S não puder prepará-las?	207)
Com que frequência V/S conta com alguém de quem V/S, realmente, quer conselhos?	208)
<i>Se V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém para ajudá-la nas tarefas diárias se V/S ficar doente?	209)
Com que frequência V/S conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	210)
Com que frequência V/S conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	211)
<i>Se V/S precisar</i> , com que frequência V/S conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?	212)

Com que frequência V/S conta com alguém que compreenda seus problemas?	213)
Com que frequência V/S conta com alguém que V/S ame e que faça V/S se sentir querida?	214)

Instruções:

Escreva no quadro acima o código da opção escolhida conforme a descrição abaixo

- 0. Nunca
- 1. Raramente
- 2. Às vezes
- 3. Quase sempre
- 4. Sempre

215) V/S ficou satisfeita com a ajuda que (comp, ex-comp, aaa ou pai do RN) lhe deu durante a gravidez?

215)

- 1. Sim
- 2. Não
- 7. NS
- 8. NR
- 9. NA

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

“Também é importante para a nossa pesquisa conhecer como e com quanto que as pessoas que moram com V/S contribuem para a renda da casa. Podemos calcular juntas a contribuição de cada um? Quem contribui com os ganhos da casa?”

Pessoa que contribui	Soma diária	Dias trabalhados na semana	Total (x 4.1) (A)	Soma semanal	Semanas trabalhadas nas 4 semanas	Total (x 1.1) (B)	Salário mensal (C)	Cálculo (A+B+C)
Renda de aluguel								
Pensões recebidas								
Outras rendas								
TOTAL								

Instruções:

- a) Contribuição da mãe e outros: O número de dias ou semanas trabalhados deve se reportar à última semana ou 4 semanas anteriores à data da internação da mãe.
- b) 7. NS; 8. NR

- 216) Quantas pessoas ao todo vivem com esse dinheiro? 216)
- 217) Pessoa de maior renda da família (RRR) **(escreva o parentesco com a mãe)** 217)
-
- 218) Qual o tipo de trabalho ou ocupação de (RRR)? **(777. NS; 888. NR; 999. NA)** 218)
-
- 219) Renda da pessoa de maior renda (RRR) 219) ,
- 220) Cotação do Dólar (US) no dia da entrevista (em R\$) 220) ,
- 221) Renda total da família 221) ,
- 222) Quantos cômodos tem sua casa incluindo cozinha e banheiro e sem contar com varanda ou área? **(fale para a mãe não considerar os de uso comum à outras famílias)** 222)
88. NR
- 223) De que material é construída a maior parte da sua casa? 223)
(leia as alternativas)
1. Alvenaria/Tijolo
2. Madeira
3. Pau a pique
4. Outros: _____
7. NS
8. NR
- 224) De que material é feita a maior parte do chão da sua casa? 224)
(leia as alternativas)
1. Cimento
2. Madeira tratada/tacos
3. Madeira bruta
4. Cerâmica/Ladrilho
5. Barro/Terra/ Areia
6. Outros: _____
7. NS
8. NR
- 225) Sua casa tem luz elétrica da LIGHT ou CERJ? 225)
0. Não
1. Sim
7. NS
8. NR
- 226) Sua casa tem banheiro? 226)
0. Não
1. Sim
8. NR
- Caso 0 ou 8 , pule a próxima questão
- 227) É dentro ou fora de casa? 227)
1. Dentro de casa
2. Fora de casa
8. NR
9. NA
- ↘ Se esta questão tiver sido perguntada, pule a próxima questão

- 228) Onde as pessoas de sua casa fazem suas necessidades? 228)
1. Banheiro público ou externo
 2. Local aberto
 3. Casa de vizinho
 4. Vasilha em casa
 5. Outros: _____
 8. NR
 9. NA
- 229) Para aonde vai o esgoto de sua casa? **(leia as alternativas)** 229)
1. Rede geral de esgoto
 2. Fossa
 3. Vala aberta
 4. Outros: _____
 7. NS
 8. NR
- 230) De onde vem a água que V/S usa em sua casa? **(leia as alternativas)** 230)
1. Torneira de casa
 2. Torneira comum/bica
 3. Carro-pipa
 4. Poço
 5. Nascente
 6. Outros: _____
 7. NS
 8. NR
- 231) V/S precisa guardar ou armazenar água? 231)
0. Não
 1. Sim
 7. NS
 8. NR
- 232) Aonde V/S joga o lixo? **(leia as alternativas)** 232)
1. Caçamba
 2. Local aberto ou terreno baldio
 3. Recolhimento em casa
 4. Outros: _____
 7. NS
 8. NR

“Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre alguns bens e utensílios que V/S tem em casa”. V/S tem

Utensílios	Quantos? (nº de bens)
233) Fogão a lenha/fogareiro	
234) A gás c/2 bocas	
235) A gás c/4 bocas	
236) A gás c/6 bocas	
237) Motocicleta (ano.....)	
238) Automóvel (ano.....)	
239) Outros veículos automotores (ano.....)	
240) Bicicleta	
241) Toca-disco	
242) Forno de microwaves	
243) Liquidificador	
244) Computador	

A.3.2. CTS1

 Quest. principal Replicação I e II Replicação Claudia

1) Número do questionário

1)

2) Número do prontuário

2)

“Não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças e desavenças.

Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre pessoas que moram juntas. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que V/S me dissesse se já aconteceu em momentos de discussão e brigas entre (1ª pessoa escolhida ou sorteada) e (2ª pessoa escolhida ou sorteada) desde que V/S soube que estava grávida.”

Após a aplicação da CTS1, escreva abaixo o nome das pessoas escolhidas/sorteadas e o grau de parentesco com a mãe

3) Primeira relação investigada x

3)

4) Segunda relação investigada x

4) **Instruções (rotina de aferição das CTSs)****a) Violência psicológica e física:**

Isto já aconteceu? → Durante a gravidez, isso aconteceu mais de uma vez?

- 0. Não aconteceu
- 1. Aconteceu
- 11. Aconteceu uma vez
- 22. Aconteceu mais de uma vez
- 7 ou 77. NS
- 8 ou 88. NR

b) O resto do formulário → Isto já aconteceu? Não perguntar se aconteceu mais de uma vez.

“Durante a sua gravidez, nos momentos de discussão e brigas entre (1ª pessoa escolhida ou sorteada - XXX) e (2ª pessoa escolhida ou sorteada - YYY), como (XXX) reagiu?”

TIPO DE REAÇÃO	Primeira relação	Segunda relação
(XXX) discutiu o problema calmamente?	5)	25)
Procurou conseguir informações para conhecer melhor o modo de pensar de (YYY)?	6)	26)
(XXX) trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas?	7)	27)
(XXX) xingou ou insultou (YYY)? Isso aconteceu mais de uma vez?	8)	28)
(XXX) ficou emburrado ou não falou mais do assunto? Isso aconteceu mais de uma vez?	9)	29)
(XXX) retirou-se do quarto, da casa ou da área? Isso aconteceu mais de uma vez?	10)	30)
Chorou?	11)	31)
(XXX) fez ou disse coisas só para irritar (YYY)? Isso aconteceu mais de uma vez?	12)	32)
(XXX) ameaçou bater ou jogar coisas em (YYY)? Isso aconteceu mais de uma vez?	13)	33)
(XXX) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos? Isso aconteceu mais de uma vez?	14)	34)
<i>Como (XXX) reagiu nos momentos de discussões e brigas com (YYY) durante a sua gravidez?”</i>	15) -----	35) -----
(XXX) jogou coisas sobre (YYY)? Durante a gravidez, isso aconteceu mais de uma vez?	16)	36)
(XXX) empurrou ou agarrou (YYY)? Isso aconteceu mais de uma vez?	17)	37)
(XXX) deu tapa ou bofetada em (YYY)? Isso aconteceu mais de uma vez?	18)	38)
(XXX) chutou, mordeu ou deu murro em (YYY)? Isso aconteceu mais de uma vez?	19)	39)
(XXX) bateu ou tentou bater em (YYY) com objetos? Isso aconteceu mais de uma vez?	20)	40)
Espancou (YYY)? Durante a gravidez, isso aconteceu mais de uma vez?	21)	41)
(XXX) estrangulou ou sufocou (YYY)? Isso aconteceu mais de uma vez?	22)	42)
Ameaçou (YYY) com faca ou arma? Durante a gravidez, isso aconteceu mais de uma vez?	23)	43)
(XXX) usou faca ou arma contra (YYY)? Durante a gravidez, isso aconteceu mais de uma vez?	24)	44)

A.3.3. CTS2

 Quest. principal Replicação I e II Replicação Claudia

1) Número do questionário

1)

2) Número do prontuário

2)

3) Relação investigada x

3) **Instruções (rotina de aferição das CTSs)****a) Violência psicológica e física:**

Isto já aconteceu? —▶ Durante a gravidez, isso aconteceu mais de uma vez?

0 ou 00. Não aconteceu

1. Aconteceu

11. Aconteceu uma vez

22. Aconteceu mais de uma vez

7 ou 77. NS

8 ou 88. NR

b) O resto do formulário → Isto já aconteceu? Não perguntar se aconteceu mais de uma vez.

“Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, quer coisas diferentes, ou discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver suas diferenças. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre um casal.

Por favor, eu gostaria de saber se V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa) fizeram cada uma dessas coisas durante a sua gravidez. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que V/S me dissesse se já aconteceu desde que V/S soube que estava grávida.

Diante de uma desavença ou discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa) nessa gravidez ...

4) V/S mostrou que se importava com ele, mesmo que vocês estivessem discordando?

4)

5) Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que se importava com V/S mesmo que vocês estivessem discordando?

5)

Diante de uma desavença ou discussão...

6) V/S explicou para seu (ex)companheiro (ou aaa) o que V/S não concordava com ele?

6)

7) Seu (ex)companheiro (ou aaa) explicou para V/S o que ele não concordava com V/S?

7)

- 8) V/S insultou ou xingou o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 8)
- 9) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 9)

Diante de uma discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa) nessa gravidez...

- 10) V/S jogou alguma coisa no seu (ex)companheiro (ou aaa) que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez? 10)
- 11) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 11)
- 12) V/S torceu o braço do seu (ex)companheiro (ou aaa) ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez? 12)
- 13) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 13)
- 14) V/S teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu (ex)companheiro (ou aaa)? 14)
- 15) Seu (ex)companheiro (ou aaa) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com V/S? 15)

Diante de uma desavença ou discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa) nessa gravidez...

- 16) V/S mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? 16)
- 17) Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos? 17)
- 18) V/S obrigou o seu (ex)companheiro (ou aaa) a fazer sexo sem usar camisinha? 18)
- 19) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? 19)

Diante de uma desavença ou discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa) nessa gravidez...

- 20) V/S deu um empurrão no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 20)
- 21) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 21)
- 22) V/S usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu (ex)companheiro (ou aaa) a fazer sexo oral ou anal com V/S? 22)
- 23) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? 23)

Durante a sua gravidez...

- 24) V/S usou uma faca ou arma contra o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 24)
- 25) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 25)
- 26) V/S desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu (ex)companheiro (ou aaa)? 26)
- 27) Seu (ex)companheiro (ou aaa) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com V/S? 27)

Durante a sua gravidez diante de uma discórdia ou discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa)...

- 28) V/S chamou o seu (ex)companheiro (ou aaa) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? 28)
- 29) Seu (ex)companheiro (ou aaa) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? 29)
- 30) V/S deu um murro ou acertou o seu (ex)companheiro (ou aaa) com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez? 30)
- 31) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 31)

Durante a sua gravidez diante de uma discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa)...

- 32) V/S destruiu alguma coisa que pertencia ao seu (ex)companheiro (ou aaa) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? 32)
- 33) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? 33)
- 34) V/S foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu (ex)companheiro (ou aaa)? 34)
- 35) Seu (ex)companheiro (ou aaa) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com V/S? 35)

Durante a sua gravidez...

- 36) V/S sufocou ou estrangulou seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez ? 36)
- 37) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 37)
- 38) V/S gritou ou berrou com o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 38)
- 39) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 39)

Em algum momento dessa gravidez ...

- 40) V/S jogou o seu (ex)companheiro (ou aaa) contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez? 40)
- 41) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 41)

Diante de uma desavença ou discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa) durante a sua gravidez...

- 42) V/S disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema? 42)
- 43) Seu (ex)companheiro (ou aaa) disse que achava que V/S poderiam resolver o problema? 43)
- 44) V/S deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu (ex)companheiro (ou aaa) mas não foi? 44)
- 45) Seu (ex)companheiro (ou aaa) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com V/S mas não foi? 45)

Nessa gravidez ...

- 46) V/S deu uma surra no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 46)
- 47) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 47)
- 48) V/S segurou o seu (ex)companheiro (ou aaa) com força? Isso aconteceu mais de uma vez? 48)
- 49) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 49)

Durante a sua gravidez...

- 50) V/S usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu (ex)companheiro (ou aaa) a fazer sexo com V/S? 50)
- 51) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? 51)

Diante de uma desavença ou discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa) durante a sua gravidez...

- 52) V/S virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez? 52)
- 53) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? 53)
- 54) V/S insistiu em fazer sexo quando o seu (ex)companheiro (ou aaa) não queria sem usar força física? 54)
- 55) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? 55)

Em algum momento dessa gravidez ...

- 56) V/S deu um tabefe ou bofetada no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 56)
- 57) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 57)
- 58) V/S quebrou um osso por causa de uma briga com o seu (ex)companheiro (ou aaa)? 58)
- 59) Seu (ex)companheiro (ou aaa) quebrou um osso por causa de uma briga com V/S? 59)
- 60) V/S fez ameaças para obrigar o seu (ex)companheiro (ou aaa) fazer sexo oral ou anal com V/S? 60)
- 61) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? 61)

Diante de uma discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa) durante a sua gravidez...

- 62) V/S sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças? 62)
- 63) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? 63)

Em algum momento dessa gravidez ...

- 64) V/S queimou ou derramou líquido quente em seu (ex)companheiro (ou aaa) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? 64)
- 65) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 65)
- 66) V/S insistiu para que seu (ex)companheiro (ou aaa) fizesse sexo oral ou anal com V/S sem usar força física? 66)
- 67) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? 67)
- 68) V/S acusou o seu (ex)companheiro (ou aaa) de ser “ruim de cama”? Isso aconteceu mais de uma vez? 68)
- 69) Seu (ex)companheiro (ou aaa) te acusou disso? Isso aconteceu mais de uma vez? 69)

Em sua gravidez, diante de uma desavença ou discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa)

- 70) V/S fez alguma coisa para ofender o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 70)
- 71) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? 71)
- 72) V/S ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 72)
- 73) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? 73)

74) V/S sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu (ex)companheiro (ou aaa)? 74)

75) Seu (ex)companheiro (ou aaa) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com V/S? 75)

Em algum momento dessa gravidez ...

76) V/S chutou o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez? 76)

77) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? Isso aconteceu mais de uma vez? 77)

78) V/S fez ameaças para obrigar o seu (ex)companheiro (ou aaa) fazer sexo com V/S? 78)

79) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com V/S? 79)

Durante a sua gravidez, diante de uma discussão entre V/S e seu (ex)companheiro (ou aaa)...

80) V/S concordou com a solução que foi sugerida por ele? 80)

81) Seu (ex)companheiro (ou aaa) concordou em tentar uma solução que V/S sugeriu? 81)

82) V/S impediu seu (ex)companheiro (ou aaa) de sair de casa, ver ou falar com os parentes dele? 82)

83) Seu (ex)companheiro (ou aaa) impediu V/S de sair de casa, ver ou falar com seus parentes? 83)

84) V/S queimou seu (ex)companheiro (ou aaa) com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito? 84)

85) Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? 85)

A.3.4. CTSPC – COMPANHEIRO

 Quest. principal Replicação I, II, III e IV Replicação Claudia

1) Número do questionário

1)

2) Número do prontuário

2) 3) Relação investigada: x
(especificar parentesco com a mãe)3)

Instruções (rotina de aferição das CTs)

a) Violência psicológica e física:

Isto já aconteceu? → Durante a gravidez, isso aconteceu mais de uma vez?

- 0 ou 00. Não aconteceu
 1. Aconteceu
 11. Aconteceu uma vez
 22. Aconteceu mais de uma vez
 7 ou 77. NS
 8 ou 88. NR

b) O resto do formulário → Isto já aconteceu? Não perguntar se já aconteceu mais de uma vez.

“Crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. A gente gostaria de saber o que (xxx - nome do companheiro ou ppp - pessoa escolhida/sorteada) costuma fazer quando o (xxx - nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz (xxx ou ppp) ficar irritado ou zangado.

Eu vou ler algumas coisas que (xxx ou ppp) pode ter feito nessas horas. Eu gostaria de saber se, desde que a V/S soube que estava grávida, essas coisas aconteceram.”

Durante sua gravidez...

4) Seu companheiro (ou ppp) explicou a (xxx – nome da criança) porque o que ele/a estava fazendo estava errado?

4)

5) Seu companheiro (ou ppp) colocou ele/a de castigo do tipo: mandou ele ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar?

5) *Em algum momento dessa gravidez ...*

6) Seu companheiro (ou ppp) sacudiu (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?

6)

7) Seu companheiro (ou ppp) bateu no bumbum dele/a com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez?

7)

8) Seu companheiro (ou ppp) deu a ele/a outra coisa para fazer ao invés daquilo que ele/a estava fazendo de errado?

8)

9) Seu companheiro (ou ppp) falou alto, berrou ou gritou com (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?

9)

Durante sua gravidez...

- 10) Seu companheiro (ou ppp) bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele/a? Isso aconteceu mais de uma vez? 10)
- 11) Seu companheiro (ou ppp) deu uma palmada no bumbum de (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? 11)
- 12) Seu companheiro (ou ppp) agarrou ele pelo pescoço e o sacudiu? Isso aconteceu mais de uma vez? 12)
- 13) Seu companheiro (ou ppp) xingou ou praguejou, quer dizer, “rogou praga”, contra ele/a? Isso aconteceu mais de uma vez? 13)

Em algum momento dessa gravidez ...

- 14) Seu companheiro (ou ppp) bateu muito em (xxx – nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que conseguiu? Isso aconteceu mais de uma vez? 14)
- 15) Seu companheiro (ou ppp) disse alguma vez que iria expulsar ele/a de casa ou enxotá-lo/a para fora de casa? Isso aconteceu mais de uma vez? 15)
- 16) Seu companheiro (ou ppp) queimou ou derramou líquido quente em (xxx – nome da criança) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? 16)
- 17) Seu companheiro (ou ppp) ameaçou dar um tapa nele/a mas não deu? Isso aconteceu mais de uma vez? 17)

Durante sua gravidez...

- 18) Seu companheiro (ou ppp) bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? 18)
- 19) Seu companheiro (ou ppp) deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? 19)
- 20) Seu companheiro (ou ppp) tirou as regalias dele/a ou deixou ele/a sem sair de casa? 20)
- 21) Seu companheiro (ou ppp) deu um beliscão em (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? 21)
- 22) Seu companheiro (ou ppp) ameaçou ele/a com uma faca ou arma? Isso aconteceu mais de uma vez? 22)

Em algum momento dessa gravidez ...

- 23) Seu companheiro (ou ppp) jogou (xxx – nome da criança) no chão? Isso aconteceu mais de uma vez? 23)
- 24) Seu companheiro (ou ppp) chamou ele/a de estúpido/a, burro/a, preguiçoso/a ou de outra coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? 24)
- 25) Seu companheiro (ou ppp) deu um tapa ou bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? 25)

A.3.4. CTSPC – MÃE

 Quest. principal Replicação I, II, III e IV Replicação Claudia

1) Número do questionário

1)

2) Número do prontuário

2) 3) Relação investigada: x
(especificar parentesco com a mãe)3) **Instruções (rotina de aferição das CTSs)****a) Violência psicológica e física:**

Isto já aconteceu? —————> Durante a gravidez, isso aconteceu mais de uma vez?

0 ou 00. Não aconteceu

1. Aconteceu

11. Aconteceu uma vez

22. Aconteceu mais de uma vez

7 ou 77. NS

8 ou 88. NR

b) O resto do formulário → Isto já aconteceu? Não perguntar se aconteceu mais de uma vez.

“Crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. A gente gostaria de saber o que V/S (ou mmm - pessoa escolhida/sorteada) costuma fazer quando o (xxx – nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz V/S (ou mmm) ficar irritada ou zangada.

Eu vou ler algumas coisas que V/S (ou mmm) pode ter feito nessas horas. Eu gostaria de saber se, desde que a V/S soube que estava grávida, essas coisas aconteceram.”

4) V/S (ou mmm) explicou a (xxx – nome da criança) porque o que ele/a estava fazendo estava errado?

4)

5) V/S (ou mmm) colocou ele/a de castigo do tipo: mandou ele ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar?

5) **Em algum momento dessa gravidez ...**

6) V/S (ou mmm) sacudi (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?

6)

7) V/S (ou mmm) bateu no bumbum dele/a com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez?

7)

8) V/S (ou mmm) deu a ele/a outra coisa para fazer ao invés daquilo que ele/a estava fazendo de errado?

8)

9) V/S (ou mmm) falou alto, berrou ou gritou com (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez?

9)

Durante essa gravidez ...

- 10) V/S (ou mmm) bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele/a? Isso aconteceu mais de uma vez? 10)
- 11) V/S (ou mmm) deu uma palmada no bumbum de (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? 11)
- 12) V/S (ou mmm) agarrou ele pelo pescoço e o sacudiu? Isso aconteceu mais de uma vez? 12)
- 13) V/S (ou mmm) xingou ou praguejou, quer dizer, “rogou praga”, contra ele/a? Isso aconteceu mais de uma vez? 13)

Em algum momento dessa gravidez ...

- 14) V/S (ou mmm) bateu muito em (xxx – nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que V/S (ou mmm) conseguiu? Isso aconteceu mais de uma vez? 14)
- 15) V/S (ou mmm) disse alguma vez que iria expulsar ele/a de casa ou enxotá-lo/a para fora de casa? Isso aconteceu mais de uma vez? 15)
- 16) V/S (ou mmm) queimou ou derramou líquido quente em (xxx – nome da criança) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? 16)
- 17) V/S (ou mmm) ameaçou dar um tapa nele/a mas não deu? Isso aconteceu mais de uma vez? 17)

Durante sua gravidez...

- 18) V/S (ou mmm) bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? 18)
- 19) V/S (ou mmm) deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? 19)
- 20) V/S (ou mmm) tirou as regalias dele/a ou deixou ele/a sem sair de casa? 20)
- 21) V/S (ou mmm) deu um beliscão em (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? 21)

Em algum momento dessa gravidez ...

- 22) V/S (ou mmm) ameaçou ele/a com uma faca ou arma? Isso aconteceu mais de uma vez? 22)
- 23) V/S (ou mmm) jogou (xxx – nome da criança) no chão? Isso aconteceu mais de uma vez? 23)
- 24) V/S (ou mmm) chamou ele/a de estúpido/a, burro/a, preguiçoso/a ou de outra coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? 24)
- 25) V/S (ou mmm) deu um tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (xxx – nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? 25)

A ser preenchido através de revisão do prontuário materno e do recém-nascido

- Número do questionário
- 1) .Data de hoje 1) / /
(dia mês ano)
- 2) N° do prontuário 2)
Nome da mãe _____
Número do leito _____ Nome da entrevistadora _____
- 3) Data de nascimento da criança (DN) 3) / /
(dia mês ano)
- 4) Hora de nascimento 4) :
- 5) Data da USG (DATAUSG) 5)
(ignorada ou não realizada: 00 00 00 –pule para a questão 8)
(dia / mês / ano)
- 6) Idade gestacional na data da USG (IGUSG1) 6) semanas
- 7) **IGUSG: (DN – DATAUSG) + IGUSG1**
- N° de dias do mês que fez USG = _____ dias
 N° de meses com 29 dias: 1 x 29 = 29 dias
 N° de meses com 30 dias: _____ x 30 = _____ dias
 N° de meses com 31 dias: _____ x 31 = _____ dias
 N° de dias do último mês de gestação = _____ dias
 N° de dias TOTAL = _____ dias
- N° de dias TOTAL ÷ por 7 = semanas (IGUSG2)
- 8) Data da última menstruação (DUMp) 8) / /
(ignorada: 00/00/00 – pule para questão 10)
(dia mês ano)
- 9) **IGDUMp : DN – DUMp**
- N° de dias do primeiro mês de gestação = _____ dias
 N° de meses com 29 dias: 1 x 29 = 29 dias
 N° de meses com 30 dias: _____ x 30 = _____ dias
 N° de meses com 31 dias: _____ x 31 = _____ dias
 N° de dias do último mês de gestação = _____ dias
 N° de dias TOTAL = _____ dias
- 10) Idade gestacional da internação (prontuário materno; ignorada 00) 10) semanas
- 11) Idade gestacional Ballard 11) semanas
- 12) **FATORES DE EXCLUSÃO (prontuários materno e do recém-nascido)**

7) IGUSG1 + IGUSG2 =
_____ semanas (IGUSG)

9) IGDUMp: N° de dias TOTAL
÷ por 7 = _____ semanas

	FATOR DE EXCLUSÃO	SUSPEITO	CONFIRMADO
MÃE	Hipertensão arterial crônica (DHVC; HA)		
	Diabetes (DM)		
RECÉM-NASCIDO	Gemelaridade		
	Má-formação congênita grave		
	Síndromes congênicas		
	Sífilis neonatal		
	Citomegalovirose		
	Rubéola		
	Hepatite		
	Aids/Sida		
	toxoplasmose		

A) Quando IGUSG < 37 semanas e <u>não</u> estão presentes os fatores de exclusão	➔	CASO DO ESTUDO
B) Quando não existir IGUSG, mas IGDUMp < 37 <i>semanas</i> e <u>não</u> estão presentes os fatores de exclusão	➔	CASO DO ESTUDO
C) Quando <u>não</u> existir IGUSG nem IGDUMp e <u>não</u> estão presentes os fatores de exclusão	➔	NEW BALLARD
D) Quando IGUSG (quando houver) ou IG DUMp >= 37 semanas e <u>não</u> estão presentes os fatores de exclusão	➔	POTENCIAL CONTROLE

A.3.6. Formulário usado no estudo sobre a confiabilidade e validade do escore *New Ballard*

QUESTIONÁRIO ESTIMATIVA IDADE GESTACIONAL I - DADOS DO PRONTUÁRIO MATERNO -

Atenção códigos: 77 = não se lembra; 88 = não se aplica; 99 = sem informação

I - Identificação

- 1) Data da entrevista 1) [___/___/___]
- 2) Número do questionário 2) []
- 3) Prontuário mãe 3) []
- Nome da mãe _____
- 4) Idade 4) []

II – Informações sobre a gestação

- 5) DUM1 5) [___/___/___]
(na primeira consulta do pré-natal ou na ultra-sonografia)
- 6) Presença de patologia materna anterior à gestação? 6) []
1. sim qual? _____
2. não
- 7) Alguma intercorrência durante a gestação? 7) []
1. sim qual? _____
2. não
- 8) Realizou USG entre a 7^a e a 18^a semana de gestação? 8) []
1. sim
2. não
- 9) Data da USG 9) [___/___/___]
- 10) IG1 (USG) _____ 10) []
- 11) Data da 1^a consulta do pré-natal 11) [___/___/___]
- 12) Semanas de gestação da 1^a consulta 12) []
- 13) Peso na 1^a consulta 13) []
(caso tenha sido realizada no primeiro trimestre da gestação)
- 14) N^o de consultas pré-natais 14) []
1. não fez pré-natal 3. 4 ou 5
2. três ou menos 4. 6 ou mais
- 15) Peso no final da gestação 15) []
- 16) Data deste peso 16) []

QUESTIONÁRIO ESTIMATIVA IDADE GESTACIONAL II - DADOS DO PRONTUÁRIO E EXAME DA CRIANÇA -

Atenção códigos: 77 = não se lembra; 88 = não se aplica; 99 = sem informação

1) N° do questionário 1) []

I – Prontuário da criança

2) N° prontuário da criança 2) []

Nome da mãe _____

3) Problemas com o feto durante a gestação? 3) []

1. sim

2. não

especificar _____

4) Data do nascimento 4) [___/___/___]

5) Hora 5) []

6) Tipo de gravidez: 6) []

1. única

2. dupla

3. três ou mais

7) Tipo de parto: 7) []

1. normal

2. cesárea

3. fórceps

comentários: _____

8) Peso ao nascimento 8) []

9) APGAR 1° min. 9) []

10) APGAR 5° min. 10) []

II – Exame do recém-nascido

11) Data do exame 11) [___/___/___]

12) Hora do exame 12) []

13) Número de pontos 13) []

III - História reprodutiva prévia

“Agora, gostaria que você me desse algumas informações sobre sua regra (menstruação)...”

13) Qual a data da sua última regra (menstruação)? 13) [___/___/___]

14) Esta regra veio do mesmo jeito do que as anteriores? 14) []

(do jeito que a sra. está acostumada?)

1. sim

2. não

Quais as diferenças? _____

15) A sua regra vem certinha, ou seja, o intervalo entre uma menstruação e outra, geralmente, é o mesmo? 15) []

1. sim

2. não

16) De quanto em quanto tempo a sua regra costuma vir? 16) []

17) Geralmente, ela fica quanto tempo? 17) []

Observações

A.3.7. MANUAL DE INSTRUÇÃO DO ESTUDO PRINCIPAL (PARTE 1)

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ

Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

**ESTUDO CASO-CONTROLE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR DURANTE A
GESTAÇÃO COMO UM FATOR DE PROPENSÃO À PREMATURIDADE**

**Manual de instruções
(questões gerais)**

Claudia Leite Moraes

Michael E. Reichenheim

I INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é um dos projetos do Programa de Investigações Epidemiológicas da Violência Familiar (PIEVF) desenvolvidos pelo Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI), sediado no Instituto de Medicina Social/UERJ. O PIEVF tem como objeto de estudo as possíveis consequências da violência familiar na saúde infantil. Este estudo, em particular, tem como finalidade discutir uma possível associação entre violência familiar durante a gestação e prematuridade do recém-nascido, um dos principais preditores da morbi-mortalidade na infância.

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo caso-controle. Todos os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas, nascidos nas maternidades selecionadas e que as mães não apresentem nenhum dos fatores de exclusão descritos adiante, formarão o grupo de casos. Os controles serão crianças não prematuras, nascidas imediatamente após o caso e que também não apresentem nenhum dos fatores de exclusão. O tamanho amostral previsto é de 400 casos e 400 controles.

As informações necessárias serão obtidas a partir de entrevista com a mãe da criança nas primeiras 48 horas após o parto e através da consulta aos prontuários materno e do recém-nascido antes da alta hospitalar. Será utilizado um instrumento de coleta de dados (questionário) composto por perguntas fechadas, pré-codificadas e abertas ou semi-abertas para codificação posterior, abordando questões relativas à ocorrência de violência durante a gestação, história reprodutiva materna, situação sócio-econômica, uso de álcool e drogas pela família, dentre outras. As entrevistadoras e a coordenadora da pesquisa percorrerão as maternidades diariamente para que todos os casos sejam captados.

O ingresso no estudo só poderá se dar com o consentimento da mãe da criança. Serão realizadas reuniões com as equipes de saúde das instituições participantes concomitantemente ao desenvolvimento do estudo para discussão e avaliação dos problemas que possam surgir.

As mães que relatarem presença de violência familiar em seus lares serão encaminhadas para instituições que tenham programas de acompanhamento e suporte para as famílias vítimas de violência.

Nesse momento, está se iniciando uma das etapas mais importantes da pesquisa. A etapa de coleta de dados é fundamental para estudos epidemiológicos como o nosso. Um trabalho de campo sem o cuidado necessário põe por terra todos os esforços conduzidos nas demais etapas da investigação. Nessa perspectiva, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadoras assume um papel de importância estratégica para que a pesquisa tenha sucesso.

Para assegurar que os dados reunidos sejam comparáveis, é imperativo que a pesquisa seja conduzida segundo procedimentos uniformes. Essas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Em pesquisas como essa, não há lugar para improvisos. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega de maternidade ou a supervisora do projeto.

II DIRETRIZES GERAIS PARA CONDUZIR A ENTREVISTA

1) Informações gerais

- As frases em *itálico* deverão ser lidas textualmente para as mães.
- As frases que estão dentro de caixas de texto são orientações às entrevistadoras.
- Quando as opções de resposta devem ser lidas para a mãe, a indicação virá entre parênteses ao término da pergunta.
- As questões que têm o campo de resposta sombreado devem ser codificadas após o término da entrevista.

- Todos os pequenos problemas em cada questão devem ser anotados ao lado das mesmas ou nas margens inferior e superior da folha. Atenção: não escrever na margem direita da folha para não prejudicar a digitação dos códigos das respostas. Isso também se aplica às informações julgadas interessantes pela entrevistadora, mesmo que não seja o alvo central da pergunta.

2) Regras gerais para uma boa entrevista

Há certas regras que você deve seguir para garantir uma entrevista imparcial. Sugerimos que você tenha em mente cada uma das seguintes regras:

- **Permaneça sempre neutro**
 - Você deve manter sempre uma atitude neutra para com a mãe. Não mostre surpresa com as coisas que ouve. Através de sua atitude descontraída, embora profissional, coloque a mãe à vontade e ganhe a sua confiança.
- **Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas**
 - Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso. Na maioria das vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise. Cada palavra tem um motivo para estar lá.
- **Faça as perguntas na ordem em que elas aparecem**
 - Nunca mude a ordem das perguntas do questionário. As perguntas seguem-se uma às outras numa sequência lógica. Mudar esta sequência destruirá o intento do questionário. Se a mãe está falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, não pule nenhuma pergunta, mesmo que haja alguma repetição. Se alguma mãe se irritar um pouco e disser: “Já falei isso...”, você pode dizer alguma coisa agradável como: “tenho que ter certeza de que V/S me deu a resposta completa para isso”, ou “V/S pode ter me falado sobre isso, mas deixe-me perguntar de novo para me certificar”.
 - No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará sempre claramente indicado e haverá instruções escritas para você seguir. As instruções de pulo e omissão de perguntas virão sempre em caixas de texto perto das questões.
- **Certifique-se de que a mãe não esteja vendo as perguntas**
 - As mães podem ser influenciadas ao saber as perguntas que virão ou ao ver as categorias de respostas, que nem sempre são para ser mostradas. Existirá sempre uma indicação na pergunta quando as opções de resposta devem ser lidas para a mãe.
- **Não aceite um fácil “não sei” como resposta sem mais uma tentativa de obter a informação que precisamos**
 - Tente mais uma vez obter uma réplica para uma resposta “não sei” antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não antagonizar a mãe ou forçar uma resposta caso ela diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.

- **Direito da mãe de não querer responder**
 - Lembre-se que a mãe tem o direito de não responder a qualquer pergunta que ela queira. Nesses casos marque a opção NR (não respondeu) e passe para a próxima questão.
- **Checando as respostas**
 - Checar uma resposta é esclarecer ou confirmar a informação prestada pela mãe. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se a mãe não responder dentro das possibilidades previstas. Por exemplo, suponha que a mãe lhe dê uma resposta para uma pergunta estruturada que não se encaixa exatamente em nenhuma das categorias pré-estabelecidas. Você pode dizer: "Bem, qual dessas opções se aproxima mais?" e repetir as respostas que estão na pergunta.
- **Desestímule irrelevâncias**
 - Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que a mãe se lembre de alguma coisa ou relate alguma história ilustrativa da resposta que ele acabou de dar, sobretudo entre "entrevistadas faladoras". Você fará um favor tanto para si mesma quanto para a mãe se imprimir a entrevista um tom profissional. Se você se depara com uma mãe dispersa, digressiva, ou que envereda numa conversa irrelevante, não hesite em interromper e trazê-la de volta ao ponto da pergunta, repetindo o que você quer saber. Ao mesmo tempo, é claro, tenha cuidado para não antagonizar a mãe.
- **Não explique palavras de uma pergunta a menos que haja indicação para isso**
 - Algumas vezes, as entrevistadas pedirão para que você explique palavras de uma pergunta ou partes dela. Em algumas situações especiais, você pode fazer isso. Mas, nesses casos, haverá uma indicação que lhe dirá qual a explicação ou definição a ser dada. Se não estiver especificado, você não pode oferecer sua própria definição ou explicação. Você deve responder à dúvida dizendo: "o que quer que isso signifique para V/S". Se a mãe não consegue responder a pergunta devido à sua falta de entendimento, codifique NS. Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

III PROBLEMAS QUE PODEM AFETAR AS PERGUNTAS

- **Respostas divergentes**
 - Em alguns casos você se defrontará com alguns problemas que dificultam o manuseio das perguntas que têm opções de resposta. Por exemplo: às vezes a mãe não consegue escolher nenhuma das categorias de respostas oferecidas. Pode acontecer que a mãe sinta que nenhuma das respostas pré-definidas serve ou que ela escolheria uma resposta sob certas condições e outra resposta sob condições diferentes. Neste caso, você deve tentar induzi-la à generalização, repetindo a pergunta e dizendo: "De modo geral, é desse jeito ou do outro?" ou "na maioria das vezes..." ou "quase sempre...", etc. Se ela insiste que não pode escolher, escreva sua primeira resposta e anote do lado da pergunta que isso aconteceu.
- **Respostas vagas e generalizadas**
 - Nas conversas diárias, às vezes as pessoas conversam em termos vagos ou imprecisos. É comum que no início da entrevista as mães respondam de forma pouco precisa. É importante estimulá-la a se expressar de forma mais específica.

- **Respostas “não sei”**

- Em geral, a entrevistada responde “não sei” a uma pergunta por um dos quatro motivos listados a seguir:
 - ♦ Ela não entende a pergunta e diz “não sei” para evitar dizer que não entendeu.
 - ♦ Ela está pensando na pergunta e diz apenas para ganhar tempo para pensar mais.
 - ♦ Ela pode estar fugindo do assunto porque se sente desinformada e tem medo de dar uma resposta errada.
 - ♦ Porque a pergunta lhe parece muito pessoal, íntima ou inoportuna.
- Não se apresse para checar uma resposta “não sei”. Se você ficar quieta – mas com uma atitude de expectativa – a mãe achará que há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são, geralmente, a melhor coisa a fazer nessas horas. Caso isso não funcione, você pode dizer: “mas, o que você acha disso?” ou “Em geral..., mais ou menos...?”, etc.

- **Respostas à perguntas dependentes**

- Perguntas dependentes são aquelas que são perguntadas somente a algumas entrevistadas. A determinação de quem deve ser perguntado “depende” da resposta a pergunta anterior. Por exemplo, se a mãe responde “sim” à pergunta 57, deve-se perguntar as questões 58 a 65; em caso de resposta negativa, a entrevistadora deve pular para a pergunta 66, marcando a alternativa NA (não se aplica) em todas as respostas das perguntas 58 a 65.
- Sempre que for necessário um pulo, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que a entrevistadora comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

IV REGISTRANDO RESPOSTAS

- Já falamos sobre como formular as perguntas e como esclarecer e completar as respostas. Ambas são tarefas muito importantes. No entanto, se você erra ao registrar a resposta, todos os seus esforços anteriores terão sido em vão. Em geral, é claro, o seu registro deve ser o mais fiel possível aquilo que a entrevistada diz. Como em nosso estudo, a grande maioria das perguntas são fechadas, isto é, tem opções de resposta já especificadas, devemos nos concentrar para descrever uma das opções oferecidas.
- Esteja pronto para escrever. Tenha a caneta preparada quando você fizer as perguntas. Nas poucas perguntas abertas do questionário, comece a escrever imediatamente, senão você perderá o começo.
- Use abreviações. No entanto, depois de terminada a entrevista, observe as abreviações que você usou. Se alguma puder causar confusão para o digitador do questionário, escreva o termo por extenso antes de entregar o trabalho. Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.
- Peça a mãe para falar devagar . As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você “não quer perder nada” ou “quer registrar tudo”. Outras técnicas incluem você falar mais devagar; ir lendo à medida que escreve, e ler parte do que já escreveu, pedindo à entrevistada que complete o restante.

- Tenha sempre material extra. Anote sempre as respostas com caneta. Leve pelo menos três para o caso de alguma falhar.
- Desenhe um círculo em volta da opção de resposta dada pela mãe e preencha o campo de resposta (quadrado à direita) com o código correspondente. Deve-se dar atenção especial ao desenho do círculo de modo que ele não inclua mais do que uma opção de resposta. Lembre-se: o número precodificado é aquele que entra no quadrado correspondente à questão do lado direito da folha. Muito cuidado ao anotar o código da resposta. Problemas nessa etapa são impossíveis de resolver depois.
- Use um X ao lado da questão que tiver merecido algum tipo de esclarecimento por parte do entrevistador ou que tenha merecido alguma observação escrita no questionário.
- Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Use o espaço em branco disponível do questionário, exceto a margem direita, onde serão anotados os códigos da resposta, para isso. Você pode querer dar explicações, tais como: a mãe começou a se inquietar, a mãe riu, a mãe chorou e se recusou a responder a pergunta, etc. Todas as suas observações podem ser úteis.
- Se a mãe mudar de idéia depois de você fizer o círculo em torno de uma opção de resposta, risque-o com uma cruz e circule a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no quadrado específico, faça uma cruz em cima da opção errada, circule a opção correta, apague o erro no campo de resposta com *liquid paper* e escreva o código correto.

V REVISANDO A ENTREVISTA

- Depois de terminada a entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu acurada e completamente. Esse procedimento, mesmo que tome muito tempo, é parte importante do trabalho da entrevistadora, pois essa é a última chance de corrigir erros, anotar algo que tenha sido pulado ou tirar qualquer outra dúvida com a mãe, pois será muito difícil ter oportunidade de encontrá-la novamente. Alguns dos objetivos dessa revisão são:
 - Identificar e corrigir ou explicar erros ou omissões no registro. Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas puladas erradamente e erros ao circular os códigos. Sob a pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros. A maioria deles pode ser corrigida se você faz a revisão logo após a entrevista.
 - Aprender para que os erros não se repitam. Normalmente os erros que ocorrem em uma entrevista tendem a se repetir. Estude seus erros e fique atento para que não aconteçam novamente.
 - Melhorar a caligrafia e escrever as abreviações por extenso.
 - Anotar com caneta de outra cor as dúvidas e problemas que por ventura tenham ocorrido para ser checado com o supervisor.

Boa sorte!!!!

A.3.7. Manual de instrução do estudo principal (parte 2)

Núcleo de Pesquisa das Violências (NUPEVI) - Instituto de Medicina Social / UERJ

Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar

**ESTUDO CASO-CONTROLE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR DURANTE A
GESTAÇÃO COMO UM FATOR DE PROPENSÃO À PREMATURIDADE**

**Manual de instruções
(questões específicas do questionário)**

Claudia Leite Moraes

Michael E. Reichenheim

I FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE CASOS E CONTROLES

1) Informações gerais

- As visitas feitas à maternidade devem respeitar o regulamento estabelecido e se dar de comum acordo com os responsáveis pelos serviços, de modo a não perturbar a rotina e o acompanhamento das mães e recém-nascidos (RN).
- Nós devemos considerar as repercussões de nossos atos dentro do espaço institucional da maternidade, evitando conflitos e desgastes desnecessários tendo em vista os objetivos da pesquisa. Estaremos entrevistando mulheres em seu primeiro dia de puerpério e que, portanto, estão vivendo um momento muito especial de suas vidas. O nascimento de um filho(a) mobiliza sentimentos nem sempre tranquilos. Ansiedade, medo e, principalmente, muitas dúvidas com relação à sua saúde e a de seu neném são sentimentos bastante comuns.
- Devemos respeitar o horário de seu descanso e de seu bebê, dos exames a serem realizados, de sua alimentação, da amamentação, da visita de familiares, etc.
- **A Idade Gestacional (IG)** é uma das informações mais importantes da pesquisa pois é a partir dela que definiremos os casos e os controles do estudo. A IG da criança será calculada, preferencialmente, a partir da ultra-sonografia realizada entre a 7^o e a 18^o semana de gestação e data da última menstruação (DUM) que estiver no prontuário materno. Nem sempre essas informações são disponíveis. Quando não tivermos nem uma nem a outra, devemos tentar colher a informação sobre a DUM com a mãe. Caso esta seja realmente ignorada, a IG será calculada a partir do exame clínico do RN. Nesses casos, a coordenadora da pesquisa deverá ser imediatamente avisada para que ela faça o exame da criança.
- **Hierarquia para a definição da IG**
 - ➔ **Quando a mãe tiver realizado ultra-sonografia entre a 7^o e a 18^o semana de gestação e esta estiver disponível na maternidade, a definição de casos e controles do estudo deve se basear na IG estimada a partir desse exame.**
 - ➔ **Caso a mãe não o tenha realizado durante a gestação, não o tenha realizado nesse período ou se o exame não estiver disponível no momento da entrevista, a definição de casos e controles do estudo se baseará na IG estimada pela DUM.**
 - ➔ **Quando não houver USG nem DUM, a supervisora fará o exame do RN.**

2) Definições importantes

Casos

Todo RN que tenha nascido na maternidade há 48 horas ou menos do momento da entrevista, com IG inferior a 37 semanas e que não apresente nenhum dos fatores de exclusão listados abaixo.

Controles

Criança sorteada entre aquelas que tenham nascido nas últimas 48 horas, que apresente 37 semanas ou mais de idade gestacional estimada, que não apresente nenhum dos critérios de exclusão listados e que tenha realizado USG no período apropriado ou que tenha a DUM conhecida. Para cada caso existirá um controle. Quando a criança sorteada apresentar um dos fatores de exclusão ou quando não for possível calcular a IG pela USG ou DUM, sorteia-se outro RN para controle.

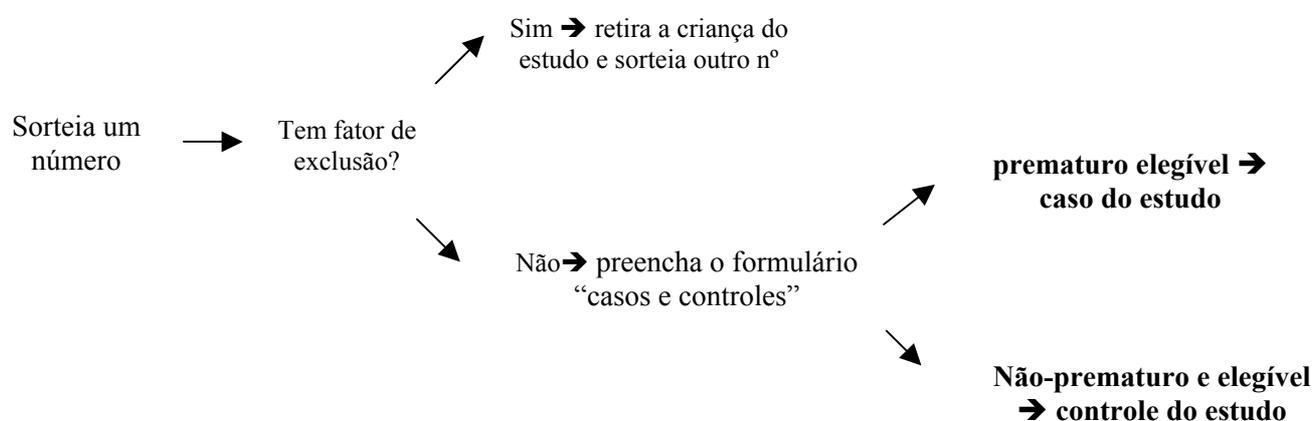
Fatores de exclusão

Problemas de saúde da mãe ou do RN que impossibilitam que os mesmos façam parte da pesquisa. São eles:

- **Mãe:**
 - Diabetes; hipertensão arterial anterior a gestação (DHVC).
- **RN:**
 - Gemelaridade; má-formação congênita grave; síndromes congênitas; sífilis; citomegalovirose; hepatite; toxoplasmose; rubéola; SIDA.

3) Procedimentos gerais para selecionar os casos e controles a serem entrevistados

- O primeiro passo ao chegar na maternidade é pegar o “livro da pesquisa” para saber das intercorrências do dia anterior e qual foi o último RN que entrou no sorteio dos casos.
- Veja nos livros do Centro Obstétrico, quais foram as crianças nascidas desde o sorteio dos casos do dia anterior ou, quando não tiver havido entrevistas no dia anterior, nas últimas 36 horas até a sua chegada na maternidade.
- Liste em ordem cronológica de nascimento e de acordo com seu peso ao nascimento todos os RNs que nasceram desde o último sorteio de casos. Faça uma lista com os que tenham tido peso < 3 Kg e outra com os que tenham tido peso ≥ 3 Kg.
- Numere seqüencialmente os nascimentos para o posterior sorteio das crianças a serem investigadas.
- A captação dos casos do estudo deverá ser, inicialmente, mediante o sorteio de RNs incluindo apenas aqueles com peso < 3 Kg.
- A captação dos controles deverá ser feita através do sorteio incluindo todos os RNs.
- Pegue os prontuários das mães e dos RNs para o preenchimento do formulário “casos e controles”.
- Rotina:



- Obs:**
- Prematuro elegível: RN com IG inferior a 37 semanas que não apresenta nenhum dos fatores de exclusão;
 - Controle elegível: RN com IG maior ou igual a 37 semanas, que não apresenta nenhum dos fatores de exclusão e que tem a IG estimada pela USG ou DUM.

4) Preenchendo o formulário “casos e controles”

Q-1 – Data da entrevista

⇒ Definição: data de realização da entrevista.

⇒ Procedimento: anote a data de realização da entrevista.

Q-2 – N° do prontuário materno

⇒ Definição: n° do prontuário da mãe.

⇒ Procedimento:

- Preencha com o n° do prontuário materno a ser retirado do próprio prontuário.
- Caso essa informação não esteja disponível, use o n° do prontuário do RN e anote ao lado da questão esta decisão.
- Caso nenhuma das informações acima sejam disponíveis, aguarde até o dia seguinte para obtê-las. Anote no livro da pesquisa” o n° do leito e nome da mãe para que a informação seja colhida no dia seguinte.

Q-3 e Q-4 – Data e hora do nascimento da criança

⇒ Definição: Data e hora de nascimento.

⇒ Procedimento: colha as informações mediante consulta ao prontuário do RN. Só serão elegíveis para o estudo aqueles que tiverem 48 horas ou menos de vida no momento da entrevista.

Q-5 - Data da USG (DATAUSG)

⇒ Definição: data da realização da primeira ultra-sonografia realizada entre a 7^a e a 18^a semana de gestação.

⇒ Procedimento:

- Procure o resultado do exame no prontuário materno.
- Caso ele não esteja disponível, pergunte à mãe se ela realizou alguma vez o exame.
- Caso a resposta seja afirmativa, peça para ver todos que estiverem com ela para selecionar o primeiro realizado entre a 7^a e a 18^a de gestação e anote a data de sua realização.
- Caso ele não tenha sido realizado nesse período ou não esteja disponível, pule para a Q-8.

Q-6 - IG na data da USG (IGUSG1)

⇒ Definição: IG na data de realização do primeiro exame entre a 7^a e a 18^a semana de gestação.

⇒ Procedimento:

- Anote a IG estimada pelo exame se esta for entre 7 e 18 semanas. Não esqueça que apenas os exames realizados durante esse período nos interessam.
- Caso tenha sido estimada mais de uma IG, utilize a média entre essas idades (some as idades estimadas e divida pelo n° de estimações).
- Considere apenas as semanas completas.

Q-7 – IG estimada pela ultra-sonografia (IGUSG)

⇒ Definição: IG estimada pela ultra-sonografia.

⇒ Procedimento: a IG será calculada a partir da data do exame, da IG estimada na ocasião e da data do nascimento da criança, segundo as instruções do formulário.

O formulário deve ser preenchido da seguinte forma:

- Nº de dias do mês em que a mulher fez a USG: Preencha com o total de dias entre a data do exame e o último dia daquele mês.
- Nº de meses com 30 dias: preencher com o nº de meses completos com 30 dias que se passaram entre o mês de realização do exame (esse não conta) e o nascimento da criança (esse também não conta). Multiplique esse nº por 30 e escreva esse total no espaço reservado para o nº de dias dessa linha do formulário.
- Nº de meses com 31 dias: preencher com o nº de meses completos com 31 dias que se passaram entre o mês de realização do exame (esse não conta) e o nascimento da criança (esse também não conta). Multiplique esse nº por 31 e escreva esse total no espaço reservado para o nº de dias dessa linha do formulário.
- Nº de dias do último mês de gestação: preencha com o total de dias decorridos entre o primeiro dia do último mês de gestação e a data de nascimento da criança.
- Nº de dias TOTAL (total de dias decorridos entre a data da USG e a data de nascimento da criança): Preencha com a soma dos nº de dias calculados nas etapas anteriores.
- Nº de dias TOTAL ÷ por 7 (IGUSG2 - semanas decorridas entre a data da USG e a data de nascimento da criança): preencha com o resultado da divisão do “Nº de dias TOTAL” por 7. Utilize somente o nº inteiro para descrever o nº de semanas completas entre a data do exame e a do nascimento da criança.
- **IGUSG1**(semanas de gestação na data de realização do exame) + **IGUSG2** (semanas decorridas entre a data de realização do exame e a do nascimento da criança) → **IGUSG** (IG estimada pela ultra-sonografia).
 → É essa a IG estimada que deve ser considerada, preferencialmente, para a definição de casos e controles do estudo.

Q-8 - Data da última menstruação (DUMp)

⇒ Definição: data da última menstruação registrada no prontuário materno.

⇒ Procedimento:

- Essa informação costuma estar na folha de internação da mãe.
- Caso não seja encontrada nessa folha, procurar no restante do prontuário.
- Em geral, encontraremos esta informação como “**DUM**”.
- Caso não esteja disponível, pergunte à mãe e anote ao lado da questão a sua decisão.
- Não esqueça de anotar que a informação é proveniente da mãe pois essa informação será fundamental para a análise de dados.

Q-9 – IG estimada pela DUM do prontuário materno (IGDUMp)

⇒ Definição: IG estimada pela DUM do prontuário materno.

⇒ Procedimento: a IG será calculada a partir da data do nascimento da criança e da DUM, segundo as instruções do formulário.

O formulário deve ser preenchido da seguinte forma:

- Nº de dias do mês do primeiro mês de gestação: Preencha com o total de dias entre a DUM e o último dia desse mesmo mês.
 - Nº de meses com 30 dias: preencher com o nº de meses completos com 30 dias que se passaram entre o da DUM (esse não conta) e o nascimento da criança (esse também não conta). Multiplique esse nº por 30 e escreva esse total no espaço reservado para o nº de dias dessa linha do formulário.
 - Nº de meses com 31 dias: preencher com o nº de meses completos com 31 dias que se passaram entre a DUM (esse não conta) e o nascimento da criança (esse também não conta). Multiplique esse nº por 31 e escreva esse total no espaço reservado para o nº de dias dessa linha do formulário.
 - Nº de dias do último mês de gestação: preencha com o total de dias decorridos entre o primeiro dia do último mês de gestação e a data de nascimento da criança inclusive.
 - Nº de dias TOTAL (total de dias decorridos entre a DUM e o dia do nascimento da criança): Preencha com a soma dos nº de dias calculados nas etapas anteriores.
 - **IGDUMp** (IG estimada pela DUM do prontuário materno) → preencha com o resultado da divisão do “Nº de dias TOTAL” por 7. Utilize somente o nº inteiro para descrever a IG estimada pela DUM em semanas completas.
- Caso não tenha sido possível estimar a IG através da ultra-sonografia, a IG estimada a partir da DUM deve ser considerada para a definição de casos e controles do estudo.

Q-10 – IG da internação

⇒ Definição: IG estimada pelos médicos no momento da internação e registrada no prontuário materno ou do RN.

⇒ Procedimento: essa informação deve ser retirada do prontuário materno ou do RN. Em geral ela se encontra na folha de internação.

Q-11 – Fatores de exclusão:

⇒ Definição: problemas de saúde da mãe e/ou do RN que impossibilitam a inclusão das crianças no estudo.

- Fatores relacionados à mãe
 - ✓ Diabetes: Diabetes Mellitus tipo I ou tipo II (diagnosticada antes ou durante a gestação) e Diabetes gestacional (diagnosticada nessa gestação).

- ✓ Hipertensão arterial anterior à gestação
 - Somente será considerada fator de exclusão do estudo a hipertensão arterial (HA) que tiver sido diagnosticada antes do início da gestação.
 - A HA que tiver sido diagnosticada durante a gestação não é fator de exclusão.
 - A HA que tiver sido diagnosticada apenas em gestação anterior também não é fator de exclusão.

- Fatores relacionados ao RN:

- ✓ Gemelaridade: nascimento de duas ou mais crianças.
- ✓ Má-formação congênita grave: má-formação congênita que tenha sido um dos motivos para internação da criança no CTI neonatal.
- ✓ Síndromes congênitas: crianças que apresentam um conjunto de sinais e sintomas provenientes de alterações em seu código genético.
- ✓ Sífilis neonatal
- ✓ Citomegalovirose
- ✓ Hepatite neonatal
- ✓ Toxoplasmose neonatal
- ✓ Rubéola neonatal
- ✓ SIDA

⇒ Procedimento: as informações sobre a ocorrência dessas patologias costumam estar na folha de internação dos prontuários materno e do RN. Caso haja dúvida, consulte seu colega de maternidade, a equipe médica ou a supervisora do projeto. Anote no quadro dos fatores de exclusão se o diagnóstico é suspeito ou confirmado.

- Fatores relacionados à mãe:

- ✓ Diabetes: pode ser encontrada no prontuário materno com as descrições: diabetes melitos tipo I ou tipo II, DM I, DM II, diabetes insulino-dependente (DMID).
- ✓ Hipertensão arterial anterior à gestação
 - A HA anterior à gestação também pode ser encontrada no prontuário materno com a utilização do termo “doença hipertensiva vascular crônica (DHVC)”.
 - A HA que tiver sido diagnosticada durante a gestação não é fator de exclusão. Nesses casos, ela também pode ser encontrada no prontuário materno com os termos: “doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG)”, “toxemia gravídica”, “pré-eclâmpsia” ou “eclâmpsia”.

- Fatores relacionados ao RN:

✓ Gemelaridade; má-formação congênita grave e síndromes congênitas:

- A informação sobre essas patologias costuma estar no prontuário da criança.
- Caso haja qualquer dúvida, tente esclarecê-la com os médicos do serviço. Se isto não for possível, faça um contato com a supervisora.

✓ Sífilis neonatal; citomegalovirose; hepatite neonatal; toxoplasmose neonatal; rubéola neonatal; SIDA:

- Caso o diagnóstico esteja confirmado no momento da seleção de casos e controles, exclua a criança do estudo.
- Caso o mesmo seja apenas suspeito, converse com o pediatra para ter idéia da probabilidade do diagnóstico ser confirmado e se foram colhidos exames para tal.
- Quando o diagnóstico for apenas suspeito, faça a entrevista e acompanhe a evolução da criança para saber se o diagnóstico será confirmado ou não.
- Anote no “livro da pesquisa” para que todos busquem informações sobre os exames.
- Caso seja confirmado, anote essa informação no questionário (quadro de fatores de exclusão) para que a entrevista não entre no banco de dados.
- Caso contrário, anote no quadro que a hipótese diagnóstica foi descartada pelos médicos para que possamos utilizar a entrevista.
- Qualquer dúvida, ligue para a supervisora.

ATENÇÃO:

A) Quando IGUSG < 37 semanas e <u>não</u> estão presentes os fatores de exclusão	→	CASO DO ESTUDO
B) Quando não existir IGUSG, mas IGDUMp < 37 semanas e <u>não</u> estão presentes os fatores de exclusão	→	CASO DO ESTUDO
C) Quando <u>não</u> existir IGUSG nem IGDUMp, <u>não</u> estão presentes os fatores de exclusão e o RN tem peso < 3Kg	→	NEW BALLARD
D) Quando IGUSG (quando houver) ou IG DUMp >= 37 semanas e <u>não</u> estão presentes os fatores de exclusão	→	POTENCIAL CONTROLE

II INÍCIO DA ENTREVISTA

- Após a definição dos casos e controles a serem investigados, se dirija a uma das mães para dar início à entrevista. Diga à mãe seu nome e a instituição que você representa. Tenha a mão o seu crachá.
- Leia a frase inicial da pág. 4 do questionário para a mãe e passe para a leitura do “termo de consentimento livre e esclarecido”.
- Tenha em mente informações claras sobre o estudo para que você possa tirar alguma dúvida que apareça. Esteja preparada para responder perguntas. Quase sempre elas aparecem antes de você ter a autorização para iniciar a entrevista.
- Tão logo você ache que a mãe está de acordo em participar da pesquisa, convide-a para a sala apropriada (já combinada com a enfermagem) e inicie a entrevista.
- Caso a mãe esteja nas primeiras 24 horas de cesariana, anote no livro que ela foi sorteada para que a entrevista seja realizada no dia seguinte.
- Lembre-se de colocar o nome da mãe e o nº do prontuário no início do questionário, pois sem essas informações a entrevista estará perdida!
- NS, NR e NA
 - NS (não sabe): opção de resposta quando a mãe refere que não sabe responder à pergunta realizada pela entrevistadora.
 - NR (não responde): opção de resposta quando a mãe por qualquer motivo se recusa à responder à pergunta.
 - NA (não se aplica): opção de resposta quando a questão não se aplica àquela mãe.
- Todos os campos que contém números devem ser preenchidos da direita para a esquerda e os campos em branco devem ser preenchidos com zero.
- Não aceite um “não sei ” facilmente. Dê um tempo para que ela possa pensar um pouco mais sobre a pergunta. Diga frases do tipo: “em geral...”, “mais ou menos...”, etc.
- As respostas das perguntas que exigem conversões ou operações numéricas devem ser anotadas nos questionários para serem consolidadas após o término da entrevista.
- Todos os campos de resposta sombreados deverão ser preenchidos após o término da entrevista.
- Caso não seja possível concluir a entrevista, anote no livro o que aconteceu e termine a entrevista no dia seguinte. Caso não seja você a entrevistadora do próximo dia, deixe o questionário dentro do livro e comunique-se com sua colega do dia seguinte para que ela o termine.

III GLOSSÁRIO DE PERGUNTAS

1) Módulo I: “IDENTIFICAÇÃO”

Deve ser preenchido, preferencialmente, através da revisão do prontuário materno.

Q-1 – N° do questionário

⇒ Definição: nº de ordem do questionário.

⇒ Procedimento: Já virá preenchido pela supervisora.

Q-2 – Bairro

⇒ Definição: bairro de moradia da mãe registrado no prontuário materno.

⇒ Procedimento: colher a informação na parte de identificação do prontuário materno e escreva no espaço apropriado. Caso não conste do prontuário e não seja possível descobrir a partir do endereço materno, anote ignorado. O campo sombreado deverá ser preenchido posteriormente pela supervisora.

Q-3 – Município

⇒ Definição: município de residência da mãe.

⇒ Procedimento: colher a informação na parte de identificação do prontuário materno. O campo sombreado deverá ser preenchido posteriormente pela supervisora. Caso não conste do prontuário e não seja possível descobrir a partir do endereço materno, digite 00 – ignorado.

Q-4 – N° do prontuário

⇒ Definição: n° do prontuário materno.

⇒ Procedimento:

- Preencha com o n° do prontuário materno a ser retirado do próprio prontuário.
- Caso essa informação não esteja disponível, use o n° do prontuário do RN e anote ao lado da questão esta decisão.
- Caso nenhuma das informações sejam disponíveis, aguardar até o dia seguinte para obtê-las.
- Anote no “livro da pesquisa” o n° do leito e nome da mãe para que a informação seja colhida no dia seguinte.
- ATENÇÃO: o n° do prontuário materno /RN é uma informação imprescindível para que seja possível a identificação do questionário. Não deixe de preencher esse campo!

Q-5 – Nome do entrevistador

⇒ Definição: nome da entrevistadora

⇒ Procedimento: preencha com o nome da entrevistadora que está realizando a entrevista. Não esqueça de preencher pois é fundamental a identificação de cada questionário.

Q-6 – Local da entrevista

⇒ Definição: maternidade que está sendo realizada a entrevista.

⇒ Procedimento: preencha com o n° correspondente à maternidade que está realizando a entrevista.

Q-7 – Data da entrevista

⇒ Definição: data que está sendo realizada a entrevista.

⇒ Procedimento: preencha com a data que está realizando a entrevista.

2) Módulo II: “CARACTERÍSTICAS DO RN”

A ser preenchido, preferencialmente, através da revisão do prontuário do RN. Caso haja dúvida, consulte o pediatra de plantão levando o prontuário da criança.

Q-8 – Data de nascimento da criança

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preencha com a data de nascimento registrada no prontuário da criança.

Q-9 – Hora de nascimento

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preencha com a hora de nascimento registrada no prontuário da criança.

Q-10 – Sexo

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preencha com sexo da criança registrado em seu prontuário.

Q-11 – Peso ao nascer

⇒ Definição: peso da criança logo após o nascimento.

⇒ Procedimento: preencha com o peso de nascimento registrado no prontuário da criança.

Q-12 – Comprimento do RN

⇒ Definição: comprimento da criança mensurado após o nascimento.

⇒ Procedimento: preencha com o comprimento da criança registrado em seu prontuário.

Q-13 – Tipo de parto

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preencha com o tipo de parto registrado no prontuário da criança. Caso não tenha a informação pergunte à mãe quando iniciar a entrevista.

Q-14 e Q-15– Problema de saúde ao nascimento

⇒ Definição: problema de saúde identificado desde o seu nascimento.

⇒ Procedimento: procure no prontuário da criança o registro de algum problema de saúde suspeito ou confirmado. Caso não tenha nada registrado, a resposta é “0. Ignorado”. Caso existam dúvidas, consulte os pediatras ou a supervisora.

3) Módulo III: “CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CULTURAIS E HISTÓRIA REPRODUTIVA MATERNA”

Q-16 – Início da entrevista

⇒ Definição: hora de início da entrevista.

⇒ Procedimento: preencha com a hora que está se iniciando a entrevista com a mãe, após a sua autorização para início da entrevista.

Q-17 – Data de nascimento da mãe

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preencha com a data de nascimento materno informada pela mesma.

Q-18 – Anos completos

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preencha com a idade materna informada pela mesma.

Q-19 – Peso antes de engravidar

⇒ Definição: peso pré-gestacional relatado pela mãe.

⇒ Procedimento: preencha com o peso informado pela mesma. Caso ela não tenha certeza do peso, preencha com o peso aproximado.

Q-20 - N° de gestações

⇒ Definição: n° total de gestações incluindo a última.

⇒ Procedimento: preencha com o n° de gestações informado pela mesma. Devem ser consideradas todas as gestações, inclusive os abortamentos. Caso “1”, pule para a Q-28.

Q-21 – Filhos vivos

⇒ Condição: só deverá ser preenchida caso a Q-20 tenha sido diferente de “1”.

⇒ Definição: n° de filhos que tenham nascido vivos.

⇒ Procedimento: preencha com o n° de filhos vivos relatados pela mãe. Caso “nenhum”, pule para a Q-25.

Q-22 – Filhos que vivem com ela

⇒ Condição: só deverá ser preenchida caso a Q-21 tenha sido diferente de “nenhum”.

⇒ Definição: filhos que moram a maior parte do tempo com ela. O RN não conta.

⇒ Procedimento: preencha com o n° de filhos que moram a maior parte do tempo com mãe.

Q-23 – História anterior de prematuridade entre os filhos

- ⇒ Condição: só deverá ser preenchida caso a Q-20 tenha sido diferente de “1” e a Q-21 diferente de “nenhum”.
- ⇒ Definição: nº de filhos anteriores que tenham nascido com menos de 37 semanas de gestação (prematuros).
- ⇒ Procedimento: faça a primeira pergunta da questão. Caso a resposta da mãe seja positiva, pergunte quantos foram e preencha com nº de filhos anteriores que tenham nascido prematuros segundo a informação da mãe.

Q-24 - História anterior de baixo peso ao nascer entre os filhos

- ⇒ Condição: só deverá ser preenchida caso a Q-20 tenha sido diferente de “1” e a Q-21 diferente de “nenhum”.
- ⇒ Definição: nº de filhos anteriores que tenham nascido com menos de 2500 gramas.
- ⇒ Procedimento: faça a primeira pergunta da questão. Caso a resposta da mãe seja positiva, pergunte quantos foram e preencha com nº de filhos anteriores que tenham nascido com menos de 2500 gramas.

Q-25 – N° de filhos mortos

- ⇒ Condição: só deverá ser preenchida caso a Q-20 tenha sido diferente de “1”.
- ⇒ Definição: nº de filhos anteriores que tenham nascido mortos, ou seja, que não tenham tido nenhum minuto de vida.
- ⇒ Procedimento: preencha com nº de filhos anteriores que tenham nascido mortos relatado pela mãe.

Q-26 – Aborto anterior

- ⇒ Definição: nº total de abortos anteriores , independente se espontâneos ou provocados.
- ⇒ Procedimento: preencha com nº de abortos anteriores relatados pela mãe.

Q-27 – Abortos espontâneos

- ⇒ Condição: só deverá ser preenchida caso a Q-26 tenha sido diferente de “nenhum”.
- ⇒ Definição: nº de abortos espontâneos (não-provocados) anteriores.
- ⇒ Procedimento: preencha com nº de abortos espontâneos (não-provocados) anteriores relatados pela mãe.

Q-28 – IG da mãe

- ⇒ Definição: pretende captar a história de nascimento prematuro da mãe.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-29 – Peso ao nascimento materno

- ⇒ Definição: pretende captar a história de baixo peso ao nascimento (< 2500g) da mãe.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-30 – Quadro de moradores

⇒ Definição: pretende captar todos os moradores do domicílio materno.

⇒ Procedimento:

- Escreva o nome de todas as pessoas que morem ou que tenham morado a maior parte da gestação no domicílio materno, independente do grau de parentesco. O domicílio de interesse é aquele que ela habitava durante a maior parte da gestação.
- Para o posterior sorteio e aplicação das CTSS, listar os parentes seguindo a ordem: mãe → companheiro → outros adultos → filhos/enteados → outras crianças → não parentes.
- Os moradores não parentes devem ser listados na área sombreada pois esses não são elegíveis para aplicação das CTSS.

Q-31 – N° de crianças menores de 1 ano

⇒ Definição: pretende captar todas as crianças com menos de 1 ano que morem no domicílio materno independente do grau de parentesco.

⇒ Procedimento: preencha no final da entrevista a partir do quadro de moradores da Q-30.

Q-32 – N° de crianças de 1 a 4 anos

⇒ Definição: pretende captar todas as crianças com idade entre 1 e 4 anos que morem no domicílio materno independente do grau de parentesco.

⇒ Procedimento: preencha no final da entrevista a partir do quadro de moradores da Q-30.

Q-33 – N° de crianças com idade entre 5 e 9 anos

⇒ Definição: N° de crianças com idade entre 5 e 9 anos que morem no domicílio materno independente do grau de parentesco.

⇒ Procedimento: preencha no final da entrevista a partir do quadro de moradores da Q-30.

Q-34 – N° de pessoas com idade entre 10 e 19 anos

⇒ Definição: N° de crianças com idade entre 10 e 19 anos que morem no domicílio materno independente do grau de parentesco.

⇒ Procedimento: preencha no final da entrevista a partir do quadro de moradores da Q-30.

Q-35 – N° de pessoas com idade entre 20 e 49 anos

⇒ Definição: N° de crianças com idade entre 20 e 49 anos que morem no domicílio materno independente do grau de parentesco.

⇒ Procedimento: preencha no final da entrevista a partir do quadro de moradores da Q-30.

Q-36 – N° de pessoas com 50 anos ou mais

⇒ Definição: N° de crianças com 50 anos ou mais que morem no domicílio materno independente do grau de parentesco.

⇒ Procedimento: preencha no final da entrevista a partir do quadro de moradores da Q-30.

Q-37 – Viver com companheiro

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preencha no final da entrevista a partir do quadro de moradores da Q-30.

Q-38 – Escolaridade materna

⇒ Definição: último ano de escolaridade completado pela mãe.

⇒ Procedimento: preencha com a última série e grau completos quando for 1º ou 2º grau. Quando tiver escolaridade superior ao segundo grau completo, escolha uma das opções de resposta descritas no questionário (30. terceiro grau incompleto; 31. Terceiro grau completo)

Q-39 – Cor da mãe

⇒ Definição: cor de pele que a mãe se identifica.

⇒ Procedimento: leia todas as opções para a mãe para que ela possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação.

Q-40 – Situação conjugal

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: leia todas as opções para a mãe para que ela possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação.

*** OBS: Q-41 à Q-43**

As Q-41 à Q-43 só serão preenchidas caso a mãe viva c/companheiro, tenha companheiro mas não viva com ele ou tenha se separado dele durante a gestação.

Q-41 - Escolaridade do companheiro

⇒ Definição: último ano de escolaridade finalizado pelo companheiro.

⇒ Procedimento: preencha com a última série e grau finalizados pelo companheiro.

Q-42– Trabalho do companheiro durante a gestação

⇒ Definição: se o companheiro exerceu alguma atividade produtiva durante a gestação da mãe.

⇒ Procedimento: auto-explicativa

Q-43 – Atividade produtiva do companheiro

⇒ Condição: só deverá ser preenchido caso a resposta à Q-42 seja positiva.

⇒ Definição: atividade profissional mais duradoura do companheiro durante a gestação.

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

* **OBS: Q-44 à Q-46**

Q-44 à Q-46: caso a mãe tenha companheiro, pule para a Q-47.

Q-44 – Ocorrência de relacionamento amoroso durante a gestação (aaa)

⇒ Condição: caso a mãe viva com companheiro, não faça essa questão.

⇒ Definição: ocorrência de qualquer relacionamento amoroso durante a gestação.

⇒ Procedimento: faça esta pergunta apenas para as mães que relatarem não ter tido companheiro durante toda a gestação.

Q-45 – Relacionamento mais duradouro durante a gestação

⇒ Condição: caso a mãe viva com companheiro, não faça essa questão.

⇒ Definição: relação amorosa mais duradoura durante a gestação. Esta relação pode ter sido com o pai do RN ou com outra pessoa.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

⇒ OBS: em geral, os ex-companheiros e ex-namorados são os principais perpetradores de violência contra a mulher. Detalhar o máximo possível o tipo de relacionamento. Selecionar o relacionamento mais duradouro ocorrido durante a gestação, pois esse será o alvo de nosso interesse no módulo de hábitos de vida e violência familiar.

Q-46 – Escolaridade da relação amorosa mais duradoura

⇒ Condição: só deverá ser preenchido caso a resposta à Q-44 seja positiva.

⇒ Definição: último ano de escolaridade finalizado pela relação amorosa mais duradoura da gestação (aaa).

⇒ Procedimento: preencha com a última série e grau finalizados por aaa. Vide Q-38.

4) Módulo IV: “GESTAÇÃO ATUAL”

Q-47 – Satisfação materna com a gestação

⇒ Definição: grau de satisfação da mãe quando soube que estava grávida.

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-48 - Satisfação paterna com a gestação

⇒ Definição: grau de satisfação do pai do RN com a gestação quando soube que mãe estava grávida.

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-49 e 50 – Problema de saúde materno anterior à gestação

⇒ Definição: problema de saúde presente nos últimos doze meses antes do início da gestação que necessitasse acompanhamento médico.

⇒ Procedimento: descrever os problemas de saúde presentes no ano anterior à gestação relatados pela mãe.

Q-51– Data da última menstruação

⇒ Condição: caso ignorada, pule para a Q-54.

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: pergunte novamente para a mãe a DUM para dar seqüência às próximas questões.

Q-52 – Características da menstruação

⇒ Definição: se a última menstruação veio com as mesmas características com relação ao aspecto (cor), volume (quantidade de sangramento) e duração (nº de dias da menstruação) das anteriores

⇒ Procedimento: sonde com a mãe a possibilidade dessa “última menstruação” não ser menstruação e, sim, a outro tipo de sangramento. Pergunte quanto às características da definição.

Q-53 – Regularidade do ciclo

⇒ Definição: dia próximo, definido por diferenças de, no máximo, 7 dias entre o dia do mês de uma menstruação e outra.

⇒ Procedimento: caso a mãe responda que a menstruação não costuma “*vir certinha*”, pergunte se as diferenças de dias do mês entre uma e outra costumam ser maiores do que 7 dias.

Q-54 – Realização de pré-natal

⇒ Definição: não importa o nº de consultas realizadas. Caso ela tenha ido a pelo menos uma consulta, já consideramos a resposta positiva.

⇒ Procedimento: auto-explicativa. Caso a mãe não tenha realizado pré-natal, pule para a Q-63.

*** OBS: Q-55 à Q-74**

Instruções:

- Tem cartão?

- Não → todas as informações serão colhidas com a mãe.

- Sim → teve consulta anterior que não está registrada no cartão?

- ✓ Não → informações do cartão.

- ✓ Sim → a consulta do cartão foi nos primeiros três meses de gestação?

- Sim → colhe-se as informações do cartão. Incorpore as consultas anteriores às descritas no cartão para responder a Q-61.

- Não → desconsidere o cartão nas Q-55 à Q-60. As repostas à essas questões devem se basear nas informações da mãe sobre a primeira consulta real. A Q-61 deve ser preenchida com o número de consultas do cartão mais as anteriores. Considere preferencialmente o cartão para as Q-63 à Q-74.

- Q-63, Q-64, Q-65 e Q-66 – em situações onde a mãe se recorde de um peso mais recente do que o registrado no cartão, proceda da seguinte forma: caso o último peso registrado no cartão tenha sido há menos de 1 mês da data da entrevista, utilize esse peso para responder a essas questões. Caso o peso tenha sido há mais de um mês da entrevista, utilize a informação da mãe.

Q-55 - Início do pré-natal

⇒ Definição: mês de gestação que a mãe realizou a primeira consulta de pré-natal.

⇒ Procedimento:

- Siga as orientações da OBS Q-55 à Q-74 acima.
- Caso a informação seja em semanas, divida o nº de semanas por 4 para calcular o mês de gravidez do início do pré-natal no final da entrevista.

Q-56 – Fonte da informação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: anote a fonte da informação da questão anterior.

Q-57 – Data da primeira consulta do pré-natal

⇒ Definição: data da primeira consulta registrada no cartão quando ela tiver sido realizada no primeiro trimestre da gestação (primeiras 12 semanas) ou relatada pela mãe (primeira consulta real) quando a primeira consulta do cartão tiver sido após as 12 semanas e ela tenha realizado consulta anterior à do cartão ou quando ela não tiver cartão.

⇒ Procedimento:

- Preferencialmente veja algum documento do pré-natal. Explore a possibilidade da primeira consulta do pré-natal ter sido anterior a que está descrita no cartão.
- Quando a primeira consulta do cartão for no primeiro trimestre de gestação, escreva essa data no campo de resposta. Quando a primeira consulta do cartão não for no primeiro trimestre e a mãe tiver realizado consultas anteriores às descritas no cartão, escreva a data da primeira consulta real no campo de resposta.
- Caso ela não tenha realizado consulta anterior, preencha com a data do cartão.
- Caso a mãe não possua nenhum documento do pré-natal, colha a informação com ela mesma.
- Qualquer dúvida, consulte a OBS Q-55 à Q-74 acima.

Q-58 – Fonte da informação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: anote a fonte da informação da questão anterior.

Q-59 – Peso na primeira consulta do pré-natal

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento:

- Peso registrado no cartão caso a primeira consulta do cartão tenha sido realizada no primeiro trimestre de gestação ou quando a mãe não tiver realizado nenhuma consulta anterior às registradas no mesmo.
- Peso informado pela mãe quando não tiver cartão ou quando a consulta registrada no cartão for no 2º ou 3º trimestre de gestação e ela tiver tido consulta anterior.

Q-60– Fonte da informação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: anote a fonte da informação da questão anterior.

Q-61 – N° de consultas pré-natais

⇒ Definição: n° aproximado de consultas pré-natais.

⇒ Procedimento: caso ela não tenha realizado nenhuma consulta anterior às registradas no cartão, colha a informação do cartão. Caso ela relate consultas anteriores às registradas, some essas consultas às descritas no cartão e preencha o campo de resposta com o total de consultas realizadas. Caso ela não tenha cartão, colha as informações com a mãe.

Q-62 – Fonte da informação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: anote a fonte da informação da questão anterior. Escolha o código de “ambas” quando a informação for a soma do n° de consultas registradas com o das não registradas no cartão.

Q-63 – Data do último peso materno antes do nascimento do bebê

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preferencialmente veja algum documento do pré-natal. Caso a mãe não possua, colha a informação com ela mesma. Siga as orientações da OBS Q-55 à Q-74 acima

Q-64– Fonte da informação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: anote a fonte da informação da questão anterior.

Q-65 – Último peso antes do nascimento do bebê

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: preferencialmente veja algum documento do pré-natal. Caso a mãe não possua, colha a informação com ela mesma. Siga as orientações da OBS Q-55 à Q-74 acima

Q-66– Fonte da informação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: anote a fonte da informação da questão anterior.

Q-67 à 72 – problemas de saúde durante a gestação

⇒ Definição: auto-explicativas.

⇒ Procedimento: preferencialmente veja algum documento do pré-natal. Caso a mãe não possua, colha a informação com ela mesma. Pergunte a ela se teve cada um dos problemas de saúde listados no quadro.

Q-73 – Fonte de informação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: anote a fonte da informação da questão anterior.

Q-74 – Outros problemas de saúde durante a gestação

⇒ Definição: outros problemas de saúde diagnosticados durante a gestação que tenham necessitado controle médico.

⇒ Procedimento: preferencialmente ver algum documento do pré-natal. Caso a mãe não possua, colher a informação com ela mesma.

5) Módulo V: “HÁBITOS DE VIDA”

- Esse módulo se refere ao consumo de álcool e drogas pela mãe e seu companheiro ou relação amorosa mais duradoura durante a gestação. Por se tratar de um assunto delicado, as perguntas de interesse vêm permeadas por perguntas “facilitadoras” da entrevista.
- Pessoa elegível para as questões do módulo de **hábitos de vida** e violência familiar:
 - Prioritariamente o companheiro atual (que mora com mãe).
 - Caso não haja, a pessoa com quem a mãe tenha tido uma relação amorosa durante a gestação deve ser considerada.
 - Em caso de ter havido mais de uma pessoa nessa situação escolher a relação mais duradoura para ser o alvo das perguntas.
 - Somente deverão ser puladas as Q-75 a Q-106 se a mãe não tiver tido nenhuma relação amorosa durante a gestação.
- Atenção: devemos valorizar todos os aspectos das respostas da mãe que nos levem a considerar como positiva sua resposta. Quando ocorrer um “sim” a apenas uma parte da pergunta ou a algo parecido com o que a questão está perguntando, a resposta deve ser “sim” (Ex. Q-81: “As pessoas aborrecem seu companheiro porque criticam o modo dele beber?”. A mãe pode responder: “elas falam, mas ele nem liga” ou “Não aborrecem ele, mas reclamam comigo o tempo todo...”). Todas essas respostas indicam que há algum tipo de recriminação social pelo consumo de álcool e, é isso, que nos interessa. Em ambos os casos a resposta a ser marcada é SIM.

Q-75 a 76 - questões facilitadoras da entrevista**Q-77 – consumo de álcool**

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: Caso a resposta seja “não”, pergunte: “nem de vez em quando ou em situações especiais?”. Se após isso a mãe declarar que o companheiro ou aaaa é completamente abstinente, pule para a Q-94.

Q-78 – diminuição do consumo de álcool

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: valorize qualquer resposta que denote preocupação com o excesso de bebida. Nem sempre a mãe responderá diretamente o que foi perguntado. Você deve ficar atenta para captar as respostas que

indiquem a preocupação do companheiro. Não devemos mostrar espanto nem desconfiança com as respostas da mãe. Um olhar desaprovador pode constrangê-la a falar sobre o assunto.

Q-79 e Q-80 – Questões facilitadoras

Q-81 - Pessoas aborrecendo o companheiro

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: idem Q-78.

Q-82 – preocupação dos familiares com o consumo

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: idem Q-78

Q-83 e Q-84 – Questões facilitadoras

Q-85– Consumo de álcool pela manhã

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: idem Q-78.

Q-86 e Q-87 - Questões facilitadoras

Q-88 e Q-89 – Culpa e esquecimento pelo excesso de bebida

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: idem Q-78

Q-90 – Bebida mais usada pelo companheiro

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: auto-explicativo

Q-91 – Consumo de álcool durante a gestação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: mesmo que a mãe diga que é “pouco”, “só de vez em quando”, “socialmente” ou algo assim, a resposta deve ser considerada positiva.

Q-92 - Questão facilitadora

Q-93 – N° de doses consumidas quando costuma beber

⇒ Definição: n° de doses que, em geral, costuma beber em um dia típico de consumo de álcool.

⇒ Procedimento: adapte o discurso da mãe à tabela de correspondência de doses descritas no questionário. Caso ela tenha dúvida, diga que é “em geral”. Não aceite um “não sei” de cara.

Q-94 e Q-95 – Questões facilitadoras

Q-96 à Q-105 – Consumo de drogas pelo companheiro

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento:

- Fale pausadamente o texto em itálico para introduzir o assunto.
- Siga a ordem das perguntas.
- As perguntas sobre frequência de consumo (b) só devem ser feitas caso a mãe responda positivamente sobre o consumo das drogas (a).
- Inicie as perguntas sobre o consumo dizendo a ela a janela temporal a que estamos nos referindo. Ex. “Antes de sua gestação...seu companheiro usava tranqüilizantes...”.
- As opções de resposta das questões “b” (frequência mensal do consumo) devem ser lidas para a mãe.

Q-106 – Preocupação com o uso de drogas

⇒ Condição: a pergunta só deverá ser feita caso a mãe relate uso de drogas pelo companheiro.

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-107 e Q-108 – Questões facilitadoras**Q-109 – Consumo de álcool pela mãe**

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: atenção - a mãe pode estar se referindo ao período da gestação, porém, o que estamos interessados é em seu hábito em geral. Caso ela responda negativamente, confirme se ela não bebia mesmo antes da gestação.

Q-110 – Diminuição do consumo de álcool

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: valorize qualquer resposta que denote preocupação com o excesso de bebida. Nem sempre a mãe responderá diretamente o que foi perguntado. Você deve ficar atenta para captar as respostas que indiquem sua preocupação com o consumo exagerado. Não devemos mostrar espanto nem desconfiança com as respostas da mãe. Um olhar desaprovador pode constrangê-la a falar sobre o assunto.

Q-111 e Q-112 – Questões facilitadoras**Q-113 - Pessoas aborrecendo a mãe**

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: idem Q-110.

Q-114 – Preocupação dos familiares com o consumo

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: idem Q-110.

Q-115 e Q-116 – Questões facilitadoras**Q-117 – Consumo de álcool pela manhã**

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: idem Q-110.

Q-118 e Q-119 - Questões facilitadoras**Q-120 e Q-121 – Culpa e esquecimento pelo excesso de bebida**

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: idem Q-110.

Q-122 – Questão facilitadora**Q-123 – N° de doses consumidas**

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: adapte o discurso da mãe à tabela de correspondência de doses descritas no questionário. Caso ela tenha dúvida, diga que é “em geral” ou algo assim. Não aceite um “não sei” de cara.

Q-124 – Consumo de cigarro antes da gestação

⇒ Definição: consumo de qualquer quantidade de cigarros nos 12 meses anteriores à descoberta da gestação.

⇒ Procedimento: Caso a resposta seja negativa, confirme com a mãe se ela, realmente, não fumava nenhum cigarro. Às vezes, as pessoas negam o consumo de cigarro porque acham que consomem uma quantidade de cigarros que não caracteriza a dependência do fumo.

Q-125 - Consumo materno de cigarros durante a gestação

⇒ Definição: consumo de qualquer quantidade de cigarros durante a gestação.

⇒ Procedimento: idem Q-124.

Q-126 e Q-127 – N° de cigarros em média fumados por trimestre

⇒ Definição: quantidade média de cigarros fumados por dia durante o primeiro (Q-126) e último (Q-127) trimestre da gestação.

⇒ Procedimento: ler as opções para a mãe.

Q-128 à Q-133 – Consumo de álcool, frequência e n° de doses do consumo antes e durante a gestação

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento:

- Caso a mãe tenha se declarado completamente abstinência, vá para a Q-134.
- Caso a pergunta “a” tenha uma resposta negativa, não faça as perguntas “b” e “c” da janela temporal correspondente. Ex. “Antes de sua gestação...V/S bebia algum tipo de bebida alcoólica?”. Caso a

resposta seja positiva, faça as questões “b” e “c”. Caso seja negativa, não faça as perguntas “b” e “c”, pule para a próxima janela temporal e siga a mesma orientação.

- Comece as questões com a janela temporal a que você está se referindo. As opções de resposta da pergunta “b” devem ser lidas para a mãe. As opções de resposta são:
 - ✓ b) Tipos de bebidas: 1. cerveja/chope; 2. aguardente; 3. whisky; 4. licor; 5. vinho; 6. batidinha.
 - ✓ c) Doses: uma dose de bebida alcóolica corresponde a, por exemplo, uma lata ou meia garrafa de cerveja, 1 chope, 1 copo de vinho, 1 dose de whisky, cachaça ou outros destilados ou 1 copo de caipirinha.

Q-134 à Q-153 – Consumo de drogas pela mãe

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: orientação semelhante à das Q-96 à Q-105.

Q-154 – preocupação com o uso de drogas

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: orientação semelhante à da Q-106.

6) Módulo VI: “TRABALHO MATERNO”

Q-155 e Q-156– Trabalho materno antes da gestação

⇒ Definição: qualquer atividade produtiva remunerada realizada fora de casa nos meses anteriores à descoberta da gestação.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-157 – Trabalho materno durante a gestação

⇒ Definição: qualquer atividade produtiva remunerada, no mercado formal ou informal, realizada fora de casa durante a gestação, mesmo que tenha sido durante apenas um período da gestação.

⇒ Procedimento: caso a resposta seja negativa, confirme com a mãe se realmente ela não trabalhou durante nenhum momento durante a gestação. Afirme que mesmo que ela não tenha trabalhado muito tempo ou que o trabalho tenha sido na economia informal, ela deve responder positivamente à questão. Caso a resposta seja “0” ou “8”, pule para a Q-160.

Q-158 – Mês de gestação em que parou de trabalhar

⇒ Condição: a pergunta só deverá ser feita para as mães que responderam positivamente à Q-157.

⇒ Definição: nº de meses de gestação que a mãe estava no momento que parou de trabalhar.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-159 – Trabalho realizado na gestação

⇒ Condição: a pergunta só deverá ser feita para as mães que responderam positivamente à Q-157.

⇒ Definição: qual o trabalho que ela realizou por mais tempo durante a gestação.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

7) **Módulo VII: “VIOLÊNCIA FAMILIAR”**

- Esse é o módulo mais importante da pesquisa e, também, o que traz as questões mais delicadas...
- Antes de iniciar o módulo, leia pausadamente o texto em itálico de introdução ao tema presente no questionário.
- Certifique-se de que ninguém mais esteja escutando a entrevista.
- Tente deixá-la à vontade, sublinhe a importância das questões e a confidencialidade das informações.
- O módulo se inicia com perguntas diretas sobre a ocorrência de violência familiar e depois partimos para aplicação das CTSs
- Leia adiante os procedimentos para a escolha/sorteio das relações a serem investigadas. Essa seqüência de procedimentos também está presente na cartela cinza.

Q-160 – abuso físico ou psicológico por companheiro durante toda a vida

⇒ Definição: maltrato físico (agressão física independente da gravidade) e psicológico (xingar; depreciar, insultar; impedir contato com família e amigos, etc.).

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-161 – Abuso físico nos últimos doze meses

⇒ Definição: bater, esbofetear, chutar, machucar desde o dia e mês do ano anterior à realização da entrevista até a data da mesma.

⇒ Procedimento: auto-explicativa. Caso 0 ou 8, pule para a Q-184.

Q-162 – Agressor dos últimos doze meses

⇒ Condição: só fazer essa pergunta para aquelas mães que responderam positivamente à Q-161.

⇒ Definição: quem foi o perpetrador da violência sofrida nos últimos doze meses.

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-163 – N° de vezes que aconteceu

⇒ Condição: só fazer essa pergunta para aquelas mães que responderam positivamente à Q-161.

⇒ Definição: auto-explicativa

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-164 – Violência física durante a gestação

⇒ Condição: só fazer essa pergunta para aquelas mães que responderam positivamente à Q-161.

⇒ Definição: ocorrência de violência física durante a gestação.

⇒ Procedimento: auto-explicativa. Caso 0 ou 8, pule para a Q-184.

Q-165 – Agressor durante a gestação

⇒ Condição: só fazer essa pergunta para aquelas mães que responderam positivamente à Q-164.

⇒ Definição: quem foi o perpetrador da violência sofrida durante a gestação.

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-166 – N° de vezes que aconteceu

⇒ Condição: só fazer essa pergunta para aquelas mães que responderam positivamente à Q-164.

⇒ Definição: auto-explicativa

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-167 à Q-182 – Tipos de abuso físico sofridos pela gestante

⇒ Condição: essas perguntas só devem ser feitas para aquelas mães que responderam positivamente à Q-164.

⇒ Definição: tipos de violência física que a gestante pode ter sofrido durante a gestação.

Definições importantes:

- Ameaça de maus-tratos/agressão inclusive com arma – apenas ameaçou mas não houve agressão.
- Empurrão sem machucado, ferimento ou dor duradoura – empurrou mas não houve ferimento ou dor que continuassem até o dia seguinte.
- Machucado/ “mancha roxa”- marcas visíveis mesmo após a momento da agressão.
- Corte e/ou dor contínua – corte ou dor que permaneceu por mais de 24 horas após a agressão.
- Espancamento – vários dos atos anteriores em várias partes do corpo.
- Contusões graves – que tenha necessitado procura de serviço de saúde.
- Ossos quebrados – fratura em qualquer osso decorrente da violência.
- Danos/problemas na cabeça – agressão em que o alvo principal foi a cabeça.
- Danos/problemas em órgãos internos – problemas em coração, pulmão, rins, intestino, fígado, pâncreas, estômago, bexiga e sistema reprodutor, decorrentes da agressão.
- Danos permanentes – danos que deixaram seqüela permanente.
- Uso de arma – uso de arma branca (faca, navalha, etc.) ou de fogo (revolver, pistola, fuzil, etc.).
- Ferimento por arma – ferimento decorrente de agressão por arma.

⇒ Procedimento: após ter identificado o episódio mais marcante ocorrido durante a gestação através das pergunta não numerada anterior a esta, pergunta-se se cada uma das ações listadas no quadro aconteceu durante esse episódio. Caso tenha acontecido, marque “1”. Caso não tenha acontecido, marque “0”. As outras opções são: NS; NR; e NA.

Q-183– Tipologia da violência

- ⇒ Condição: só se aplica quando a resposta da Q-164 tiver sido positiva.
- ⇒ Definição: Ao lado de cada ato violento do quadro comentado na questão anterior se encontra uma tipologia que busca identificá-los de acordo com sua gravidade. Essa questão identifica a tipologia mais grave (com maior número) ocorrida no episódio mais marcante. Preencher no final da entrevista.
- ⇒ Procedimento: Identificar qual a numeração mais alta ocorrida no episódio de violência. Ex. caso tenha havido soco (tipologia 3), queimaduras (4), e danos permanentes (5), a opção a ser digitada é “5”.

Q-184 – Violência sexual na gestação

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-185 – Agressor sexual durante a gestação

- ⇒ Condição: só fazer essa pergunta para aquelas mães que responderam positivamente à Q-184.
- ⇒ Definição: perpetrador da violência sexual durante a gestação.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-186 – N° de vezes que aconteceu

- ⇒ Condição: só fazer essa pergunta para aquelas mães que responderam positivamente à Q-184.
- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-187 – Medo do companheiro ou outro

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: fazer essa pergunta à todas as mulheres entrevistadas independente do relato de ocorrência de violência. Caso a resposta seja positiva, descreva de quem ela tem medo.

Aplicação das CTS

- 1) Após a Q-187, consulte a sequência de procedimentos descrita na cartela cinza ou na próxima página do manual para a definição das relações a serem investigadas.
- 2) Leia para a mãe o texto em itálico de introdução das CTS presente após a Q-187.
- 3) Consulte a tabela de moradores/parentes no domicílio na página 5 do questionário para realizar o possível “sorteio” das relações a serem investigadas.
- 4) Quando necessário, peça para a mãe escolher um nº aleatório (entre parênteses, em itálico, abaixo do nº de ordem) dentre aqueles correspondentes aos indivíduos que poderiam formar a relação de interesse. Repita o procedimento quantas vezes forem necessárias até que seja sorteada uma relação adequada. Cuidado para não esquecer parentes que estejam fora da ordem no quadro de moradores! Esses números não podem ficar de fora do sorteio.

- 5) Descreva no quadro das CTSs as relações familiares investigadas, as CTSs pertinentes a cada uma delas e se a relação era a única possível, se foi sorteada ou se foi escolhida pela mãe.
- 6) Leia o quadro com as instruções presentes em cada CTS.
- 7) Leia as perguntas pausadamente para que a mãe possa ter tempo para responder. Não mude o texto das perguntas!!!. Caso a mãe não tenha compreendido a questão repita o enunciado da questão. Não tente explicar com as suas palavras!!!
- 8) As questões que abordam violência física e psicológica devem ser seguidas da pergunta “Isso aconteceu mais de uma vez durante a gestação?”. Essas questões já apresentam essa frase em seu texto.
- 9) A Q-3 de todas as CTSs dizem respeito às pessoas que compõem as relações que estão sendo investigadas. Escreva no espaço correspondente o nome e o parentesco com a mãe desses indivíduos.

Q-188 à Q-191 – Forma de identificação das relações a serem investigadas

- ⇒ Definição: as relações investigadas podem ter sido escolhidas pela mãe, quando ela identifica as relações mais problemáticas, sorteadas, quando ela não refere nenhuma relação difícil e o entrevistador sorteia essas relações ou únicas, quando os indivíduos são os únicos que preenchem determinado critério.
- ⇒ Procedimento: descreva a estratégia utilizada para identificar as relações que foram investigadas com as CTSs. Indique se foram escolhidas pela mãe, sorteadas ou únicas. Marque na última coluna desse quadro a CTS utilizada para investigar cada uma das relações.

Procedimentos para a escolhas das relações a serem investigadas pelas CTSs:

⇒ Procedimentos gerais

- Pessoas que entram na escolha/sorteio das relações a serem investigadas pelas CTSs:
 - ✓ Todos os moradores que tenham alguma relação de parentesco com a mãe, mesmo que não seja consanguínea. Por exemplo: companheiro, pais, filhos (legítimos ou adotados), irmãos, cunhados (as), sobrinhos (as), sogra/sogro, enteados (as), primos (as), afilhados (as), parentes do companheiro, etc..
 - ✓ Note também que não entram no sorteio/escolha amigos, inquilinos, vizinhos, empregadas, etc.
 - ✓ Pessoa elegível como companheiro para as questões do módulo de hábitos de vida e **violência familiar (relação mãe → adulto)**:
 - Prioritariamente o companheiro atual (que mora com mãe).
 - Caso não haja, também deve ser considerada a pessoa com quem a mãe tenha tido uma relação amorosa durante a gestação (namorados, noivos, etc.) mesmo que nunca tenha morado com a mãe.
 - Em caso de ter havido mais de uma pessoa nessa situação escolher a relação mais duradoura para ser o alvo das perguntas. Note que esses são os únicos indivíduos que não moram com a mãe que podem ser sorteados para terem suas relações com a mãe investigadas.
- Procedimentos de acordo com cada tipo de relação:

Relação mãe → adulto (1ª a ser investigada)

- Se a mãe não tiver companheiro/relação amorosa durante a gravidez e não morar com outro adulto → pule essa relação (não haverá CTS2).

- Se tiver companheiro → aplique a CTS2 mãe/companheiro.
- Se não morar com companheiro → focalize a relação amorosa (aaa) mais duradoura durante a gestação (se tiver havido) e aplique a CTS2 mãe/aaa.
- Se não tiver companheiro, nem aaa durante a gestação e morar com outros adultos → “Dentre as pessoas que têm mais de 18 anos, que moram com a S/V e são seus parentes, tem alguém que a S/V não se dê muito bem?” → Caso sim, essa é a relação escolhida (CTS1) → Caso não, peça para a mãe escolher um nº aleatório (entre parênteses, em itálico, abaixo do nº de ordem) dentre aqueles correspondentes aos maiores de 18 anos. Repita o procedimento quantas vezes forem necessárias até que seja sorteada uma relação adequada. Cuidado para não esquecer indivíduos que estejam fora da ordem no quadro de moradores! (CTS1).

Relação mãe → criança (2ª a ser investigada) e companheiro que viva com a mãe → criança (3ª a ser investigada)

- Se não tiver nenhuma criança no domicílio → pule essa relação (não tem CTSPC).
- Se tiver apenas um filho ou enteado menor de 18 anos → aplique a CTSPC com essa criança.
- Se tiver mais de um filho ou enteado menor de 18 anos → “Dentre seus filhos ou enteados, tem algum deles que a S/V ache que é mais difícil de lidar, que dizer, da S/V conviver?” → Caso sim, essa é a relação escolhida (CTSPC) → Caso não, peça para a mãe escolher um nº aleatório (entre parênteses, em itálico, abaixo do nº de ordem) dentre aqueles correspondentes aos filhos ou enteados menores de 18 anos. Repita o procedimento quantas vezes forem necessárias até que seja sorteada uma relação adequada. Cuidado para não esquecer indivíduos que estejam fora da ordem no quadro de moradores! (CTSPC).
- Caso não tenha filhos ou enteados mas more com outras crianças → repetir o procedimento acima escolhendo/sorteando dentre essas crianças (CTSPC).
- O procedimento deve ser realizado do mesmo modo focalizando a relação companheiro que vive com a mãe → criança.

Outra relação que preocupe (4ª a ser investigada)

- Se a mãe morar apenas com as pessoas já investigadas → pule essa relação.
- Caso contrário → “Dentre o restante de pessoas que moram com a S/V e são seus parentes, tem alguém que a S/V ache que não se dê muito bem com outro, quer dizer, que esteja sempre discutindo, brigando com outro?” → Caso sim, → “E com quem ele mais briga ou discute?”. Essa será a relação escolhida. Aplique a CTS1 (dois adultos, duas crianças ou duas pessoas com diferença de idade < do que 8 anos) tendo como referência a primeira pessoa mencionada pela mãe, quando forem dois adultos e a criança ou pessoas mais velha quando forem duas crianças ou duas pessoas com diferença de idade < 8 anos ou a CTSPC (adulto/criança) → Caso não, sorteie uma pessoa de qualquer idade solicitando que a mesma escolha um nº de 1 a n (nº de moradores e parentes) até que seja sorteada uma relação ainda não investigada e aplique a CTS pertinente de acordo com as orientações acima.

8) Módulo VIII: “SUPORTE SOCIAL”

Q-192– Parentes que pode contar

- ⇒ Definição: nº de parentes, incluindo esposo, companheiro ou filhos, que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo.
- ⇒ Procedimento: anotar o nº de parentes que preenchem esse critério.

Q-193 - Amigos que pode contar

- ⇒ Definição: nº de amigos, incluindo esposo, companheiro ou filhos, que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo.
- ⇒ Procedimento: anotar o nº de amigos que preenchem esse critério.

*** OBS: antes da Q-194 entregue à mãe a escala verde para que ela escolha a opção de resposta mais adequada às Q-194 à Q-196.**

Q-194 – Atividades esportivas/artísticas durante a gestação

- ⇒ Definição: frequência de participação em atividades esportivas e/ou artísticas
- ⇒ Procedimento: faça primeiro a pergunta se ela participou. Caso afirmativo, pergunte sobre a frequência dessa participação. A mãe deve escolher uma das opções de resposta presentes na escala verde. Preencha o campo de resposta com o código correspondente.

Q-195 – Participação em organizações

- ⇒ Definição: frequência de participação em associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos
- ⇒ Procedimento: faça primeiro a pergunta se ela participou. Caso afirmativo, pergunte sobre a frequência dessa participação. A mãe deve escolher uma das opções de resposta presentes na escala verde. Preencha o campo de resposta com o código correspondente.

Q-196– Participação em trabalhos voluntários

- ⇒ Definição: frequência de participação em trabalho voluntário não remunerado em organizações não governamentais (ONGs), de caridade ou outras.
- ⇒ Procedimento: faça primeiro a pergunta se ela participou. Caso afirmativo, pergunte sobre a frequência dessa participação. A mãe deve escolher uma das opções de resposta presentes na escala verde. Preencha o campo de resposta com o código correspondente.

*** OBS: antes da Q-197 entregue à mãe a escala azul para que ela escolha a opção de resposta mais adequada às Q-197 à Q-214. Explique o procedimento que será realizado.**

Q-197 à Q-214 – questões sobre suporte social em geral

- ⇒ Definição: Frequência com que a mãe conta com pessoas para dar suporte social.
- ⇒ Procedimento:
 - Entregue à mãe a escala azul com as opções de resposta para que ela a consulte em todas as questões desse módulo.

- Caso ela não consiga se encaixar em nenhuma das opções de resposta, escolha a opção que mais se adequie à sua resposta.
- Escreva no quadro o código da opção escolhida conforme a seguinte descrição: 0. nunca; 1. raramente; 2. às vezes; 3. quase sempre; 4. sempre.
- Não influencie a mãe na sua escolha. Deixe que ela julgue o que significa cada uma das opções.

Q-215 – Satisfação com a ajuda do companheiro

- ⇒ Definição: satisfação com a ajuda prestada pelo companheiro atual, por aaa ou pelo pai do RN (caso a mãe não tenha companheiro atual e aaa)
- ⇒ Procedimento: leia a questão colocando o nome do companheiro, aaa ou do pai do RN no local pontilhado.

9) Módulo IX: “SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA”

Q-216 – N° de pessoas que vivem do mesmo dinheiro

- ⇒ Definição: n de pessoas que dependem da renda familiar para sua subsistência.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Como preencher o quadro de renda familiar

- Liste todas as pessoas que contribuem de alguma forma para a renda da família. Para cada pessoa listada siga a seqüência descrita abaixo.
- Pergunte como a pessoa é remunerada: diariamente, semanalmente ou mensalmente.
- Preencha com a renda diária, semanal ou mensal de cada pessoa de acordo com sua forma de remuneração.
- Preencha com o n° de dias ou semanas trabalhadas na última semana ou 4 semanas, em situações onde a remuneração seja diária ou semanal.
- Coluna A: multiplique - “soma diária” X “n° de dias trabalhados na última semana” X 4,1.
- Coluna B: multiplique - “soma semanal” X “n° de semanas trabalhadas nas últimas 4 semanas” X 1,1.
- Coluna C: preencha com o salário mensal caso essa seja a forma de remuneração da pessoa.
- Última coluna: some as colunas A, B, C.
- Renda de aluguel: preencha com o valor correspondente caso a mãe relate essa forma de renda. Escreva na coluna correspondente de acordo com a forma de recebimento (diário, semanal ou mensal).
- Pensões recebidas: preencha com o valor correspondente caso a mãe relate essa forma de renda. Escreva na coluna correspondente de acordo com a forma de recebimento (diário, semanal ou mensal).
- Outras rendas: qualquer outra renda que contribua para o orçamento familiar. Preencha com o valor correspondente caso a mãe relate essa forma de renda. Escreva na coluna correspondente de acordo com a forma de recebimento (diário, semanal ou mensal).

- As áreas sombreadas devem ser preenchidas no final da entrevista.
- Total: deve ser preenchido com o total de cada coluna no final da entrevista.

Q-217 – Pessoa de maior renda na família

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-218– Ocupação da pessoa de maior renda

- ⇒ Definição: auto-explicativa. Descreva o tipo de ocupação da pessoa com maior renda da casa. Não preencha o campo de resposta. A codificação das ocupações será feita pela coordenadora.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

*** OBS: Q-219 à Q-221**

As Q-219 à Q-221 devem ser codificadas após o término da entrevista (cotação do Dólar no dia da entrevista - coordenadora; renda da pessoa de maior renda da família e renda total da família - entrevistadora)

Q-222 – N° de cômodos no domicílio materno

- ⇒ Definição: nº de cômodos que tem a casa incluindo banheiro e cozinha. Varanda não conta. Não considerar os de uso comum à outras famílias.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-223 – Material de construção da casa

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-224 – Material do chão da casa

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-225 – Existência de luz elétrica

- ⇒ Definição: auto-explicativa.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-226 – Existência de banheiro

- ⇒ Definição: existência de banheiro próprio em casa.
- ⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-227 – Local do banheiro

- ⇒ Condição: só fazer essa pergunta se a resposta à Q-226 tenha sido afirmativa.

⇒ Definição: local de construção do banheiro.

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-228– Local alternativo

⇒ Condição: só fazer essa questão se a pergunta anterior não tiver sido realizada.

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: auto-explicativa.

Q-229 – Rede de esgoto

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-230 – Rede de água

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-231 – Necessidade de armazenamento de água

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-232 – Coleta de lixo

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.

Q-233 à Q-261 – Quadro de bens e utensílios domésticos

⇒ Definição: bens e utensílios que atualmente a família possui.

⇒ Procedimento: ler a lista de bens e utensílios e, a cada resposta positiva da mãe, perguntar quantos daquele bem/utensílio a família possui.

Q-262 – Término da entrevista

⇒ Definição: auto-explicativa.

⇒ Procedimento: auto-explicativo.