



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Avanci, Joviana; Assis, Simone; Oliveira, Raquel; Pires, Thiago
Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 2, abril, 2009, pp. 383-394
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo

When living with violence brings a child close to depressive behavior

Joviana Avanci¹
Simone Assis¹
Raquel Oliveira²
Thiago Pires¹

Abstract *The present study investigates the relation between withdrawn/depressive behavior of schoolchildren and presence/absence of violence experienced at home, at school and in the community. This descriptive cross-sectional study is based on data from a sample of 479 schoolchildren between 6-13 years of age, attending the first grade in the public elementary schools of a city of the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2005. The multi-stage cluster sampling strategy involved three selection stages with 50% proportion, 98% confidence level and relative error of 5%. Socio-demographic variables of the child and the family, the withdrawal/depression sub-scale (CBCL), Conflict Tactics Scale and school and community violence scale are investigated. Multivariate Correspondence Analysis indicates that the different violence victimizations tend to be closer to clinical and borderline withdrawn/depressive behavior. Programs and public policies must address the life circumstances of the child, with focus on interventions in mental health problems, violence and victimization in order to interrupt the cycle of re-victimization through violence and its consequences.*

Key words *Depression, Violence, Child*

¹ Centro Latino-Americano de Estudos Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, Av. Brasil 4.036/700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ. joviana@claves.fiocruz.br

² Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fiocruz.

Resumo *O estudo investiga a associação entre o comportamento retraído/depressivo de crianças escolares e a presença/ausência de violências vividas em casa, na escola e na comunidade. É um estudo descritivo com dados seccionais de 479 alunos entre 6 e 13 anos de idade, da 1ª série do ensino fundamental de escolas públicas de um município do Rio de Janeiro. O desenho amostral é do tipo conglomerado simples em três estágios de seleção, com proporção de 50%, nível de confiança de 98% e erro relativo de 5%. Variáveis sociodemográficas da criança e da família, a subescala de retraimento/depressão (CBCL), a Escala de Conflitos e de violência na escola e na comunidade são investigadas. A análise de correspondência múltipla foi a principal técnica estatística empregada. Os resultados indicam que as diferentes vitimizações de violência tendem a estar mais próximas do comportamento de retraimento/depressão a nível clínico e limitrofe. Programas e políticas públicas necessitam abordar a conjuntura da vida infantil, com o foco na intervenção dos problemas de saúde mental, das violências e da condição de vitimização de crianças e adolescentes, com vistas a interromper as revitimizações pela violência, assim como as suas consequências.*

Palavras-chave *Depressão, Violência, Criança*

Introdução

O enfoque no estudo da violência que afeta a população infantil tem se tornado cada vez mais contextual. Os primeiros trabalhos dedicavam-se à investigação da vitimização direta da violência^{1,2}; mais tarde, a ênfase foi direcionada ao seu testemunho, especialmente à violência que acontece entre os pais^{3,4}; e, hoje em dia, a tendência é a abordagem dos múltiplos tipos de violência que ocorrem na vida infantil, incluindo a que acontece na escola, entre os pares e na comunidade, seja através do testemunho ou da vitimização direta^{5,6}. O crescente interesse nessa perspectiva mais abrangente se deve à constatação de que a criança ou o adolescente que sofre uma forma de violência teria maior risco de vivenciar um subsequente ou simultâneo episódio violento, no mesmo ou em outro ambiente, o que é denominado pelos estudiosos como “revitimização” ou “ciclo da violência”, tornando mais difícil o rompimento dessas vivências violentas^{5,6,7}.

Estatísticas mundiais demonstram a magnitude das violências que afetam o dia-a-dia das crianças e adolescentes. Nos Estados Unidos, estima-se que crianças de Los Angeles testemunham cerca dos 10% a 20% dos homicídios por ano⁸. No Brasil, no ano de 1998, 31% dos jovens cariocas pertencentes a estratos menos privilegiados social e economicamente reportaram a vitimização através de assaltos/furtos, 22,5%, através da violência física e 2%, da violência sexual, ambas vividas na comunidade⁹.

Já no cenário escolar, entre 1996-1997, quatro mil estupros ocorreram nas escolas norte-americanas ou em eventos patrocinados por ela, além de sete mil roubos, onze mil agressões físicas ou ferimentos com arma de fogo e 188 mil agressões físicas ou ferimentos sem arma de fogo¹⁰. Em um município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2002-2003, um em cada cinco adolescentes foi humilhado na escola¹¹; e, dentre 1.220 jovens cariocas, outras formas de vitimizações no ambiente escolar são mencionadas por aqueles pertencentes a estratos sociais mais desfavorecidos economicamente: 23% foram agredidos fisicamente, 19% foram ameaçados, 17,5% testemunharam o uso de drogas, 3,5% a venda de drogas e 3,7% foram agredidos sexualmente nesse local no ano de 1998⁹.

No âmbito doméstico, o grave cenário de violência se repete, atingindo 1,5 milhão de crianças americanas e 6,3% dos casais que vivem juntos naquele país¹². A taxa média da violência por 1.000 crianças nos Estados Unidos é de 43, em Ontário, 21, na Alemanha, 15, na Inglaterra, 13, na Holan-

da, 5 e na Bélgica, 3¹³. O expressivo panorama da violência nos lares se assemelha muito às famílias brasileiras^{11,14}.

No “ciclo da violência”, a família ocupa posição estratégica, podendo algumas de suas características expor a criança a mais episódios violentos¹⁵. Ao lado dos conflitos familiares, características sociodemográficas, como baixa escolaridade materna, pouca idade dos pais, baixo nível socioeconômico familiar, presença de muitas crianças na mesma casa, ser do sexo masculino, pertencer a grupos raciais/étnicos minoritários e vivenciar as dificuldades da vida nos centros urbanos têm sido relacionados a altos níveis de exposição à violência infantil¹⁶. Algumas dessas relações são pouco claras, mas aspectos socioculturais, formas de organização familiar, estilo de cuidado dos pais com os filhos, disciplina e supervisão familiar estão entre as explicações mais aceitas e que atravessam as questões apresentadas^{16,17}.

Independentemente do contexto de violência, a criança é particularmente vulnerável a essas situações, já que é incapaz de impedir o seu convívio, dependendo do adulto para protegê-la. Mesmo à criança vítima de violência, a família oferece proteção se proporcionar segurança, afeto e apoio aos seus filhos, podendo, desta forma, minimizar o impacto da violência¹⁸.

É consensual os danos das situações violentas à vida de crianças e adolescentes, que podem iniciar na gestação e passar por todo o curso do desenvolvimento^{5,19,20}. Pouca confiança no ambiente em que vive, dificuldade para expressar-se, baixa autoestima, percepção de que tem poucos amigos e pouca ambição são alguns dos sinais apresentados por crianças que crescem num ambiente violento. Crescer nutrindo raiva e tensão pode desembocar no desenvolvimento de comportamentos agressivos e/ou defensivos, manifestando-se em retraimento e depressão²¹.

É crescente o número de estudos que investigam a relação entre a violência e os problemas em psiquiatria infantil¹⁴. Conclusões consistentes têm sido verificadas em estudos relacionados aos comportamentos agressivos, anti-sociais e de transtorno de estresse pós-traumático^{22,23}. Contudo, enfoque menos freqüente e resultados ambíguos têm sido encontrados nas associações com a depressão de crianças e adolescentes^{24,25}.

Não resta dúvida de que a depressão na infância é clinicamente importante. Apresenta alto risco de recorrência a desajustamentos futuros e acarreta prejuízo severo à qualidade da vida infantil, com repercussões na vida escolar, social e familiar²⁶.

É sobre essa lacuna que esse trabalho se debru-

ça, buscando explorar a relação existente entre a depressão em crianças e sua vitimização pela violência em diferentes contextos. Procurando explorar a complexidade do contexto relacional da vida da criança, pretende-se: a) investigar a associação entre as situações de violência vividas pelas crianças em casa, na escola e na comunidade; e b) verificar se essas diferentes vivências violentas estão associadas ao comportamento retraído/depressivo infantil. O ineditismo deste estudo se dá na abordagem das múltiplas vitimizações, já que a maior parte dos trabalhos investiga a relação isolada de tipos de violência com o transtorno depressivo ou reportam dados retrospectivos com amostras clínicas.

Método

População do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com dados secionais de 479 crianças entre 6 e 13 anos de idade, estudantes da 1^a série do ensino fundamental do turno diurno, matriculadas na rede municipal de São Gonçalo, Rio de Janeiro, em 2005. Praticamente meninos e meninas participaram uniformemente do trabalho, havendo uma ligeira predominância feminina (51%). A maior parte das crianças (95%) é pertencente aos estratos sociais C-D-E, de menor poder aquisitivo, está na faixa etária mais nova - 6 a 9 anos (91,4%) - e informa ter a cor de pele parda (54,4%).

O desenho amostral empregado é do tipo conglomerado simples em três estágios de seleção: escolas, turmas de 1^a série e alunos. No primeiro estágio, 25 escolas foram amostradas através da seleção do tipo proporcional ao tamanho, considerando o número de alunos de cada escola como variável auxiliar à seleção das turmas. Na segunda etapa de seleção, a amostra aleatória simples de duas turmas dentro de cada escola foi utilizada, já que não foi fornecido o número de alunos por turma. E, no terceiro estágio, sorteou-se aleatoriamente dez alunos para cada uma das duas turmas amostradas nas 25 escolas, totalizando 500 alunos amostrados num universo de 6.589 alunos da 1^a série referidos pela Secretaria de Educação para 2005. Vinte e uma crianças foram excluídas da análise por apresentarem QI d" 69 (WISC III versão reduzida – vocabulário e cubos)²⁷, totalizando aqui 479 crianças. A amostra foi dimensionada a obter o maior número possível de alunos amostrados, utilizando-se proporção de 50%, nível de confiança de 98% e erro relativo de 5%. O desenho amostral empregado resultou próximo a um plano

amostral sistemático, resultando numa variação mínima e insignificante ao peso amostral final.

Os responsáveis das crianças selecionadas foram convidados a participar da entrevista: a mãe se sobressai como principal informante (83,7%), seguida pela avó (5,2%), pelo pai (4,2%), pela tia (3,1%), pela irmã (0,6%), havendo ainda a participação de vizinha ou de quem cuida da criança no horário que não está na escola (3,1%). Ao lado de erros nas listas escolares, a não ida à escola no dia agendado para a entrevista (após três tentativas de agendamento) levou à substituição de cerca de 35% das crianças inicialmente amostradas. Nesses casos, as crianças foram substituídas pela subsequente sorteada até totalizar dez alunos por turma. Considera-se que essas substituições não trouxeram viés à amostra, notando-se similaridade entre o nível de escolaridade nas mães/responsáveis entrevistadas (68,4%) em comparação às mulheres residentes adultas do município (63,4%) e, conforme o esperado, renda média inferior nas famílias estudadas (R\$ 611,00) em comparação às do município (R\$ 852,00).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, e os pais/responsáveis e a direção das escolas assinaram termos de consentimento livre e esclarecido.

O município de São Gonçalo, Rio de Janeiro

O município estudado se destaca pelo elevado nível populacional, com quase 1 milhão de habitantes, do qual 1/3 está na faixa de 0-19 anos, tornando-o o 15º município mais populoso do país. A renda *per capita* é de R\$ 144,00, ocupando em 2000 a 22^a posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), dentre os municípios do Estado do Rio de Janeiro. São Gonçalo oferece precária qualidade de vida aos seus residentes, com poucas ofertas de lazer para a população infantil e adulta.

Medidas utilizadas

Todos os entrevistadores, profissionais de saúde em nível de graduação e pós-graduação, foram treinados e supervisionados durante toda a fase de aplicação do instrumento. A entrevista com os responsáveis foi realizada na escola e individualmente, durando em média 60 minutos. Procurou-se realizar o preenchimento do questionário em ambiente reservado de modo a preservar o entrevistado, fazendo-o se sentir mais à vontade. Várias questões da vida e do comportamento da criança foram investigadas.

Perfil socioeconômico e demográfico

Foram indagados o sexo, a idade da criança e de sua mãe/responsável, cor de pele da criança (informada pelo entrevistado) e a estrutura familiar (caracterizada por quem vive com a criança). O estrato socioeconômico foi acessado pelo Critério de Classificação Econômica Brasil²⁸, baseado no nível educacional dos pais/responsáveis e no acúmulo de bens materiais da casa, indicando os seguintes estratos: A/B (equivalentes às classes de renda alta e média) e C/D/E (classes populares).

Comportamento de retraimento/depressão

Verificado através da subescala retraimento/depressão da escala mais geral de problemas internalizantes aferidos pela ***Child Behavior Checklist*** (6 a 18 anos) (CBCL)^{29,30}, que engloba os seguintes comportamentos ocorridos nos últimos seis meses: poucas coisas que dão prazer; preferência por ficar sozinho; recusar-se a falar; ser reservado, fechado, não contar suas coisas para ninguém; ser tímido; pouco ativo; movimentar-se vagarosamente ou faltar-lhe energia; ser infeliz, triste ou deprimido; e ser retraído, não se relacionando com os outros. As opções de resposta variam de falso; pouco verdadeiro/às vezes verdadeiro; muito verdadeiro/freqüentemente verdadeiro. Possibilita aferir grupos "diagnósticos" através do escore T (50 pontos mais 10 vezes o valor obtido do escore bruto pela normal padronizada, com média zero e desvio-padrão 1): não-clínicos ($T < 65$), limítrofes ($T = 65-69$) e clínicos ($T > 69$). A versão utilizada foi adaptada por Bordin, Mari e Caeiro³⁰ para o Brasil, a qual foi testada numa amostra de 49 crianças encaminhadas a ambulatório de psiquiatria. Oitenta por cento dessas crianças com um ou mais diagnósticos psiquiátricos, segundo critérios da CID-10³¹, foram identificadas com problemas de saúde mental segundo a CBCL (escore T total > 60).

Com a amostra aqui estudada, constatou-se adequados aspectos de confiabilidade e validade para a subescala retraimento/depressão: a) ***alpha*** de ***Cronbach*** de 0,68 (IC 95% = 0,63-0,73); b) coeficientes satisfatórios para a ***validade de constructo***, estudada através da correlação positiva do escore T de retraimento/depressão com a agressão verbal cometida pela mãe contra a criança durante toda a sua vida (correlação bisserial=0,112; $p < 0,015$) e pela violência ocorrida na escola (correlação bisserial=0,130; $p < 0,005$) e na localidade (correlação bisserial=0,220; $p < 0,000$); e c) ***validade de critério***, estudada num grupo de 44 crianças da amostra total, quando avaliações diagnósticas independentes realizadas por dois psiquiatras infantis - um seguindo os critérios do DSM-IV³² e outro através

do KSADS-PL (***Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – present and lifetime***)³³ - foram comparadas com as obtidas pela sub-escala da CBCL, obtendo-se 100% de sensibilidade e 75% de especificidade na correlação da CBCL X avaliação psiquiátrica (DSM-IV) e, quase igualmente, 100% de sensibilidade e 77% de especificidade na correlação entre CBCL X KSADS-PL. A validade e confiabilidade da CBCL foram estudadas em amostras mais robustas de várias partes do mundo, tendo apresentado índices psicométricos satisfatórios^{34,35}.

Violências que ocorrem na família

A Escala Tática de Conflitos^{1,36} foi utilizada para avaliar: agressão verbal dos pais/responsáveis contra a criança, violência severa cometida pelos pais/responsáveis contra a criança, violência física ocorrida entre os pais/responsáveis. São caracterizadas por ações ocorridas durante a vida da criança, que presenciam uma pessoa da família em conflito com outra. Tem como opções de resposta: nunca, algumas e muitas vezes. A ***agressão verbal*** é caracterizada pelo uso de meios simbólicos ou verbais que ferem ou agridem a criança, estando as seguintes atitudes cometidas pelo pai ou mãe: xingar ou insultar, ficar emburrado, chorar, fazer coisas para irritar, destruir, bater ou chutar objetos. A ***violência severa*** é caracterizada por chute, mordida ou murros, espancamento, ameaça ou uso de arma ou faca. A ***violência que ocorre entre os pais*** configura-se por jogar objetos um contra o outro, empurrar, dar tapas ou bofetadas, murros, chutar, bater ou tentar bater com objetos, espancar, ameaçar ou realmente usar armas de fogo ou faca. A ***violência ocorrida entre os irmãos*** foi aferida através de dois itens: brigas entre os irmãos a ponto de se machucarem e um ter humilhado o outro. Uma ou mais resposta positiva em cada uma das diferentes formas de violências torna a criança um caso na vitimização aferida. A validade de constructo foi estudada para cada forma de violência através da observação de que há uma tendência de correlação destas relações violentas entre si (coeficiente phi). Quanto à confiabilidade, verificaram-se os seguintes coeficientes de alpha de Cronbach para as dimensões estudadas: 0,82 (IC 95% 0,75-0,88) para violência severa cometida pelo pai contra a mãe e 0,74 (IC 95% 0,67-0,81) da mãe contra o pai; 0,5 (IC 95% 0,44-0,57) para agressão verbal da mãe dirigida à criança e 0,44 (IC 95% 0,35-0,52) do pai contra a criança; 0,67 (IC 95% 0,62-0,72) para agressão verbal do pai contra a mãe e 0,62 (IC 95% 0,56-0,67) da mãe contra o pai; e 0,51 (IC 95% 0,38-0,61) para a violência entre os irmãos.

Violências que ocorrem na escola e na comunidade

Avaliadas através de escalas utilizadas pela ONU em pesquisas sobre violações auto-assumidas (*self reported offenses*). No Brasil, vem sendo empregada pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente - ILANUD/ONU³⁷. É aferida a victimização do adolescente na escola e comunidade no último ano, através de oito perguntas dicotômicas que incluem ter sido: humilhado, ameaçado, agredido fortemente a ponto de necessitar de cuidados médicos, ter tido objetos danificados propositalmente, ter convivido com pessoas que carregam armas brancas ou de fogo, ter sido vítima de roubo ou furto. Pelo menos um item positivo caracteriza a criança vítima de violência no âmbito correspondente. No estudo da validade de constructo, ambas as escalas correlacionaram-se entre si (coeficiente phi=0,257; p<0,001) e com o comportamento de retraimento/depressão (CRD) (correlação bisserial=0,130 para CRD X violência na escola; correlação bisserial=0,220 para CRD X violência na localidade; p<0,001). Para a violência na escola o alpha de Cronbach obtido foi de 0,53 (IC 95% 0,45-0,59) e para a na comunidade 0,52 (IC 95% 0,42- 0,62).

Análise dos dados

Numa primeira abordagem dos dados, realizou-se a descrição bivariada de algumas características socioeconómicas e demográficas da criança e dos pais/responsáveis segundo os tipos de violência e da presença do comportamento de retraimento/depressão em nível clínico/limítrofe; comparando as proporções através do teste χ^2 , considerando um nível de significância de 5%.

Numa segunda etapa, os dados foram analisados através da Análise de Correspondência Múltipla (ACM), que se configura como uma técnica multivariada, descritiva e exploratória que examina relações geométricas do cruzamento de variáveis categóricas, sendo apropriada no estudo de dados populacionais no sentido de uma técnica não-inferencial³⁸. O objetivo principal foi definir o padrão clínico, limítrofe e não-clínico do comportamento de retraimento/depressão quanto à vivência ou não de situações de violência. Baseia-se na interpretação das plotagens das distâncias geométricas, onde cada ponto representa uma categoria das variáveis analisadas, podendo ser interpretadas como associações. A grande vantagem da análise de correspondência é a não-realização de suposições *a priori* sobre a distribuição dos dados;

no entanto, não possibilita generalizações para outras amostras. É útil no estudo exploratório dos fatores de risco, bem como na identificação de grupos que possuem os mesmos predisponentes. Embora essa técnica não permita inferência para outras amostras, já que não envolve testes de hipóteses e níveis de significância, optou-se por ela por explorar a dimensionalidade do constructo de interesse (retraimento/depressão). A técnica permite a análise multivariada dos diversos níveis do problema investigado e tipos de violência, possibilitando a construção de grupos formados por sujeitos com características semelhantes. A natureza multivariada da técnica permite a avaliação dos agrupamentos da amostra segundo dimensões. Permite também avaliar o tipo de problema em estudo, não possibilitando suposições sobre a distribuição dos dados, mas investigando inclusive tendências não-lineares.

A inércia foi a medida utilizada para definir a proporção explicada por cada dimensão. As soluções alcançadas através da decomposição da matriz de Burt não são ideais, pois superestimam o resultado da inércia total. Portanto, o método denominado de “ajuste das inércias” foi empregado para definir o número de dimensões que melhor decompõe a inércia³⁹. Nessa abordagem, o número de dimensões foi determinado pelo inverso do número de variáveis.

Para a confirmação dos agrupamentos verificados na ACM, utilizou-se a análise de *cluster*, empregando-se o método de aglomeração denominado *average*. Essa análise é apresentada através do gráfico do tipo dendograma, que permite a comparação com os resultados encontrados na ACM. O *software* utilizado para a análise de correspondência múltipla e análise de *cluster* foi o R 2.6.1, através dos seguintes pacotes estatísticos: *packages ca, lattice, stats e rgl* (<http://www.r-project.org>).

Primeiramente, os agrupamentos entre os tipos de violência vividos ou não pela criança foram explorados, para depois investigar o padrão de comportamento retraimento/depressão com as formas de victimização pela violência.

Resultados

Na análise entre as variáveis de perfil sociodemográfico das crianças e suas famílias e o comportamento de retraimento/depressão e as violências, observa-se que não há associação em grande parte das questões investigadas (Tabela 1). A exceção se dá em algumas análises. O comportamento retrai-

ído/depressivo das crianças está associado às famílias constituídas por padrasto ou madrasta e às mães/responsáveis com faixa etária mais jovem. Constata-se também maior prevalência da perpetração da violência cometida pelas mães com idade até 39 anos. Além disso, pais que agredem os seus filhos estão mais prevalentes nas famílias em que o casal mora junto. O sexo masculino, como não é surpresa, está associado às várias formas de vitimizações violentas, tanto em casa como no local de moradia. Observa-se também que as crianças mais novas são mais vítimas da violência na comunidade.

O Gráfico 1 apresenta os resultados da análise de correspondência com as variáveis de violências vividas ou não pela criança no ambiente familiar, escolar e da comunidade, verificando-se a constituição de dois grupos com aproximadamente 67% da inércia total explicada:

a) ausência de vitimização de violência na família, na escola e na comunidade; e

b) presença da vitimização de violência no contexto da família, escolar e comunitário.

Cabe destacar que em ambos os grupos, mas de forma mais destacada no primeiro, há pequeno agrupamento à esquerda constituído pelas variáveis de agressão verbal ocorridas na família, o que sugere a natureza diferenciada desse constructo, que engloba aspectos de violência psicológica. Vale lembrar que, na escala de severidade da violência, a agressão verbal é tida como a mais leve, mas nem por isso menos danosa.

No que se refere à ACM do comportamento de retraimento/depressão e às várias formas de vitimização de violência, três dimensões foram obtidas com 64,3% do total da inércia explicada. No Gráfico 2, sob uma vertente bidimensional, observa-se a constituição de sete grupos. No lado es-

Tabela 1. Características sociodemográficas das crianças escolares segundo o comportamento limítrofe/clínico de retraimento/depressão e em diferentes contextos de violência. São Gonçalo, Rio de Janeiro, 2005.

Perfil sociodemográfico	Retraimento Depressão (limítrofe/clínico)	Violência severa da mãe	Violência severa do pai	Violência na escola	Violência na comunidade
Sexo					
Feminino	23 (9,8%)	123 (53,2%)*	44 (21,4%)**	102 (44%)	50 (21,6%)*
Masculino	27 (11,1%)	152 (63,9%)*	66 (29,5%)**	101 (42,4%)	75 (31,5%)*
Idade					
6-9 anos	44 (10%)	252 (58,5%)	99 (25,3%)	187 (43,5%)	109 (25,3%)**
10 anos ou mais	6 (14,6%)	23 (60,5%)	11 (28,2%)	16 (40%)	16 (40%)**
Estrato social					
B+C	24 (12,4%)	123 (58,0%)	56 (27,1%)	96 (45,1%)	55 (25,9%)
D+E	22 (11,2%)	111 (59,7%)	45 (25,1%)	77 (42,5%)	55 (30,4%)
Cor da pele					
branca	12 (7,7%)	88 (58,7%)	34 (23,6%)	68 (44,4%)	43 (28,3%)
negra	6 (10,3%)	41 (73,2%)	139 (54,5%)	27 (48,2%)	20 (35,7%)
parda	30 (11,6%)		60 (26,5%)	103 (40,7%)	61 (24%)
amarela/indígena	1 (33,3%)	2 (66,7%)	1 (50%)	-	-
Idade da mãe/responsável					
até 29 anos	25 (14,5%)**	104 (60,5%)*	44 (27,5%)	87 (50,6%)	51 (29,7%)
30-39 anos	20 (8,9%)**	141 (63,8%)*	19 (24,1%)	89 (40,5%)	59 (26,9%)
40-49 anos	5 (9,4%)**		9 (19,6%)	18 (36%)	9 (17,6%)
50 anos ou mais	-	9 (40,9%)*	7 (33,3%)	8 (38,1%)	5 (23,8%)
Estrutura familiar					
pai+mãe	26 (10,2%)*	146 (57,9%)	75 (30,1%)**	100 (40,2%)	60 (24,2%)
padrasto/madrasta	17 (19,8%)*	52 (60,5%)	15 (17,9%)**	42 (48,8%)	25 (29,1%)
um dos pais	5 (4,2%)*	67 (60,9%)	17 (21,3%)**	50 (43,5%)	36 (31%)
sem pai nem mãe	1 (5,6%)*	9 (50%)	2 (13,3%)**	9 (52,9%)	3 (17,6%)

* Teste qui-quadrado p<0,05; ** Teste qui-quadrado p<0,1.

querido, a presença de diferentes formas de violência na família tende a se agrupar, ficando um pouco mais destacada a violência cometida pelo pai contra a criança. As violências ocorridas fora de casa formam um outro grupo. E, ainda nos quadrantes do lado esquerdo, o comportamento retraimento/depressão clínico e limítrofe formam grupos isolados, mas mais próximos de todas as formas de violência do que os outros agrupamentos do lado oposto que se configuraram pela ausência desses episódios. No lado direito, dois grupos mais homogêneos são formados: um caracterizado pela amostra de crianças que não denotam comportamento de retraimento/depressão nem violências familiares, escolar e na comunidade; e um outro grupo formado pela ausência de agressões verbais entre os membros da família, novamente indicando uma certa diferenciação entre agressões verbais dos pais e as formas físicas de violências familiares, violência comunitária e escolar.

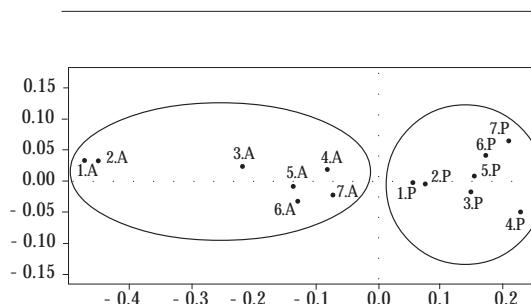
Apesar da análise indicar essa variedade de agrupamentos, pode-se sugerir a existência de dois grandes grupos: o do lado esquerdo, constituído pelas diferentes formas de violência e o comportamento de retraimento/depressão em nível clínico e limí-

trofe; e outro agrupamento configurado pela amostra de crianças que não reportam violências nem indicam o comportamento estudado.

Complementarmente e com a intenção de apurar o resultado verificado anteriormente, o Gráfico 3 apresenta os grupos formados pela análise de **cluster** numa abordagem tridimensional. No Gráfico 4, os agrupamentos são apresentados através do dendograma. A idéia central descrita no Gráfico 2 se mantém nestas análises, mas agora com menor distinção entre os grupos.

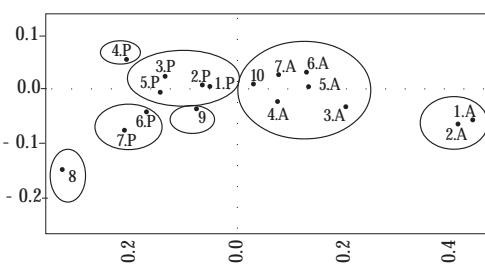
Discussão

Os resultados apresentam dados inéditos sobre a violência e o comportamento infantil. Nas análises bivariadas, destaca-se a associação entre o comportamento de retraimento/depressão com as famílias constituídas por padrasto ou madrasta, sugerindo que essa configuração familiar pode trazer problemas à criança na medida em que dificuldades de aceitação, rejeição, desinteresse e senti-



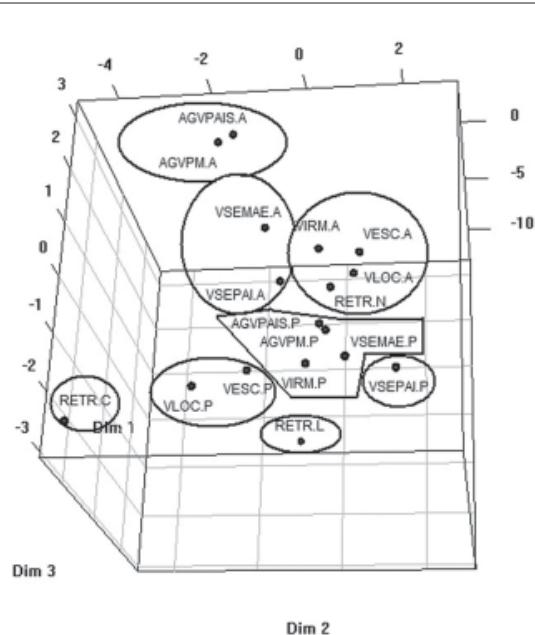
- 1 - Agressão verbal entre pais
- 2 - Agressão verbal dos pais contra a criança
- 3 - Violência severa da mãe contra a criança
- 4 - Violência severa do pai contra a criança
- 5 - Violência entre irmãos
- 6 - Violência escolar
- 7 - Violência na comunidade
- A - Ausente
- P - Presente

Gráfico 1. Plotagem das duas dimensões da ACM para a presença ou não da vitimização pelas violências (67% da inércia). São Gonçalo, Rio de Janeiro, 2005 (n=479).



- 1 - Agressão verbal entre pais
- 2 - Agressão verbal dos pais contra a criança
- 3 - Violência severa da mãe contra a criança
- 4 - Violência severa do pai contra a criança
- 5 - Violência entre irmãos
- 6 - Violência escolar
- 7 - Violência na comunidade
- 8 - Comportamento clínico retraimento/depressão
- 9 - Comportamento limítrofe retraimento/depressão
- 10 - Comportamento não-clínico retraimento/depressão
- A - Ausente
- P - Presente

Gráfico 2. Plotagem das três dimensões da ACM para o comportamento de retraimento/depressão e a presença ou não dos tipos de violência (64,3% da inércia). São Gonçalo, Rio de Janeiro, 2005 (n=479).



AGVPAIS: Agressão verbal entre pais
 RETR.C: comportamento clínico retraimento/depressão
 AGVPM: Agressão verbal dos pais contra a criança
 RETR.L: comportamento limítrofe retraimento/depressão
 VSEMAE: Violência severa da mãe contra a criança
 RETR.N: comportamento não-clínico retraimento/depressão
 VSEPAI: Violência severa do pai contra a criança
 VIRM: Violência entre irmãos
 VESC: Violência escolar
 VLOC: Violência na comunidade
 A: Ausente
 P: Presente

Gráfico 3. Plotagem tridimensional da ACM para o comportamento de retraimento/depressão e a presença ou não dos tipos de violência. São Gonçalo, Rio de Janeiro, 2005 (n=479).

mentos conflituosos, tanto por parte da criança como do novo parceiro (a), podem estar presentes. Atrelado a isso, pode estar o sentimento de abandono na criança, acarretado pela ausência do pai ou da mãe que está de fora da sua convivência diária. No entanto, há que se destacar que a estrutura familiar tradicional não é garantia de estabelecimento de saúde mental infantil. Outras questões mediatizam o processo entre a depressão infantil e a estrutura familiar, como o apoio social, a escola-

ridade materna e peculiaridades do momento anterior e posterior à ruptura parental.

Quanto à análise das violências com as variáveis sociodemográficas, não surpreende a tendência de associação entre o sexo masculino e a vitimização da violência em diversos contextos. Em vários países, é recorrente o predomínio dos homens na mortalidade por causas externas, o que se inicia na infância e em ambientes privados. Essa preponderância é justificada pela maior exposição masculina a fatores de risco individuais, familiares e socioculturais. A falta de associação da vitimização por violência nas outras análises bivariadas necessita ser melhor investigada em trabalhos futuros e com distintas amostras, em que esse objetivo seja o foco principal.

Quanto às análises de correspondência, o agrupamento das diferentes formas de violências corrobora a existência do “ciclo de violência” na vida das crianças, reforçando o achado de que a criança vitimada pela violência é mais exposta a uma série de episódios dessa natureza nos diversos ambientes em que convive³⁹. Cabe ressaltar a separação constante da agressão verbal na família de todas as outras formas de violência no ambiente familiar e fora dele. Pouco se sabe sobre essa real diferenciação. A hipótese levantada é que essa forma de se relacionar caracteriza-se por atitudes banalizadas, sem contato físico e naturalmente aceitas nas relações familiares, diferentemente das outras violências, muito mais ameaçadoras e rejeitadas socialmente.

Avançando a compreensão ao contexto da depressão e da experiência com a violência, duas conclusões são observadas: (1) a não-vivência de experiências violentas é característica da ausência do comportamento de retraimento/depressão; e (2) embora o comportamento depressivo a nível clínico ou limítrofe esteja mais próximo do que o não-clínico às várias vitimizações de violência em crianças, essas situações violentas por si só não co-ocorrem ao quadro depressivo. Neste cenário, outros fatores entram em cena e contribuem à compreensão da depressão no contexto da vida infantil.

A primeira conclusão é bastante clara e remete à discussão dos benefícios de conviver em um ambiente não violento, onde, provavelmente, outros padrões de relacionamentos, mais compreensivos e dialógicos, são acessados como estratégias de solução de problemas. Sem dúvida, a atmosfera familiar afetiva é uma das questões que mais incrementa a vida saudável de uma criança, podendo inclusive protegê-la de problemas frequentes e inerentes ao seu dia-a-dia.

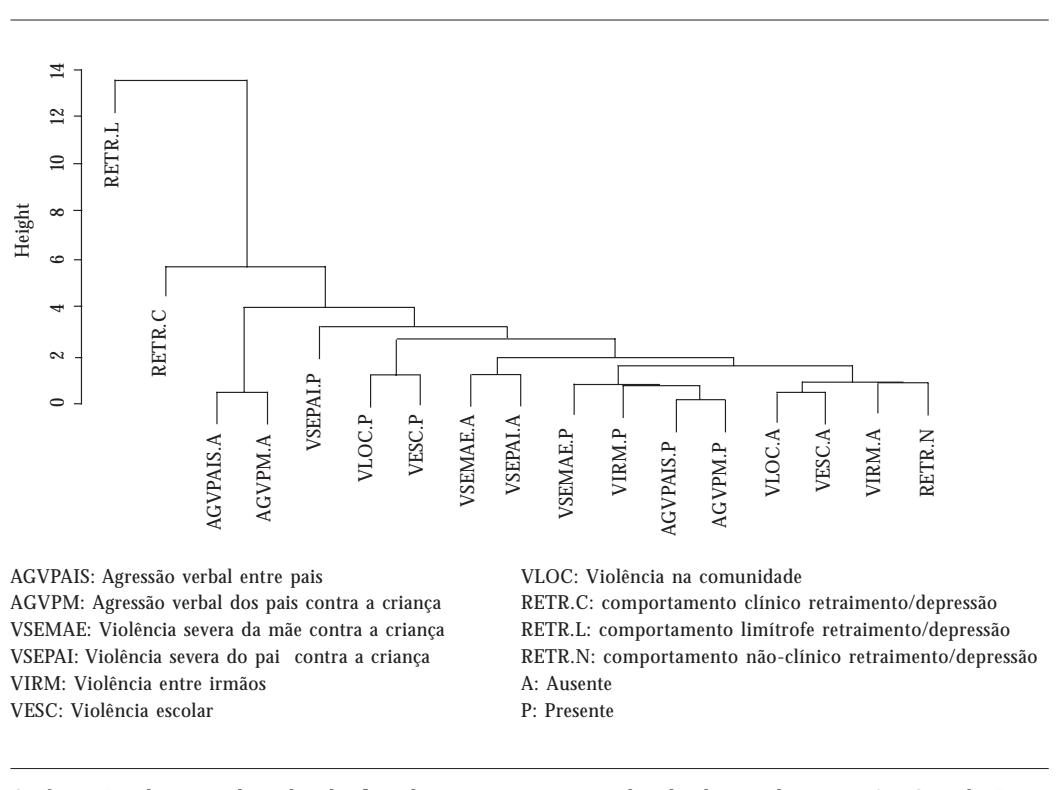


Gráfico 4. Dendrograma da análise de *cluster* hierárquica com as coordenadas das três dimensões. São Gonçalo, Rio de Janeiro, 2005 (n=479).

Quanto à segunda questão, outros aspectos precisam ser debatidos na relação violência-depressão-criança. Por um lado, as crianças deprimidas estão com suas subjetividades fortemente enviesadas emocionalmente, com distorcido afeto e pensamento, sendo a tristeza a emoção que marca suas experiências, além das idéias de perda, morte e fracasso^{40,41}. Essa percepção tende a promover passividade, podendo fazê-las lidar com situações violentas através do retraimento ou da evitação, podendo desembocar em sintomas depressivos.

Finkelhor, Ormrod e Turner⁵ enfatizam a vulnerabilidade pessoal à persistência da vitimização da violência, decorrente não necessariamente da real ocorrência do evento violento, mas sim do posicionamento da criança diante das situações da vida. Neste aspecto, o elo da violência com a depressão é evidenciado, pois a experiência da criança com a violência não seria apenas determinada pela natureza do evento, mas principalmente pela sua capacidade em avaliá-lo e percebê-lo, de responder e lidar com o perigo e de buscar apoio no ambiente para protegê-la e lhe dar segurança⁴². Para

uma criança com características emocionais já insitáveis, como é o caso da depressão, crescer num ambiente violento pode ser ainda mais danoso, sendo um solo fértil a outras vitimizações.

Neste contexto, as experiências de violência podem ganhar magnitude, engendrando culpa, vergonha, tristeza e retraimento, e formando a existência de uma constelação depressiva, difícil de ser rompida e que alimenta a condição de vítima e da depressão.

Complexificando a questão e sob um ponto de vista diferenciado, o isolamento característico do comportamento depressivo protege a criança da exposição à violência, em especial da que acontece na escola e na vida social. Essa tendência ocorreria também na família, uma vez que o comportamento mais introvertido pode não incitar os pais à agressão na educação de seus filhos, ou fazer a criança desviar-se de situações que trazem ainda mais mal-estar.

Independente da relação entre a depressão e a violência, é preciso também considerar a particularidade da fase da infância na vivência do estado

depressivo e da experiência violenta, potencialmente adversa e traumática. É grande o potencial de impacto destas situações numa fase da vida em que as emoções ainda estão se desenvolvendo e consolidando. Para a criança, pode ser muito desastroso lidar com experiências com tamanha carga emocional, em que está ameaçada a sua integridade física ou de quem ama. Mais ainda, pode, além da depressão, incitar o desenvolvimento de outros problemas de comportamentos muito danosos, a exemplo da ansiedade e do comportamento disruptivo. Esses quadros psicopatológicos comórbidos são ainda mais complexos de serem tratados e de regredirem.

Face ao exposto, urge a necessidade do desenvolvimento de programas e políticas públicas de saúde que englobem o contexto da vida infantil na comunidade e na escola, e também da mídia, já que exercem força no comportamento e na victimização da violência. O enfoque exclusivamente nas famílias tende a impacto limitado. O desafio se configura em apoiar as famílias a lidar com a violência, capacitando-as para serem consistentes às necessidades das crianças, seja através da proteção concreta da violência ou através do incremento da auto-estima de seus filhos, orientando-os a lidar com os problemas. Um outro ponto prioritário diz respeito à identificação, investigação e interrupção da condição de victimização e do quadro psicopatológico de crianças e adolescentes.

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas na análise dos resultados apresenta-

dos. A primeira diz respeito ao desenho transversal utilizado, com a desvantagem de definir a ocorrência no tempo das variáveis estudadas. O segundo refere-se ao caráter basicamente descritivo e exploratório de análise dos dados, não permitindo a inferência a outras populações. O terceiro diz respeito à dicotomização das variáveis de violência, deixando de considerar a intensidade e a frequência com que essas situações são vividas. Sabe-se que a violência existe em *continuum* e representa uma variedade de práticas educativas e relacionais, indo desde a total ausência de qualquer interação a ataques violentos severos. E o quarto ponto diz respeito ao tipo de informante. Nos transtornos afetivos, ouvir a criança é bastante indicado.

Por fim, apesar de ser certo que violências e rejeições prejudicam o desenvolvimento infantil, nem todas as crianças que vivem em ambientes violentos desenvolvem problemas depressivos ou psicopatológicos. Pesquisas futuras precisam aprofundar a investigação dos fatores que protegem a criança, com destaque ao contexto dos amigos e da rede de suporte social, que podem protegê-la tanto das victimizações quanto de suas consequências. Pouco também é conhecido sobre a natureza da vida familiar das crianças que sofrem muitas victimizações, dos fatores sociodemográficos e estressores ambientais que impactam o núcleo familiar e a criança. Estudos mais analíticos e com abordagem qualitativa podem contribuir muito nessa direção.

Colaboradores

JQ Avanci trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final do texto; SG Assis participou da concepção teórica e discussão dos resultados; R Oliveira e T Pires realizaram a organização e análise dos dados.

Referências

1. Straus MA. Measuring familiar conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family* 1979; 41:75-88.
2. Kaufman J, Cicchetti D. Effects of maltreatment on children's socioemotional development: assessments in a day-camp setting. *Developmental Psychology* 1989; 25:516-524.
3. Sternberg KJ, Lamb ME, Greenbaum C, Cicchetti D, Dawud S, Cortes RM, Krispin O, Lorey F. Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology* 1993; 29:44-52.
4. Rogers MJ, Holmbeck GN. Effects of interparental aggression on children's adjustment: the moderating role of cognitive appraisal and coping. *J. Fam. Psychol.* 1997; 11:125-130.
5. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31(5):479-502.
6. Weisel DL. *Analyzing repeat victimizations. Problem-oriented guides for police: problem-solving tool series*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice; 2005.
7. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social em adolescentes no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16(1):43-51.
8. Pynoos RS, Eth S. *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1985.
9. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
10. U.S. Department of Education. Principal/School Disciplinary Survey on school violence. Fast Response Survey System, 63. 1997 [cited 2006 Set 16]. Available from: <http://nces.ed.gov/pubs98/violence/98030003.html>
11. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. *Resiliência: enfatizando a proteção na adolescência*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
12. Straus MA, Gelles RJ. *Physical Violence in American Families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick: Transaction Publishers; 1995.
13. Tang C. Frequency of parental violence against children in Chinese families: impact of age and gender. *Journal of Family Violence* 1998; 13(2):113-130.
14. Bordin IA, Paula CS, Duarte CS. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006; 28:290-296.
15. Osofsky JD, Wewers S, Hann DM, Fick AC. Chronic community violence: what is happening to our children? In: Reiss D, Richters JE, editors. *Children and violence*. New York: Guilford; 1993. p.36-45.
16. Gorman-Smith D, Tolan P. The role of exposure to community violence and developmental problems among inner-city youth. *Dev. Psychopathol.* 1998; 10:101-116.
17. Brody GH, Conger R, Gibbons FX, Ge X, Murry VM, Gerrard M, Simons RL. The Influence of Neighborhood Disadvantage, Collective Socialization, and Parenting on African American Children's Affiliation with Deviant Peers. *Child Development* 2001; 72(4):1231-1246.
18. Spaccarelli S. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychol. Bull* 1994; 116:340-362.
19. Moraes C, Reichenheim M. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; 79(3):269-277.
20. Rigby K. Health consequences of bullying and its prevention in schools. In: Juvonen J, Graham S, editors. *Peer harassment in school: the plight of the vulnerable and victimized*. New York: Guilford Press; 2003. p. 310-331.
21. Oshiro FAB. *Depressão e violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus-tratos e abandono* [dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 1994.
22. Haddad JD, Barocas R, Hollenbeck AR. Family organization and parent attitudes of children with conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology* 1991; 20:152-161.
23. Cook-Cottone C. Childhood posttraumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration. *School Psychology Review* 2004; 33: 35-36.
24. Dadds MR, Sanders MR, Morrison M, Rebgetz M. Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101:505-513.
25. Sanders MR, Dadds MR, Johnston BM, Cash R. Childhood depression and conduct disorder: I. Behavioral, affective, and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *Journal Abnormal Psychology* 1992; 101:495-504.
26. Harrington R, Rutter M, Fombonne E. Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents and endpoints. *Development and Psychopathology* 1996; 8:601-616.
27. Wechsler D. *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças manual- adaptação e padronização brasileira*. 3^a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
28. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. *Critério de Classificação Econômica Brasil* [site da internet] [acessado 2005 mar 17]. Disponível em: <http://www.abep.org>
29. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
30. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL* 1995; 17(2):55-66.
31. World Health Organization. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
32. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
33. Brasil HHA. *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School aged children present and lifetime version) e estudo de suas propriedades psicométricas*[tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.

34. Patrick WL, Leung SL, Kwong CP, Tang TP, Ho SF, Hung CC, Lee CC, Hong SL, Chiu CM, Liu WS. Test-retest reliability and criterion validity of the Chinese version of CBCL, TRF, and YSR. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47(9):970-973.
35. Schmeck K, Poustka F, Dopfner M, Pluck J, Berner W, Lehmkohl G, Fegert JM, Lenz K, Huss M, Lehmkohl U. Discriminant validity of the Child Behaviour Checklist CBCL-4/18 in German samples. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 10:240-247.
36. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4):1083-1093.
37. Kahn T, Bermergui C, Yamada E, Cardoso FC, Fernandes F, Zacchi JM, Guimarães L, Hasselman ME. *O dia-a-dia nas escolas (violências auto-assumidas)*. São Paulo: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente/Instituto Sou da Paz; 1999.
38. Greenacre MJ. Practical correspondence analysis. In: Casella G, Fienberg S, Olkin J, editors. *Looking at multivariate data*. New York: John Wiley & Sons; 1981. p. 119-46.
39. Kochenderfer-Ladd B. Identification of aggressive and asocial victims and the stability of their peer victimization. *Merrill-Palmer Quarterly* 2003; 49(4):401-425.
40. Harter S. Causes, correlates, and the functional role of the simultaneity of two emotions: a five-stage acquisition sequence. *Developmental Psychology* 1990; 23:388-399.
41. Magai C, McFadden SH. *The role of emotions in social and personality development*. New York: Plenum; 1995.
42. Finkelhor D, Kendall-Tackett K. A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. In: Cicchetti D, Toth SL, editors. *Rochester symposium on developmental psychology. Vol. 8. Developmental perspective and trauma: theory, research and intervention*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1997. p. 1-32.

Artigo apresentado em 19/02/2008

Aprovado em 24/04/2008

Versão final apresentada em 08/10/2008