

Julia Garcia Durand^I

Lilia Blima Schraiber^{II}

Ivan França-Junior^{III}

Claudia Barros^{IV}

Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos

Impact of exposure to intimate partner violence on children's behavior

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre a exposição à violência por parceiro íntimo (VPI) contra a mulher com desajustes comportamentais e problemas escolares entre os filhos.

MÉTODOS: Inquérito populacional participante do *WHO Multicountry Study on Violence Against Women*, com 790 mulheres que coabitam com filhos de cinco a 12 anos, residentes no Município de São Paulo, SP, e na Zona da Mata de Pernambuco. Foram realizados três modelos múltiplos para estimar a força da associação entre variáveis explanatórias de apoio social e comunitário, eventos de vida estressantes, fatores sociodemográficos e gravidade da VPI, entre outras. Os modelos incluíram três respectivos desfechos: número de problemas de comportamento; agressividade; e interrupção abandono ou repetência escolar.

RESULTADOS: A exposição à VPI física e/ou sexual grave esteve associada à ocorrência de problemas escolares, de problemas de comportamento em geral e de comportamentos agressivos na análise de regressão logística univariada. A exposição à VPI grave manteve-se associada à ocorrência de três ou mais problemas de comportamento entre seus filhos, independentemente do transtorno mental comum, da baixa escolaridade, de a mãe (avó) ter sido vítima de VPI física e do apoio social e comunitário nos modelos de regressão logística múltiplos. A VPI grave esteve associada ao comportamento agressivo e aos problemas escolares, depois do ajuste por outras variáveis sociodemográficas, entre outras. O estado de saúde mental materna constituiu-se em fator mediador da relação entre a exposição à VPI e os problemas de comportamento, sobretudo agressividade.

CONCLUSÕES: A VPI grave afeta o comportamento dos filhos e deve ser incluída na assistência à saúde das crianças em idade escolar, por meio de intervenções conjuntas entre crianças e mães.

DESCRITORES: Evasão Escolar. Comportamento Infantil. Relações Pais-Filho. Violência contra a Mulher.

^I Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina (FM). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. FM-USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública (FSP). USP. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. FSP. USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Lilia Blima Schraiber
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 455
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: vawbr@usp.br

Recebido: 12/1/2010
Aprovado: 25/8/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the relationship between intimate partner violence (IPV) against women and children's dysfunctional behaviors and school problems.

METHODS: Population-based study part of the WHO Multicountry Study on Domestic Violence Against Women including 790 women living with their children aged five to 12 years in two different regions of Brazil: the city of São Paulo, Southeastern Brazil, and Zona da Mata area in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. Three multivariate models were developed to estimate the strength of the relationship between explanatory variables such as social and community support, stressful events of life, sociodemographic factors and "IPV severity," among others, and three outcomes: number of dysfunctional behaviors; aggressive behavior; and school problems (interruption, drop out or failure).

RESULTS: Exposure to severe physical and/or sexual IPV was associated to school problems, behavioral dysfunctions in general and aggressive behaviors in the univariate analysis. Exposure to severe IPV against women was associated to the occurrence of three or more dysfunctional behaviors in their children, regardless of common mental disorder, low schooling, physical IPV against maternal grandmother, social and community support in the multivariate models. Severe IPV remained associated to aggressive behavior and school problems after adjustment for other sociodemographic variables, among others. Maternal mental health status was identified as a mediating factor between IPV exposure and dysfunctional behaviors, especially aggressive behaviors.

CONCLUSIONS: Severe IPV affects children's behaviors and should be addressed in health policies for school-aged children through the development of common interventions for mothers and children.

DESCRIPTORS: Student Dropouts. Child Behavior. Parent-Child Relations. Violence Against Women.

INTRODUÇÃO

Repercussões da exposição de crianças à violência por parceiro íntimo (VPI) contra suas mães recebem atenção crescente de pesquisadores, profissionais e formuladores de políticas públicas. A exposição da criança pode ser direta, ao presenciar a violência, como também indireta, por meio dos agravos que esse evento traz à saúde física e mental de sua mãe. Ambas são consideradas situações de risco para o desenvolvimento de problemas emocionais, escolares e de comportamento dos filhos.^{13,20}

Estima-se que 15% das crianças estão expostas à violência física entre seus pais nos Estados Unidos.²⁰ Estudo realizado em São Gonçalo, RJ, aponta que 21,4% das crianças entre seis e 11 anos, estudantes de escolas públicas, estão expostas à violência física ou verbal entre seus pais.¹

As repercussões na saúde das crianças apresentam associação com sintomas de trauma,^{3,8,13} quadros depressivos e de ansiedade,^{13,18} comportamentos agressivos,^{18,6}

transtorno de conduta e baixo desempenho escolar.⁵

Há controvérsias sobre a extensão dessa repercussão. Alguns estudos não encontram associação com sintomas depressivos e ansiosos nem com o desempenho escolar.²⁰ Muitos estudos apresentam viés de seleção ao incluírem mulheres captadas em casas-abrigo, serviços de saúde ou tribunais de justiça, o que leva à superestimativa dos agravos à saúde das crianças. São raros os estudos populacionais que articulam fatores individuais, do contexto familiar e comunitário.²³ As pesquisas no Brasil voltam-se principalmente à violência perpetrada contra a criança e o adolescente, sem dar atenção à exposição indireta da VPI.

Faz-se necessário construir um modelo compreensivo que integre elementos mediadores entre a exposição à violência e os agravos à saúde da criança, tais como os problemas de saúde mental materna, apoio social e comunitário, e eventos de vida estressantes.²³

O objetivo do presente estudo foi analisar a associação da gravidade da VPI sofrida por mulheres com problemas de comportamento e escolar de seus filhos (cinco a 12 anos).

MÉTODOS

Este estudo ancorou-se na investigação multipaíses internacional⁷ *World Health Organization Multicountry Study on Violence Against Women* (WHO-VAW Study), cuja coleta primária dos dados ocorreu por inquérito domiciliar realizado entre 2000 e 2001, com amostra representativa de mulheres de 15 a 49 anos, de uma grande cidade do Brasil, o município de São Paulo (MSP), e de região urbano-rural, 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco (ZMPE).²¹ A presente investigação baseia-se em um modelo sobre efeitos inter-relacionados da exposição à VPI na mulher e nos seus filhos (Figura 1). Utiliza elementos integrados da perspectiva de gênero e das teorias psicológicas sobre o trauma e a psicodinâmica e constrói a hipótese de que a VPI afeta negativamente os filhos, tanto por uma via direta como por meio dos prejuízos que causa à saúde mental materna.

Das 2.128 entrevistadas que tiveram algum parceiro na vida (1.188 na ZMPE e 940 no MSP), excluíram-se aquelas sem filhos entre cinco e 12 anos ou que não coabitavam com eles, resultando em 790 mulheres (465 ZMPE e 325 MSP), analisadas como conjunto agregado, dado o baixo número em cada região. No estudo sobre problemas escolares, foram excluídas aquelas cujos filhos não frequentam escola, restando 749 mulheres.

A unidade de análise foi a mulher, sem considerar as características individuais e o comportamento de cada filho separadamente. Tratou-se, portanto, do estudo do problema: havia ou não no domicílio determinados comportamentos entre filhos, segundo relato das mães.

Utilizou-se questionário padronizado para todos os países, que se mostrou consistente^{7,21} e válido para identificar a VPI em seus tipos psicológico, físico e sexual em diferentes contextos brasileiros.²²

Estimou-se a associação entre a gravidade da VPI e três indicadores de problemas entre os filhos: 1) número de problemas de comportamento relatados: agressividade

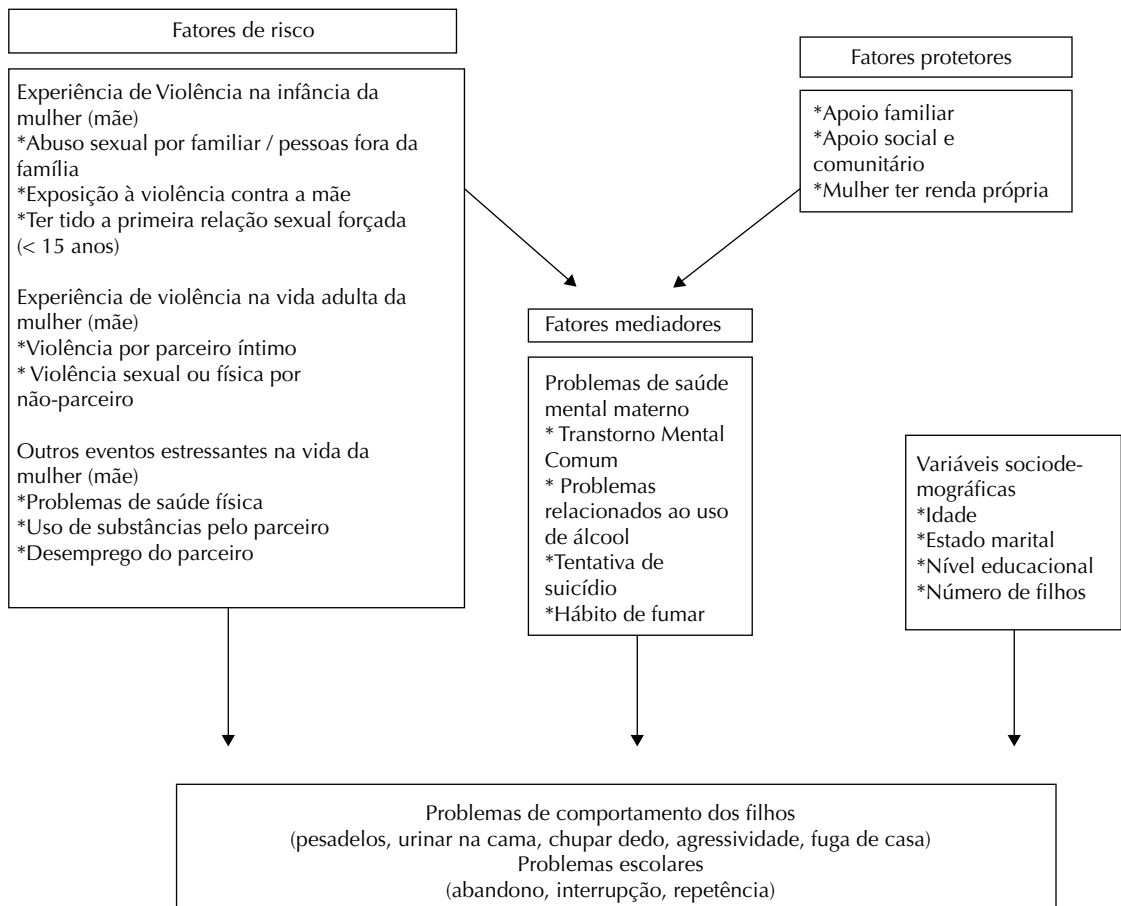


Figura 1. Quadro conceitual: Fatores de risco, protetores e mediadores dos problemas de comportamento e escolares. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2001-2002.

contra a mãe ou outras crianças, urinar na cama, chupar o dedo, pesadelos frequentes, retraimento/timidez e fuga de casa; 2) agressividade contra a mãe ou outras crianças; e 3) problemas escolares – abandono/interrupção ou repetência.

As variáveis foram categorizadas conforme a importância teórica, a distribuição das entrevistadas (evitando-se categorias com poucos sujeitos) e o comportamento estatístico nas associações.

Para “número de problemas de comportamento” (nenhum/um a dois/três ou mais problemas) foram considerados problemas: ter pesadelos frequentes; chupar o dedo; urinar na cama; ser criança tímida ou retraída; ser criança agressiva com a mãe ou com outra criança; e fugir de casa. A distribuição dos casos foi critério de corte entre os estratos.

“Comportamento agressivo” (sim/não) correspondeu à pergunta: “Qualquer uma destas crianças (de cinco a 12 anos) é agressiva com você ou com outras crianças?”.

“Problemas escolares” (sim/não) considerou ao menos uma criança de cinco a 12 anos ter abandonado/interrumpido os estudos ou ter repetido algum ano escolar *versus* nenhuma.

A VPI foi categorizada pelas formas psicológica, física ou sexual ou de modo combinado à gravidade do ato perpetrado, tendo sido considerada presente quando a mulher respondeu sim a pelo menos um dos itens do respectivo bloco de perguntas (Figura 2).

A “gravidade da VPI” foi discriminada em quatro categorias: sem VPI, psicológica exclusiva, física moderada, física e/ou sexual grave. Essa gradação amparou-se em possíveis repercussões físicas diretas dos atos e na definição do WHO-VAW Study.⁷ Nesta, considera-se VPI moderada quando há resposta afirmativa para qualquer um dos dois primeiros itens (1, 2) da violência física (Figura 2); VPI grave quando a resposta é positiva para qualquer item relativo à violência sexual ou qualquer dos quatro últimos itens (3, 4, 5 e 6) da violência física; e violência psicológica exclusiva refere-se à resposta afirmativa a qualquer um de seus quatro itens, e não para qualquer item das violências física ou sexual.

“Eventos de vida estressantes” e “apoio social e comunitário” foram definidos conforme Ludermir et al:¹⁵

- “Eventos de vida estressantes”: a) desemprego do parceiro atual ou mais recente; b) frequência com que o parceiro atual ou mais recente ficou embriagado (nunca / 1 vez por semana a 1 vez por mês / quase todo dia); c) idade da primeira relação sexual e consentimento (> 15 anos consentida / > 15 anos forçada / ≤ 15 anos consentida / ≤ 15 anos forçada); d) abuso sexual por familiar (sem abuso /

em ≤ 15 anos / em > 15 anos); f) abuso sexual por não familiar (sem abuso / em ≤ 15 anos / em > 15 anos); g) mãe da entrevistada vítima de VPI física.

- “Apoio social e comunitário” é composto de: a) ajuda sociocomunitária, que compreende cinco questões que avaliam diversas ações de reciprocidade, desempenhadas pela vizinhança (forte, com cinco respostas afirmativas / moderada, com uma a quatro respostas afirmativas / sem ajuda, com nenhuma resposta afirmativa), estas últimas duas agregadas nas análises multivariadas como moderada/fraca; b) frequência de contato com a família; c) apoio familiar para resolver algum problema.

“Transtorno Mental Comum” (TMC) baseou-se no *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) com validade e confiabilidade para triagem na população brasileira, em que indivíduos com escores acima de sete foram considerados casos.¹⁶

“Tentativa de suicídio” correspondeu à pergunta “Você já tentou se matar?”, referindo-se a algum episódio na vida.

“Problemas relacionados ao uso de álcool pela mulher”, com categorização binária (sim/não), considerando sim

Violência Psicológica

- 1- Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?
- 2- Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?
- 3- Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?
- 4- Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?

Violência Física

- 1- Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?
- 2- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?
- 3- Machucou-a com um soco ou com algum objeto?
- 4- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?
- 5- Estrangulou ou queimou você de propósito?
- 6- Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?

Violência Sexual

- 1- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?
- 2- Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?
- 3- Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

Figura 2. Perguntas acerca da violência por parceiro íntimo contra a mulher. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2001-2002.

para resposta positiva a pelo menos uma das quatro questões sobre a ocorrência de problemas com familiar, amigos, de saúde ou com dinheiro causados pelo consumo de álcool.

Outras variáveis analisadas: “Hábito de fumar” (não fumar/fumar ocasionalmente/fumar diariamente); “Idade” e “Escolaridade”; “Ter renda própria”; “Estado marital” (união formal/união informal/namoro com relação sexual/divorciada, separada ou viúva) e “local de residência” (MSP/ZMPE).

Usou-se o *software* Stata versão 10 para análise e comandos *svy* para considerar o efeito de desenho. Três modelos de regressão logística de tipo confirmatório foram realizados com as variáveis dependentes: Número de problemas de comportamento nos filhos; Agressividade; Problemas escolares. A análise sobre o número de problemas de comportamento foi do tipo polinomial.

Odds ratios brutos (ORb) e ajustados (ORa) foram calculados para estimar as associações, com os respectivos IC95% e testes de qui-quadrado (χ^2) foram realizados para testar a significância estatística das associações. Admitiu-se significância para $p \leq 0,05$.

As variáveis independentes que apresentaram associação com a ocorrência do desfecho com $p < 0,15$ em análise univariada e aquelas com relevância teórica para a análise foram incluídas de modo anterógrado nos modelos multivariados. Permaneceram no modelo as que se mantiverem associadas ao desfecho após o ajuste por todas as variáveis incluídas ($p < 0,05$ no teste de Wald) e aquelas consideradas relevantes pela literatura. O teste de Hosmer-Lemeshow foi empregado para o ajuste do modelo.

O estudo dos efeitos mediadores seguiu Baron & Kenny² (1986), segundo três critérios para se classificar uma variável como mediadora: 1) A variável independente deve estar associada de forma significativa com a variável hipoteticamente mediadora e com a variável dependente; 2) A variável mediadora deve estar significativamente associada com a variável dependente; 3) A força da associação entre a variável independente e a dependente deve cair na presença da variável mediadora.

Cuidados éticos especiais foram tomados levando-se em conta a natureza do tema.²¹ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Hospital das Clínicas (CAPPesq-609/98) em 11/11/1998 e Conep (Parecer 002/99) em 11/01/1999.

RESULTADOS

A idade média das mulheres foi de 34,1 anos (DP = 0,31) e a média de anos de estudo de 6,6 anos (DP =

0,28), o que corresponde ao primeiro ciclo do ensino fundamental incompleto. A média de número de filhos foi de 2,7 (DP = 0,1). Outros dados sociodemográficos, prevalências de problemas de comportamento, agressividade, problemas escolares dos filhos, do TMC e da VPI relatada pela entrevistada estão apresentados na Tabela 1.

A maioria tinha contato freqüente com a família (89,2%) e assistência familiar quando precisava de ajuda ou enfrentava algum problema (82,2%). Em contrapartida, a ajuda da comunidade e da vizinhança foi moderada/fraca para a maioria (67,4%).

Desemprego do parceiro foi referido por 10,8% das mulheres e a intoxicação diária por álcool, por 6,5%. A primeira relação sexual foi forçada antes de ou aos 15 anos para 9,1% e depois dos 15 anos para 16,1%. A VPI física contra a mãe da entrevistada foi apontada por 23,9%, 3,3% sofreram violência sexual por familiar e 8,9% sofreram por outros.

Relataram haver sofrido VPI em intensidade grave 27,0% das mulheres e 10,3%, em intensidade moderada (Tabela 1).

Mulheres com baixa escolaridade (zero a oito anos de estudo), maior paridade (três ou mais filhos), que moravam na ZMPE e em situação de união informal apresentaram maiores taxas de filhos com três ou mais problemas de comportamento na análise univariada. A VPI contra a mãe da mulher e primeira relação sexual forçada antes de ou aos 15 anos foram eventos associados a esse desfecho. As mulheres com TMC e com tentativa de suicídio apresentaram maior prevalência de problemas de comportamento entre os filhos (três ou mais).

A VPI mostrou-se fortemente associada aos problemas de comportamento dos filhos e a força desta associação foi crescente, conforme a gravidade da violência e o número de problemas considerados (Tabela 2).

No modelo multivariado polinomial, o TMC reduziu em aproximadamente 45,0% a força da associação entre a VPI grave e a ocorrência de três ou mais problemas de comportamentos e não retirou sua significância estatística. TMC constituiu variável mediadora por estar diretamente associado à VPI grave (ORb = 5,22; IC95% 3,41; 8,00) e ao desfecho estudado.

A VPI grave esteve associada à ocorrência de três ou mais problemas de comportamentos (OR ajustado 2,00), independentemente do TMC, da escolaridade entre zero e oito anos de estudo, de a mãe ter sido vítima de violência física por parceiro íntimo e do apoio social e comunitário fraco/moderado (Tabela 2).

Mulheres com união informal, com escolaridade abaixo do nível superior, com três ou mais filhos, com

Tabela 1. Características sociodemográficas e problemas de saúde mental das mulheres, gravidade da violência por parceiro íntimo contra a mulher e problemas de comportamento e escolar dos filhos. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2001-2002. (n = 790)

Variável	Mulheres que coabitam com filhos entre cinco e 12 anos	
	n	%
Idade da mulher (anos)		
15 a 29	256	31,0
30 a 39	484	61,2
40 a 49	49	7,8
Escolaridade da mulher (anos)		
Maior ou igual a 12	73	10,0
9 a 11	182	22,1
5 a 8	214	26,0
0 a 4	321	41,9
Renda própria da mulher		
Sim	403	53,5
Não	387	46,5
Estado civil		
União formal	383	46,7
União informal	273	33,9
Namoro	45	7,0
Divorciada, viúva, separada	89	12,4
Número de filhos vivos		
1	152	19,2
2	317	40,1
3	179	22,7
4 a 11	142	18,0
Região de residência		
Município de São Paulo	325	40,9
Outra Zona da Mata de Pernambuco	465	59,1
Número de problemas de comportamento		
Nenhum	246	31,2
1 ou 2	453	55,9
3 ou mais	91	12,9
Agressividade contra a mãe ou outras crianças		
Não	612	77,5
Sim	178	22,5
Problemas escolares**		
Não teve problemas	508	68,0
Repetiu/abandonou/interrumpiu os estudos	241	32,0
Transtorno Mental Comum		
Não	528	64,6
Sim	262	35,4

Continua

Tabela 1 continuação

Variável	Mulheres que coabitam com filhos entre cinco e 12 anos	
	n	%
Hábito de fumar		
Não	600	75,7
Ocasionalmente	23	3,2
Diariamente	167	21,2
Gravidade da violência por parceiro íntimo		
Sem violência por parceiro íntimo	369	45,3
Psicológica exclusiva	117	17,4
Física moderada	88	10,3
Grave	216	27,0

*Sem informação para 1 mulher

**Sem informação para 41 mulheres

TMC e com tentativa de suicídio apresentaram maior prevalência de filhos agressivos em análise univariada. A forma grave de exposição à VPI e a ocorrência de cada um dos eventos de vida estressantes estiveram associadas à agressividade, com exceção da ocorrência de abuso sexual por pessoas de fora da família.

O TMC reduziu em mais de 10,0% a associação entre a exposição à VPI e a ocorrência de agressividade, e também se constituiu em variável mediadora (modelo 1) na análise múltipla. As variáveis escolaridade, número de filhos vivos, violência física do pai contra a mãe e abuso sexual por familiar ajustaram a associação entre a exposição à VPI grave com o desfecho, mantiveram-se associadas ao desfecho e permaneceram no modelo (modelo 2). As demais foram retiradas. Ter sofrido VPI grave, ter TMC, ter entre zero e quatro anos de estudo, ter três ou mais filhos, ter sofrido violência sexual por familiar e a mãe ter sido vítima de VPI física mostravam-se fatores associados à ocorrência de agressividade entre os filhos. A variável tentativa de suicídio apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho, porém retirou a significância da associação da VPI grave (modelo 3).

Viver em situação de união informal, ter três ou mais filhos, morar na ZMPE e ter de zero a oito anos de estudo foram fatores associados à maior ocorrência de repetência, abandono ou interrupção escolar entre os filhos em análise univariada. As mulheres com TMC que fumavam diariamente também referiram mais desses problemas.

A ausência de apoio familiar, a intoxicação alcoólica quase diária do parceiro, a VPI física contra a mãe e a primeira relação sexual antes de ou aos 15 anos forçada e consentida estiveram associadas a esses problemas.

Tabela 2. Gravidade da violência por parceiro íntimo contra a mulher e sua associação com número de problemas de comportamentos entre os filhos em idade escolar. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2001-2002.

Gravidade da VPI	Modelo 1*		Modelo 2**		Modelo 3***	
	1 ou 2 problemas OR bruto (IC95%)	3 ou mais problemas OR bruto (IC95%)	1 ou 2 problemas OR ajustado (IC95%)	3 ou mais problemas OR ajustado (IC95%)	1 ou 2 problemas OR ajustado (IC95%)	3 ou mais problemas OR ajustado (IC95%)
Sem VPI	1	1	1	1	1	1
Psicológica exclusiva	1,48 (0,86;2,53)	2,68 (1,10;6,55)	1,19 (0,70;2,03)	1,63 (0,76;3,50)	1,10 (0,65;1,86)	1,59 (0,75;3,35)
Física moderada	0,82 (0,45;1,47)	1,88 (0,73;4,85)	0,62 (0,33;1,14)	1,01 (0,37;2,74)	0,56 (0,29;1,07)	0,89 (0,30;2,62)
Grave	2,17 (1,30;3,62)	4,60 (2,22;9,51)	1,67 (1,00;2,79)	2,55 (1,25;5,19)	1,43 (0,86;2,42)	2,03 (1,04;3,95)

* ajustado pelo Transtorno Mental Comum (TMC) (quatro graus de liberdade)

** ajustado por TMC + escolaridade da mulher + violência física do pai (avô) contra a mãe (avó) (sete graus de liberdade)

*** ajustado por TMC + escolaridade da mulher + violência física do pai (avô) contra a mãe (avó) + apoio social e comunitário (oito graus de liberdade)

Tabela 3. A gravidade da violência por parceiro íntimo contra a mulher e sua associação com a agressividade e problemas escolares entre os filhos. Município de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, 2001-2002.

Gravidade da VPI	(N= 178)		OR bruto (IC95%)	Modelo 1 ^a OR ajustado (IC95%)	Modelo 2 ^b OR ajustado (IC95%)	Modelo 3 ^c OR ajustado (IC95%)
	N	%				
Agressividade						
Sem VPI	51	14,8	1	1	1	1
Psicológica exclusiva	34	25,8	1,99(1,11;3,59)	1,59 (0,84;3,03)	1,54 (0,78;3,04)	1,53 (0,78;3,01)
Física moderada	23	25,2	1,94(0,98;3,81)	1,50 (0,76;2,95)	1,39 (0,69;2,79)	1,28 (0,65;2,51)
Grave	70	32,2	2,72(1,69;4,39)	2,07 (1,25;3,43)	1,66 (1,01;2,74)	1,48 (0,89;2,49)
Problemas escolares						
Sem VPI	90	26,1	1	1	1	
Psicológica exclusiva	39	34,3	1,48(0,88;2,48)	1,29(0,78;2,16)	1,10(0,66;1,84)	
Física ou sexual moderada	25	28,8	1,14(0,64;2,06)	1,05(0,58;1,92)	0,80(0,41;1,57)	
Física ou sexual grave	87	42,0	2,05(1,30;3,25)	1,62(1,01;2,61)	1,20(0,72;1,99)	

VPI: violência por parceiro íntimo

^a ajustado por Transtorno Mental Comum (TMC) (quatro graus de liberdade) a) teste de Hosmer-Lemeshow p = 0,9999^b ajustado por TMC + escolaridade da mulher + número de filhos + violência física do pai (avô) contra a mãe (avó) + abuso sexual por familiar (nove graus de liberdade) b) teste de Hosmer-Lemeshow p = 0,5928^c ajustado por TMC + escolaridade da mulher + número de filhos + violência física do pai (avô) contra a mãe (avó) + abuso sexual por familiar + tentativa de suicídio (dez graus de liberdade) c) teste de Hosmer-Lemeshow p = 0,7307^d ajustado por escolaridade da mulher – (cinco graus de liberdade) a) teste de Hosmer-Lemeshow p = 0,9401^e ajustado por escolaridade da mulher + número de filhos + local de residência + frequência de intoxicação alcoólica pelo parceiro + violência física contra a mãe (avó) + hábito de fumar (16 graus de liberdade) b) teste de Hosmer-Lemeshow p = 0,7366

A exposição à VPI grave associou-se à maior prevalência de problemas escolares na análise univariada. Permaneceram associados ao desfecho na análise múltipla: ter entre zero e quatro anos de estudo, ter três ou mais filhos, morar na ZMPE, o parceiro se intoxicar quase diariamente, a mãe da entrevistada ter sofrido VPI física e fumar diariamente. A associação da VPI grave com o desfecho, uma vez ajustada por esses fatores, perdeu significância estatística.

A escolaridade da mulher e o número de filhos constituíram variáveis mediadoras da relação entre a exposição à VPI grave e o desfecho, pois reduziram em mais de 10% (modelo 1) a força da associação e estiveram associadas às variáveis dependente e independente. O OR bruto (IC95%) referente à associação entre ter de zero a quatro anos de estudo e sofrer VPI grave foi de 3,88 (1,68;8,93), e o referente à associação entre ter três ou mais filhos e sofrer VPI grave, de 2,09 (1,44;3,05).

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados são consistentes com a literatura internacional¹² ao apontarem que a exposição à VPI grave afeta o comportamento dos filhos em idade escolar por mecanismos diretos e indiretos. A mulher ter sido vítima de VPI grave é condição diretamente associada à ocorrência de três ou mais problemas de comportamento entre seus filhos, independentemente da sua condição de saúde mental, da sua escolaridade, da experiência de VPI física contra a mãe da entrevistada e do apoio social e comunitário.

A VPI associa-se indiretamente a esses problemas por meio do seu impacto na saúde mental materna, como mostram os resultados da análise de mediação. Esses achados confirmam os de Levendosky & Graham-Bermann¹² (2001), segundo os quais a violência doméstica afeta a capacidade de cuidado materno e tem efeitos negativos na saúde mental das crianças por meio do efeito traumático no funcionamento psicológico da mãe.

Esses resultados são convergentes com as teorias do trauma e psicanalíticas, que destacam os prejuízos de conviver em ambiente familiar violento, por meio dos efeitos negativos dos afetos depressivos e ansiosos na mãe. São afetos que se exprimem em irritação, imprevisibilidade e tristeza e prejudicam a qualidade da interação e da organização do ambiente familiar, o que favorece o aparecimento de problemas emocionais e comportamentais nas crianças.

A exposição à VPI grave constitui fator associado a comportamentos agressivos na análise univariada. TMC e tentativa de suicídio, junto com outras variáveis, retiraram a significância dessa associação na análise múltipla, indicando que prejuízos na saúde mental materna, acentuados pelas tentativas de suicídio, são importantes elementos mediadores.

Outras experiências de violência vividas pela mulher, como o abuso sexual perpetrado por familiar e a exposição à VPI física contra sua mãe, constituem fatores diretamente associados à agressividade dos filhos. Experiências de violência vividas na infância (a maioria do abuso sexual por familiar ocorreu antes de ou aos 15 anos) têm efeito mais relevante para o aparecimento de comportamento agressivo dos filhos do que a experiência da VPI na vida adulta.

A baixa escolaridade (entre zero e quatro anos) e o elevado número de filhos (três ou mais) constituíram fatores associados à ocorrência de agressividade entre os filhos. Como a baixa escolaridade é geralmente associada a condições socioeconômicas mais precárias,

supõe-se que elementos desse contexto social, relacionados a diversos tipos de privação, tenham repercussão importante no aparecimento de comportamentos agressivos.

Esse resultado reitera o estudo que se voltou especificamente ao subgrupo dos comportamentos agressivos do inventário de comportamentos da infância e adolescência,⁴ cujo resultado mostrou que a exposição à VPI responde por variância pequena (3,9%) da ocorrência de tais comportamentos.¹⁴ Entretanto, não é consistente com parte da literatura que investiga a associação entre a exposição à VPI e problemas como o transtorno desafiador opositivo ou o transtorno de conduta,^{6,11,19} na qual a associação em tela foi confirmada.

Uma interpretação possível para essa última divergência baseia-se nas diferenças amostrais. Muitos estudos valem-se de amostras de conveniência com mulheres que vivem em abrigos, que freqüentam serviços de atendimento psicológico, psiquiátrico ou pediátrico, delegacias de polícia ou cortes de justiça. Outra interpretação possível refere-se aos parâmetros de classificação dos problemas de agressividade. A presente investigação pode ter usado pergunta pouco específica de aferição da agressividade, o que pode ter levado à inclusão de crianças que não apresentam problemas mais acentuados de comportamentos entre os casos, o que diluiria as estimativas da associação.

A VPI caracterizou-se como fator associado aos problemas escolares na análise univariada. Essa associação não se manteve significativa na análise múltipla.

O papel mediador do número de filhos entre a exposição à VPI e os problemas escolares pode ser interpretado pela hipótese sociológica da “diluição de recursos”,¹⁷ em que a maior paridade reduz o tempo e os recursos dos pais investidos em cada filho, o que influenciaria negativamente o desenvolvimento e o desempenho educacional. Os resultados do presente estudo indicam o número elevado de filhos como fator de interseção entre exposição à VPI e os problemas escolares, conforme achados da literatura que apontam maior número de filhos entre as mulheres que sofrem VPI.^{4,10}

O presente estudo supera importantes limites metodológicos enfrentados em outros estudos, sobretudo no que se refere à seleção amostral e aos cuidados para se reduzir viés de revelação. Por outro lado, permanecem limitações. O uso exclusivo de informações maternas acerca dos filhos impede a detecção dos problemas segundo a ótica das crianças. Além disso, a indistinção da exposição à violência contra as mães da co-ocorrência da violência contra os filhos dificulta o discernimento

^a Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist: 4-18 and 1991 profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.

dos efeitos relacionados a cada uma dessas formas de exposição. O banco de dados oferece poucas informações individuais sobre as crianças como o sexo e a idade. No entanto, este é um dos primeiros estudos brasileiros a realizar essa aproximação sobre o fenômeno.

A violência deve ser diretamente diagnosticada nos serviços de saúde e ser tomada como aspecto relevante para a saúde das mulheres. A melhoria da saúde

das mulheres, em especial da mental, irá interferir na prevenção dos problemas escolares e de comportamento de seus filhos,⁹ mostrando a relevância do estudo de variáveis mediadoras.

Recursos precisam ser alocados para prevenir e amenizar os efeitos da violência, para que as necessidades de saúde mental da mulher e dos seus filhos sejam efetivamente enfrentadas.

REFERÊNCIAS

1. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de Crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(2):349-61. DOI:10.1590/S1413-81232009000200002
2. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*. 1986;51(6):1173-82. DOI:10.1037/0022-3514.51.6.1173
3. Bogat GA, DeJonghe E, Levendosky AA, Davidson WS, Von Eye A. Trauma symptoms among infant exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl*. 2006;30(2):109-25. DOI:10.1016/j.chiabu.2005.09.002
4. Durand JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):310-22. DOI:10.1590/S1415-790X2007000300003
5. Edleson JL. Children's Witnessing of adult domestic violence. *J Interpers Violence*. 1999;14(8):839-70. DOI:10.1177/088626099014008004
6. Fantuzzo JW, Depaola LM, Lambert L, Martino T, Anderson G, Sutton S. Effects of interparent violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59:258-26. DOI:10.1037/0022-006X.59.2.258
7. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multi-country Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8
8. Graham-Bermann AS, Levendosky AS. Traumatic stress symptoms in children of battered women. *J Interpers Violence*. 1998;13(1):111-28. DOI:10.1177/088626098013001007
9. Graham-Bermann AS, Lynch S, Banyard V, DeVoe ER, Halabu H. Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: an efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(2):199-209. DOI:10.1037/0022-006X.75.2.199
10. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending Violence Against Women. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999. (Population reports series L, 11).
11. Kernic MA, Wolf AE, Holt VL, McKnight B, Huebner CE, Rivara FP. Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse Negl*. 2003;27(11):1231-46. DOI:10.1016/j.chiabu.2002.12.001
12. Levendosky AA, Graham-Bermann SA. Parenting in Battered women: the effects of domestic violence on women and their children. *J Fam Violence*. 2001;16(2):171-92. DOI:10.1023/A:1011111003373
13. Levendosky AA, Huth-Bocks, Semel MA, Shapiro DI. Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *J Interpers Violence*. 2002;17(2):150-64. DOI:10.1177/0886260502017002003
14. Litrownik AJ, Newton R, Hunter WM, English D, Everson MD. Exposure to family violence in young at-risk children: a longitudinal analysis of the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *J Fam Violence*. 2003;18(1):59-73. DOI:10.1023/A:1021405515323
15. Luderer AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Jr I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008; 66(4):1008-18. DOI:10.1016/j.socscimed.2007.10.021
16. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1986;15(3):651-9. DOI:10.1017/S0033291700031500
17. Marteleto LJ. O papel do tamanho da família na escolaridade dos jovens. *Rev Bras Estud Popul*. 2002;19(2):159-67.
18. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systematic family violence on children's mental health. *Child Dev*. 1995;66(5):1239-61. DOI:10.2307/1131645
19. McFarlane JM, Gruff JT, O'Brien JA, Watson K. Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white and Hispanic children. *Pediatrics*. 2003;112(3):202-7. DOI:10.1542/peds.112.3.e202
20. Rossman BBR, Hughes HM, Rosenberg MS. Children and interparental violence: the Impact of Exposure. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1999.
21. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Jr I, Diniz S, Portella AP, Luderer AB et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807. DOI:10.1590/S0034-89102007000500014

22. Schraiber LB, Latorre MRDO, França-Junior I, Segri NJ, d' Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO-VAW Study para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4): 658-666.
23. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The effects of children's exposure to Domestic Violence: A meta-analysis and critique. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003;6(3):171-87. DOI:10.1023/A:1024910416164

Artigo baseado na tese de doutorado de Durand JG, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2010.

Durand JG foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; bolsa de doutorado – processo nº 140511\2007-5).

A pesquisa WHO MultiCountry Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women" foi financiada pela Organização Mundial de Saúde e CNPq (Projeto Integrado – Processo 523348/96-7) e Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS (Ref: 914 BRA 59 DST-AIDS II; ED 00/4772; Unesco 914/BRA/59).

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.