ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância



Violência social

Atualização Fevereiro 2012

Editor do Tema:
Richard E. Tremblay, PhD, Université de Montréal, Canada e University College Dublin, Irlanda

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

Índice

Síntese 5

Efeitos da Violência Física Familiar e Comunitária no Desenvolvimento da Criança 8

HOLLY FOSTER, PHDA., JEANNE BROOKS-GUNN, PHDB., OUTUBRO 2011

A Promoção da Primeira Infância como Estratégia de Prevenção à Violência 16

FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS, MD, NEREU HENRIQUE MANSANO, MD, ALESSANDRA SCHNEIDER, MA., OUTUBRO 2011

Prevenção Precoce de Agressões a Crianças em Países em Desenvolvimento 24

LUIS FERNANDO DUQUE, MD., M.S.P., ALEXANDRA RESTREPO, MD., M.SC., FEVEREIRO 2012

A Violência Coletiva e as Crianças 34

JOANNE KLEVENS, MD, PHD., OUTUBRO 2011

Punição Corporal 43

JENNIFER E. LANSFORD, PHDA., SOMBAT TAPANYA, PHDB., PAUL ODHIAMBO OBURU, PHDC., OUTUBRO 2011

Os Efeitos da Violência Comunitária no Desenvolvimento da Criança 53

NANCY G. GUERRA, EDDA, CARLY DIERKHISING, M.A.B, NOVEMBRO 2011

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

Tema financiado por:



©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

Síntese

Qual é sua importância?

Violência social é qualquer tipo de violência cometida por indivíduos ou pela comunidade, com uma finalidade social. Esses atos violentos assumem *formas diversas, dependendo do país*, incluindo conflitos armados, violência de gangues, agressões entre pais e filhos (por exemplo, *punição corporal*), terrorismo, remoção forçada e segregação. A exposição à violência pode ser *direta* (por exemplo, ser vítima de um ato violento) ou *indireta* (por exemplo, ouvir falar sobre violência ou testemunhar violência envolvendo outras pessoas). Na última década, em todo o mundo, mais de dois milhões de crianças com idade abaixo de 18 anos morreram devido a conflitos armados e, no mínimo, seis milhões delas ficaram gravemente feridas. Estima-se também que *25% e 40%* das crianças com idade entre 2 a 17 anos, respectivamente nos Estados Unidos e nas regiões do sul da África, foram expostas à violência em sua comunidade. Além de crescerem em meio à adversidade, a maioria dessas crianças também é *socialmente excluída* da educação formal, dos serviços de saúde, eletricidade, água potável e serviços de saneamento.

Apesar dessas altas estimativas, a exposição à violência social de crianças em idade pré-escolar tem recebido pouca atenção nas últimas décadas, em comparação com crianças mais velhas. Entretanto, a violência social é uma questão de estudo especialmente importante durante esse período de desenvolvimento específico, que *influencia o desenvolvimento da criança* em múltiplos aspectos (físico, social, neurológico e emocional) e em diferentes níveis.

O que sabemos?

As crianças mais novas são especialmente vulneráveis à violência social devido a sua capacidade limitada de administrar o sofrimento psicológico, reduzir a ameaça ou de se afastar da situação. Pelo fato de serem expostas a formas diretas ou indiretas de violência social, elas são mais propensas a *sofrer estresse grave, incontrolável e crônico* que, por sua vez, influencia os sistemas cerebrais que respondem ao estresse. Mais precisamente, a exposição elevada à violência comunitária cria um estado de medo constante, aumentando a sensibilidade da criança a estímulos externos (por exemplo, sons) e reduzindo sua capacidade de abstenção em envolver-se numa ação específica. Consequentemente, essas reações aumentam o risco em desenvolver

distúrbios de saúde mental incluindo depressões, ansiedade e distúrbio de estresse pós-traumático (PTSD), de apresentarem *consequências negativas em sua saúde, vida social e educacional* e de se envolver em *comportamentos de risco* (por exemplo, consumo de drogas, agressões) durante sua infância e vida adulta. A probabilidade de ocorrência desses problemas de ajustamento é maior quando a criança é submetida a *punições corporais*. Ao invés de melhorar os comportamentos destrutivos, o uso de força física por parte dos pais, na verdade, leva a mais agressões e a comportamentos delinquentes e antissociais nas crianças.

É importante ter em conta que fatores como *a idade e o gênero da criança, o grau de exposição, direta ou indireta (por exemplo, através de seu impacto nas pessoas que tomam conta dela) e o contexto cultural* influenciam o impacto negativo da violência social nas crianças. Por exemplo, o efeito da violência comunitária na *interiorização de problemas* (exemplo, depressão, ansiedade) é mais forte nas crianças mais jovens do que nas mais velhas. Entretanto, à medida que crescem, as crianças tornam-se cada vez mais envolvidas na violência comunitária e apresentam, assim, mais *problemas externos* (por exemplo, comportamentos agressivos/violentos) do que as crianças menores. As crianças e aqueles que vivem em áreas economicamente desprovidas correm mais riscos de serem expostos à violência comunitária. Finalmente, as respostas comportamentais das crianças à violência comunitária são influenciadas pela reação de sua mãe aos eventos violentos. Resultados de pesquisas indicam que *comportamentos depressivos maternos* devidos à violência comunitária tendem a aumentar os comportamentos problemáticos das crianças.

O que pode ser feito?

Confrontar e prevenir os resultados negativos associados à exposição à violência social exige *intervenções na comunidade e na sociedade* que visem promover a capacidade de recuperação individual, familiar e comunitária. Considerando que a exposição à violência aumenta a probabilidade de a criança envolver-se em comportamentos de risco à medida que cresce (por exemplo, agressões e evasão escolar), a saída é ter *programas com múltiplos objetivos* focados nos fatores de risco precoce para promover o desenvolvimento social, emocional e comportamental da criança. Outro fator importante que amortece a influência da violência social no comportamento da criança é o *bem-estar de quem dela toma conta*. São recomendadas intervenções que ofereçam suporte às famílias expostas à violência (por exemplo, visitas aos lares). Os pais também devem receber abrigo adequado, comida suficiente, água limpa e serviços de saúde para permitir o desenvolvimento da família. Esses recursos de suporte possibilitam

diminuir o sofrimento das pessoas que tomam conta das crianças e, por sua vez, diminuir as probabilidades de *que se cometa violência* por parte das crianças mais velhas. Especificamente, os pais que têm acesso a serviços de suporte estão em uma posição melhor para *oferecer cuidados seguros, estáveis e reativos* para reduzir nas crianças as consequências negativas da exposição à violência. Além de amortecer nas crianças o impacto negativo da exposição à violência, as intervenções visam aumentar o desenvolvimento da família e melhorar o acesso a serviços de incentivo que possam ser úteis para *reduzir o uso de punições físicas*.

Também é importante que os órgãos governamentais e não governamentais (por exemplo, organizações sociais, acadêmicas e centros de pesquisa) unifiquem seus esforços e atuem de forma proativa para evitar/reduzir a ocorrência de violência social. Como exemplo, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde do Brasil (*CONASS*), em colaboração com seus parceiros, compilou uma série de estratégias de intervenção e programas de políticas voltados para corrigir e prevenir a violência. A implementação de campanhas públicas de educação, a promoção de uma equipe para aplicar um programa de saúde familiar e mudanças legislativas para reduzir a violência são parte de suas propostas para resolver o problema da violência social. Por último, os responsáveis pela elaboração de políticas devem estar atentos à forma que as políticas atuais e futuras influenciam as causas de conflitos armados e como elas podem, potencialmente, manter e reforçar exclusões de subgrupos. A *proteção de todos os membros da sociedade e o acesso equitativo aos recursos* devem figurar entre as prioridades governamentais.

Efeitos da Violência Física Familiar e Comunitária no Desenvolvimento da Criança

Holly Foster, PhDa., Jeanne Brooks-Gunn, PhDb.

Texas A & M University, EUA[a], Columbia University, EUA[b]

Outubro 2011

Introdução

A exposição à violência nas vidas das crianças inclui formas indiretas - como testemunhos - e diretas de vitimização em contextos familiares e comunitários.A violência inclui formas físicas, emocionais e sexuais.Aqui, concentramo-nos predominantemente na exposição à violência física. A violência comunitária inclui atos cuja intenção é causar danos físicos a uma pessoa da comunidade[1]. A maioria das pesquisas sobre violência comunitária realizada nos EUA[2] indica que cerca de 25% das crianças com idade entre 2-17 anos sofrem desse tipo de exposição.[3] Dados recentes internacionais mostram altos níveis entre crianças de 8-13 anos na Cidade do Cabo, África do Sul, onde 40% delas testemunharam alguém sendo assassinado na área em que moram.[4] Dados comparativos do país inteiro estão disponíveis no projeto *World Studies of Abuse in the Family Environment – WorldSAFE* (Estudos Mundiais sobre Abuso no Ambiente Familiar), onde se estima que 4% das crianças dos EUA e Chile já foram espancadas com algum objeto (não nas nádegas).[5] A exposição a essa forma de agressão física pais-filhos é estimada ter ocorrido com 26% das crianças do Egito, 36% das crianças nas áreas rurais da Índia e 21% das crianças das Filipinas.[5] Estimativas de ameaças a crianças com facas ou armas de fogo, ou por asfixia são uniformemente baixas em todos os países, variando entre 0-2%.[5] Pesquisas internacionais estimam globalmente que, a cada ano, 133-275 milhões de crianças presenciam violência no lar.[2] As estimativas em países desenvolvidos variam de 4,6-11,3 milhões, com estimativa de 40,7-88 milhões na África do Sul, 34,9-38,2 milhões na África Subsaariana e 11,3-25,5 milhões na América Latina e no Caribe.[2]

Assunto

As pesquisas mostraram efeitos prejudiciais generalizados de interiorização de problemas gerados pela exposição à violência (por exemplo, sintomas de depressão/ansiedade), de externalização (por exemplo, comportamentos agressivos), e consequências sociais e

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

educacionais na infância e na adolescência.[6-9] Pesquisas recentes também encontraram vínculos consistentes entre exposição à violência comunitária e a asma em crianças[10,11], incluindo dificuldade de respirar em crianças em idade pré-escolar.[12] Os efeitos podem ser melhor resumidos conforme o tipo de exposição à violência. Em primeiro lugar, de forma geral, através de múltiplos estudos, uma metanálise revelou que a exposição total à violência comunitária tem uma tendência muito maior de externalização do que de interiorização dos problemas, sendo que se revelou que os efeitos mais fortes foram de síndrome de estresse pós-traumático (em inglês, PTSD).[13] Através de subtipos de exposição à violência comunitária, a metanálise mostrou que, na interiorização dos problemas, a vitimização direta havia provocado efeitos mais fortes do que o fato de ter presenciado a violência. A vitimização e o testemunho da violência tiveram efeitos mais fortes na externalização dos problemas do que o fato de ter conhecimento da violência comunitária.Finalmente, o impacto dos efeitos varia conforme a idade. Os efeitos mais fortes da violência comunitária foram encontrados entre os adolescentes, e não nas crianças.Entretanto, após considerar as características do estudo, análises mais aprofundadas sugerem efeitos mais fortes da violência comunitária na externalização dos problemas entre os adolescentes (idade entre 12-25), enquanto que os efeitos mais fortes encontrados entre as crianças (idade de 11 anos e abaixo), em comparação com adolescentes, é o da interiorização dos problemas.[13]

Em segundo lugar, em relação à agressão física entre pais-filhos, foram encontrados nas crianças efeitos prejudiciais com problemas de interiorização, externalização e acadêmicos.[14,15,8] Resultado final das outras vitimizações, o efeito relativo mais forte do abuso infantil foi representado por sintomas depressivos entre crianças com idade entre 2-9 anos e 10-17 anos.[16] Estudos demonstram um vínculo prejudicial generalizado entre a exposição à violência doméstica e problemas comportamentais.[17] Em terceiro lugar, uma pesquisa recente também apontou o papel das exposições múltiplas à violência nos resultados que a criança apresenta.Uma pesquisa sobre “poli-vitimização”, definida em quatro diferentes tipos de vitimização no ano anterior, indica aumento dos sintomas traumáticos (por exemplo, raiva, depressão e ansiedade).[18] Outro estudo descobriu que jovens que sofreram vitimizações múltiplas tinham notas mais baixas do que os jovens com níveis mínimos de vitimização e jovens que tinham sido vitimizados principalmente por seus pares.[19]

Problemas

É necessário que sejam feitas mais pesquisas sobre os efeitos da exposição à violência ao longo do tempo.Isso exige estudos longitudinais que deveriam isolar as influências da exposição à

violência, considerando também outras adversidades e problemas comportamentais anteriores.

Nas pesquisas sobre exposição à violência com crianças pequenas, a maioria dos estudos utiliza amostras de situações extremamente desfavoráveis.É necessário que sejam feitas mais pesquisas sobre a prevalência e as consequências da exposição à violência nas vidas de crianças pequenas em amostragens comunitárias comparativas generalizadas.

Além disso, considerando que as sequelas da exposição à violência são encontradas em pesquisas existentes a serem difundidas, os estudos precisam continuar a incluir uma ampla variedade de resultados. É preciso haver mais pesquisas transnacionais sobre violência comunitária.

Conteúdo da Pesquisa

A pesquisa sobre a violência comunitária e familiar precisa ser entendida em relação aos fatores de risco da exposição. A exposição à violência varia conforme fatores de área, familiares e individuais.Os níveis mais altos de agressão física entre pais-filhos estão associados ao fato de viver em contextos de áreas desfavorecidas economicamente, assim como em áreas com altos níveis de crimes violentos.[20] A situação socioeconômica e a estrutura familiar também são fatores de riscos da exposição à violência no nível familiar.[6,9] A situação socioeconômica é um fator que prediz a exposição à violência concomitante.[21] Minorias étnicas são mais propensas à exposição à violência comunitária.[6,22] Também existem algumas evidências de diferenças de gênero, embora o tipo de violência considerado seja importante. O sexo masculino é mais propenso a ser exposto à violência comunitária.[6] Entretanto, algumas pesquisas não encontraram nenhuma diferença de gênero no ambiente doméstico,[23] enquanto que outros estudos indicaram que o sexo feminino é mais propenso a testemunhar violência doméstica do que o masculino.[24]

Principais Questões da Pesquisa

Os contextos da escola e da comunidade são locais promissores para intervenção e prevenção das influências da exposição à violência, mas é preciso que sejam feitas mais pesquisas sobre isso.Quais são os fatores de vizinhança e escolares que reduzem o impacto da exposição à violência nas crianças? Além disso, quais são os fatores familiares e individuais que reduzem as influências da exposição à violência nas vidas das crianças? Os fatores de redução variam seu grau de influência conforme o estágio de desenvolvimento da criança?Quais são os fatores de vizinhança e escolares associados aos riscos de poli-vitimização, ou à concomitância da exposição à violência nas vidas das crianças?Que formas de violência concomitantes são observadas nos

diferentes estágios de desenvolvimento das vidas das crianças?

Resultados Recentes de Pesquisas

Entre as crianças em idade pré-escolar, a exposição à violência comunitária e familiar está associada a um número maior de consequências problemáticas com as crianças. Entretanto, pesquisas indicam que a influência da exposição à violência comunitária e familiar funciona através de um modelo “meditacional”, ou por uma via de influência através de cuidadores. Nesse trabalho, o sofrimento materno é teorizado como elemento central para crianças em idade pré-escolar, pois elas são mais propensas a vivenciar violência comunitária na companhia de suas mães. As crianças buscam informações com suas mães, e o sofrimento materno em resposta a eventos violentos é visto como elemento que afeta o comportamento da criança.[25] Por exemplo, observou-se entre crianças pequenas (idade entre 3-5) de um programa de Inserção Social, que a violência comunitária aumentava o sofrimento materno o qual, por sua vez, aumentava a incerteza da criança em relação aos que a rodeiam, diminuía sua atividade cognitiva e diminuía a interação positiva com os companheiros.[26] Em outro estudo, entre crianças em idade pré-escolar, os sintomas de depressão materna constituíam parte da via através da qual a exposição à violência comunitária afetava o sofrimento da criança.[27] Entre uma amostra de alto risco de crianças com idade entre 3-5, foi observado que tanto a agressão familiar como a violência comunitária aumentavam o sofrimento materno o qual, por sua vez, aumentava os problemas comportamentais da criança.[25]

Pesquisas em crianças mais velhas apontam para fatores que “moderam" ou atenuam as influências da violência comunitária nas consequências problemáticas da criança.Tem sido observado de forma consistente que o auxílio social reduz os efeitos da violência nas consequências problemáticas da criança.[28,9] Mais ainda, a coesão familiar atenua os efeitos da exposição à violência familiar na perpetração da violência masculina.[29] Também têm surgido pesquisas sobre fatores de proteção em contextos escolares e comunitários. Um estudo canadense sobre efeitos do abuso infantil na deliquência violenta indicou uma influência compensadora de uma intervenção escolar:o efeito do risco do abuso foi menor no grupo que recebeu um programa focado em habilidades e relacionamento.[30] Esse efeito atenuante do programa de intervenção da escola foi observado novamente dois anos mais tarde.[31] Outro estudo sobre jovens de Gâmbia, na África, indicou que um ambiente escolar positivo reduzia os efeitos do fato de ter presenciado violência comunitária em sintomas de estresse pós-traumático.[32] Finalmente, um estudo de jovens dos Povos Indígenas do Canadá revelou que tanto a resiliência

individual, como a familiar e a comunitária reduzem os efeitos de uma ampla medida de exposição à violência no grupo que tem uma recorrência de sintomas de síndrome de sofrimento pós-traumático.[33]

Lacunas da Pesquisa

A exposição de pré-escolares à violência recebeu menos atenção do que os estudos sobre crianças mais velhas, mas esse é um período de desenvolvimento especialmente importante, quando as crianças estão desenvolvendo habilidades sociais e cognitivas e se preparando para a transição rumo à vida escolar formal.[26,27] São necessárias outras pesquisas sobre crianças com menos idade em estudos representativos e de larga escala sobre comunidades. Também são necessários estudos longitudinais de exposição à violência em pré-escolares que possam examinar as mudanças no comportamento da criança ao longo do tempo.

É preciso haver mais pesquisas sobre os caminhos que levam da exposição à violência a consequências problemáticas em diferentes estágios de desenvolvimento.É preciso haver mais trabalhos sobre as influências potencialmente atenuantes da escola e dos recursos da comunidade, além dos recursos familiares e individuais em todos os estágios de desenvolvimento. Já foram iniciadas pesquisas sobre os recursos da comunidade e da escola com crianças mais velhas, mas essas influências nas vidas de crianças menores também devem ser examinadas. Da mesma forma, os efeitos atenuantes dos recursos sociais e pessoais devem ser testados em todos os múltiplos tipos de exposição à violência. Os estudos precisam medir os múltiplos tipos de exposição à violência em sua concepção da pesquisa. São necessários mais estudos que analisem os recursos atenuantes da exposição à violência na concepção de pesquisas longitudinais e sobre consequências múltiplas. Também é necessário haver mais pesquisas comparativas internacionais.

Conclusões

A exposição à violência ocorre em diferentes contextos sociais nas vidas das crianças, incluindo famílias e comunidades e, frequentemente, ocorrem concomitantemente na forma de múltiplas exposições à violência. As crianças são expostas à violência tanto quando bem pequenas como quando mais velhas.As crianças oriundas de áreas e famílias desfavorecidas estão particularmente em risco de exposição à violência. Em relação a crianças menores, foram identificadas situações em que a exposição à violência afeta a saúde mental do cuidador, o que,

por sua vez, afeta os resultados da criança. Entre crianças mais velhas, a exposição à violência tem influências diretas prejudiciais em uma larga diversidade de consequências sociais, emocionais e acadêmicas. Algumas pesquisas promissoras estão surgindo sobre características de famílias, escolas e comunidades que poderiam reduzir em maior grau os efeitos da exposição à violência nas vidas das crianças.Está surgindo um apoio social como um recurso de proteção na redução do impacto da exposição à violência comunitária nas vidas das crianças.Adicionalmente, surgem ainda características de comunidades e escolas (por exemplo, ambiente escolar e resiliência comunitária) como meios de proteção na redução da exposição à violência comunitária e das influências do abuso infantil nas vidas de crianças mais velhas.São necessários mais trabalhos sobre esses esforços de prevenção e de intervenção em uma larga escala de consequências e grupos etários de crianças.

Implicações para os pais, serviços e programa de ação

De forma ideal, deveriam ser aplicados mais recursos em iniciativas para reduzir os níveis de exposição à violência de forma geral em comunidades e nas famílias.Entretanto, também estão disponíveis um plano de ação mais imediato e oportunidades de prevenção que fornecem dados de pesquisa. Em primeiro lugar, entre pré-escolares, pode ser especialmente útil oferecer suporte a cuidadores expostos à violência.[25] Recursos de suporte podem diminuir o sofrimento do cuidador o que, por sua vez, reduziria os problemas comportamentais da criança. Em segundo lugar, entre os jovens de mais idade, esforços para dar suporte à atividade familiar podem reduzir a perpetração da violência.[29] A função dos recursos atenuantes em contextos que diminuam o efeito das exposições à violência nos comportamentos das crianças deveria incluir uma larga diversidade de resultados, incluindo realizações educacionais.Estão surgindo fatores escolares como recursos de proteção entre jovens mais velhos, com resultados aparecendo no Canadá e Gâmbia, na África.[30,33] Deveria haver mais pesquisas sobre fatores escolares entre crianças menores. São promissores os esforços para estimular os recursos atenuantes na comunidade e na escola, pois eles podem alcançar uma grande diversidade de estudantes. Os resultados da pesquisa sugerem que os recursos em múltiplos contextos sociais poderiam ser associados de uma forma melhor, para reduzir o impacto da exposição à violência nas crianças.[21]

Agradecimento

Agradecemos muito o apoio ao nosso trabalho oferecido pelo NICHD (National Institute of Child Health & Human Development) #R01-HD049796-01.

Referências

1. McCart, MR, Smith, DW, Saunders, BE, Kilpatrick, DG, Resnick, H, Ruggiero, K.J. Do urban adolescents become desensitized to community violence? Data from a national survey. *Am J Orthopsychiatry*. 2007; 77 (3): 434-42.
2. Pinheiro, P.S. *World report on violence against children*. United Nations Secretary-General's Study on Violence Against Children. Geneva, Switzerland, 2006.
3. Finkelhor, D, Turner, H, Ormrod, R, Hamby, SL. Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010; 164 (3): 238-42.
4. Shields, N., Nadasen, K., Pierce, L. A comparison of the effects of witnessing community violence and direct victimization among children in Cape Town, South Africa. *J Interpers Violence*. 2009; 24(7): 1192-1208.
5. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
6. Buka, SL, Stichick, TL, Birdthistle, I, Earls, F. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *Am J Orthopsychiatry*. 2001; 71 (3): 298-310.
7. MacMillan, R. Violence and the life course: the consequences of victimization for personal and social development. *Annu Rev Sociol*. 2001; 27: 1-22.
8. Margolin, G, Gordis, EB. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychol*. 2000; 51: 445-79.
9. Foster, H, Brooks-Gunn, J. Toward a stress process model of children's exposure to physical family and community violence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009; 12 (2): 71-94.
10. Sternthal, MJ, Jun, H-J, Earls, F, Wright, RJ. Community violence and urban childhood asthma: a multilevel analysis. *Eur Respir J*. 2010; 36 (6): 1400-09.
11. Wright, RJ, Mitchell, H, Visness, CM, Cohen, S, Stout, J, Evans, R, Gold, DR. Community violence and asthma morbidity: The inner-city Asthma study. *Am J Public Health*. 2004; 94 (4): 625-632.
12. Berz, JB, Carter, AS, Wagmiller, RL, Horwitz, SM, Murdock, KK, Briggs-Gowan, M. Prevalence and correlates of early onset asthma and wheezing in a healthy birth cohort of 2-3 year olds. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32 (2): 154-66.
13. Fowler, PJ, Tompsett, CJ, Braciszeweski, JM, Jacques-Tiura, AJ, Baltes, BB. Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Dev Psychopathol*. 2009; 21 (1): 227-59.
14. Boney-McCoy, S, Finkelhor, D. Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63 (5): 726-36.
15. Malinosky-Rummell, R, Hansen, DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull*. 1993; 114 (1): 68-79.
16. Turner, HA, Finkelhor, D, Ormrod, R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Soc Sci Med*.2006; 62 (1): 13-27.
17. Kitzmann, KM, Gaylord, NK, Holt, AR, Kenny, ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71 (2): 339-52.
18. Finkelhor, D, Ormrod, R, Turner, HA. Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Dev Psychopathol*. 2007; 19 (1): 149-66.
19. Holt, MK, Finkelhor, D, Kaufman-Kantor, G. Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse Negl*. 2007; 31 (5): 503-15.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

20. Molnar, BE, Buka, SL, Brennan, RT, Holton, JK, Earls, F. A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: results from the Project for Human Development in Chicago Neighborhoods. *Child Maltreat.* 2003; 8 (2): 84-97.

21. Herrenkohl, TI, Sousa, C, Tajima, EA, Herrenkohl, RC, Moylan, CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008; 9 (2): 84-99.

22. Selner-O'Hagan, MB, Kindlon, DJ, Buka, SL, Raudenbush, SW, Earls, FJ. Assessing exposure to violence in urban youth. J Child Psychol Psychiatry. 1998; 39 (2): 215-24.

23. Springer, C, Padgett, D. Gender differences in young adolescents' exposure to violence and rates of PTSD symptomatology. *Am J Orthopsychiatry*. 2000; 70 (3): 370-79.

24. Hanson, RF, Self-Brown, S, Fricker-Elhai, AE, Kilpatrick, DG, Saunders, BE, Resnick, HS. The relationship between family environment and violence exposure among youth: findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreat.* 2006; 11 (1): 3-15.

25. Linares, LO, Heeran, T, Bronfman, E, Zuckerman, B, Augustyn, M, Tronick, E. A meditational model for the impact of exposure to community violence on early child behavior problems. *Child Dev*. 2001; 72 (2): 639-52.

26. Farver, JM, Natera, LX, Frosch, DL. Effects of community violence on inner-city preschoolers and their families. *J Appl Dev Psychol*. 1999; 20 (1): 143-58.

27. Farver, JM, Xu, Y, Eppe, S, Fernandez, A Schwartz, D. Community violence, family conflict, and preschoolers' socio-emotional functioning. *Dev Psychol*. 2005; 41 (1): 160-170.

28. Proctor, LJ. Children growing up in a violent community: the role of the family. *Aggress Violent Behav*. 2006; 11 (6): 558-76.

29. Gorman-Smith, D, Henry, DB, Tolan, PH. Exposure to community violence and violence perpetration: the protective effects of family functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004; 33 (3): 439-49.

30. Crooks, CV, Scott, KL, Wolfe, DA, Chiodo, D, Killip, S. Understanding the link between childhood maltreatment and violent delinquency: what do schools have to add? *Child Maltreat*. 2007; 12 (3): 269-80.

31. Crooks, CV, Scott, K, Ellis, W, Wolfe, DA. Impact of a universal school-based violence prevention program on violent delinquency: distinctive benefits for youth with maltreatment histories. *Child Abuse Negl*. 2011; 35 (6): 393-400.

32. O'Donnell, DA., Roberts, WC, Schwab-Stone, ME. Community violence exposure and post-traumatic stress reactions among Gambian youth: the moderating role of positive school climate. *Soc Psychiat Epidemiol.* 2011; 46 (1): 59-67.

33. Zahradnik, M, Stewart, SH, O'Connor, RM, Stevens, D, Ungar, M., Wekerle, C. Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic stress reexperiencing in Mi'kmaq youth. *Int J Ment Health Addict*. 2010; 8 (2): 408-20.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

A Promoção da Primeira Infância como Estratégia de Prevenção à Violência

Fernando P. Cupertino de Barros, MD, Nereu Henrique Mansano, MD, Alessandra Schneider, MA.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasil

Outubro 2011

Introdução

A violência gera sérias consequências para as pessoas e para a sociedade, com fortes repercussões no setor saúde, tanto por ser importante causa de mortalidade e morbidade quanto pelo significativo impacto nos custos da atenção à saúde. As manifestações violentas possuem determinantes sociais, históricos e culturais e não devem ser tratadas como uma mera questão de segurança pública[1,2,3]. O enfrentamento e a prevenção da violência exigem uma afinada articulação intersetorial e a convergência de diversas políticas públicas, dentre elas a de saúde.

Segundo dados preliminares extraídos do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde, em 2009, ocorreram 49.966 óbitos por homicídio (média de 137 por dia); 37.225 mortes no trânsito (107 por dia) e 9.328 suicídios (26 por dia). Somados estes números, tem-se uma média de 270 óbitos diariamente. Se alguma doença transmissível ocasionasse este volume de mortes, ter-se-ia uma situação de comoção nacional!

Tema e contexto de pesquisa

A partir do reconhecimento da relevância e do impacto das diversas ocorrências de violência, os secretários de estado da saúde do Brasil, reunidos na Assembléia do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em setembro de 2007, decidiram inserir o tema da violência na agenda de prioridades da entidade e do Sistema Único de Saúde (SUS). O CONASS concebeu o projeto “Violênc Montreal/Canadá, e os Escritórios de representação no Brasil da Organização Panamericana de Saúde ia: uma epidemia silenciosa”, a partir de um amplo chamamento aos parceiros de gestão do SUS e com a pronta adesão do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Renomadas instituições internacionais foram parceiras nesse projeto, tais como o Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância (*Centre of Excellence for Early Childhood Development*)

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

da Universidade de(Opas), da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem) e do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (Unodc).

Uma das principais atividades realizadas no âmbito do projeto "Violência: uma epidemia silenciosa" foi a realização de cinco seminários regionais e um nacional. Os seminários regionais foram realizados nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Maranhão e Rio de Janeiro de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008. O seminário nacional ocorreu em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em abril de 2008. Foram selecionadas 118 experiências relacionadas ao tema, provenientes de 25 estados brasileiros. Destas, 102 foram apresentadas e discutidas nos seminários regionais, sendo 20 na Região Sul, 21 na Região Centro-Oeste, 16 na Região Norte, 17 na Região Nordeste e 28 na Região Sudeste.

Resultados de pesquisas recentes

O CONASS, ao desencadear um amplo debate sobre as manifestações da violência, suas estratégias de enfrentamento e de prevenção, compilou uma série de propostas de intervenção baseadas em experiências bem-sucedidas que estavam sendo desenvolvidas por secretarias estaduais e municipais de saúde, e que envolviam, em sua maioria, parcerias com outros setores governamentais e da sociedade civil.

1. Propostas para o enfrentamento da violência

O processo de mobilização coordenado pelo CONASS e seus parceiros resultou na elaboração, publicação e disseminação do documento "O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas" (CONASS, 2009) que agregou as contribuições das experiências estaduais e municipais, assim como de experiências internacionais (com destaque para iniciativas do Canadá e da Colômbia). O documento também incorporou contribuições de diversos pesquisadores e profissionais que participaram dos seminários e oficinas.

As propostas foram organizadas em seis áreas de atuação: Vigilância; Prevenção e Promoção (incluindo a participação comunitária e a comunicação social); Organização da Assistência; Formação e Educação Permanente; Pesquisa; e Legislação. Abaixo, são apresentadas as estratégias sugeridas por área de atuação.

1.1 Vigilância

a. Implementar Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde
b. Instituir “Observatórios de acidentes e violências”
c. Implementar em toda a rede de assistência à saúde a Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências
d. Implementar e ampliar os “Serviços Sentinela de Violências e Acidentes”
e. Mapear as áreas com maior frequência de lesões e mortes ligadas à violência e acidentes
f. Aprimorar a qualidade e agilizar as informações dos sistemas de informações já existentes
g. Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado aos casos de tentativas de suicídio nos estados e municípios.

1.2 Prevenção e promoção

Incentivar a promoção, o acompanhamento do desenvolvimento integral e o atendimento às necessidades essenciais da primeira infância, incorporando o Programa de Saúde da Família a essa atividade

a. Ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
b. Inserir na organização da rede de atenção à saúde as ações de prevenção da violência e promoção da saúde
c. Implementar campanhas de comunicação social
d. Instituir nas três esferas de governo câmaras setoriais das políticas de saúde, segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz
e. Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado nos casos de tentativas de suicídio nos estados e municípios.

1.3 Organização da assistência

a. Organizar a atenção com base nos indicadores de saúde e no diagnóstico elaborado pelas equipes de saúde, com o objetivo de disponibilizar ações e serviços (pontos de atenção) de acordo com território sanitário e o nível de atenção.

1.4 Formação e educação permanente

a. Promover a capacitação das equipes do Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

b. Desenvolver atividades de educação permanente

c. Desenvolver programas de transferência de tecnologia de abordagem da violência e construção da paz nos estados e municípios

d. Desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde preventiva, cidadania e meio ambiente.

1.5 Pesquisa

a. Realizar estudos sobre morbimortalidade por violência

b. Realizar estudos relacionados ao conhecimento do perfil das vítimas e dos agressores

c. Realizar avaliação das políticas públicas, programas e serviços existentes

d. Realizar estudos sobre custos e impacto econômico e financeiro

e. Organizar um observatório de divulgação dos conhecimentos produzidos.

1.6 Legislação

a. Intersetorialidade: instituir, por meio de legislação específica de cada esfera de governo (municipal, estadual e federal), câmaras setoriais das políticas de segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz

b. Controlar o consumo e a publicidade de bebidas alcoólicas

c. Promover a diminuição da violência no trânsito por meio de alterações na legislação

d. Promover ações de combate e repressão ao crime

e. Coibir a violência de gênero e contra grupos etários mais vulneráveis.

2. Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância

Estudos realizados no Canadá e apresentados durante a conferência magna do Seminário Nacional (Porto Alegre/RS/Brasil – 2008) pelos Profs. Richard Tremblay e Sylvana M. Côté, da Universidade de Montréal, demonstram que ao contrário do senso comum de que o comportamento violento tem seu ponto máximo e se inicia na adolescência, a agressão física, na verdade, já está presente em crianças menores de seis anos de idade, declinando a partir daí

com o aumento da idade. Crianças pequenas recorrem com frequência e de maneira espontânea à agressão física para atingir seus objetivos. Elas geralmente não aprendem a agredir a partir do meio que as circunda, mas, à medida que se socializam, desenvolvem a linguagem e internalizam as regras sociais, aprendem a não recorrer à agressão e a utilizar soluções alternativas para resolver seus problemas.

Assim, pesquisas atuais demonstram a importância dos cuidados sistemáticos destinados a crianças pequenas e/ou a mães jovens e em vulnerabilidade social, por meio de visitas domiciliares a partir da gestação.[5-12] Demonstram, também, o efeito protetor das creches sobre as crianças de risco com melhora no desenvolvimento da linguagem, no conhecimento dos números, na maturidade para a aprendizagem e na prevenção do comportamento violento[13-16] Estudos de custo-benefício apontam que o investimento na primeira infância reduz os gastos potenciais com pessoas de comportamento violento em sete vezes, aos 27 anos, e em 13 vezes, aos 40 anos.[16,17]

Dentre as propostas de prevenção à violência apresentadas pelo CONASS, destaca-se de modo especial o incentivo à promoção e ao acompanhamento do desenvolvimento integral da criança, desde a concepção e nos primeiros anos de vida, e o atendimento às necessidades essenciais na primeira infância. Este tema vem sendo objeto de ações concretas do CONASS, no sentido de sua adoção como política pública para a prevenção da violência.

A tradução para o português do relatório “Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância”[16], e do filme (documentário) “As origens da agressão”, seguida de sua distribuição para todo o Brasil objetivaram ampliar o debate e possibilitar a utilização destes instrumentos na formulação de políticas públicas que ajudem a prevenir a violência. Os documentos citados foram produzidos pelo Centro de Excelência Centro para o Desenvolvimento na Primeira Infância (CEDPI - *Centre of Excellence for Early Childhood Development*) e pelo Grupo de Pesquisa sobre Inadaptação Psicosocial na Infância, da Universidade de Montreal, e traduzidos e distribuídos no Brasil pelo CONASS.

Outra atividade extremamente relevante decorrente da parceria entre o CONASS e o CEDPI, celebrada em 2008, tem sido a elaboração da versão em língua portuguesa da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância (disponível em: www.enciclopedia-crianca.com) e a possibilidade de acesso a essas informações por pais, profissionais e formuladores de políticas sociais. O amplo acesso às evidências científicas disponíveis nos artigos de especialistas e nas mensagens-chave da Enciclopédia contribui de forma decisiva para ensejar ações de promoção

na primeira infância e para a prevenção da violência. Para tanto, juntou-se ao CONASS, nesta iniciativa, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, de São Paulo, de cuja parceria decorre outras ações em favor da primeira infância brasileira.

Para fazer frente aos complexos desafios da sociedade contemporânea, seja a violência ou mesmo a promoção do desenvolvimento infantil, é indispensável atuar em parceria e em redes de cooperação, somando esforços para o alcance de objetivos comuns. O CONASS, em 2010, participou intensamente das oficinas de trabalho da Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional, coordenadas pelo Ministério da Saúde. Tal iniciativa objetivava fomentar o cuidado humanizado à saúde da mulher e da criança, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral no período de zero a cinco anos de idade.

Em 2010, o CONASS passou a integrar a Rede Nacional Primeira Infância (RNPI), que é uma articulação nacional de organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado, de outras redes e de organizações multilaterais que atuam na promoção da primeira infância. A RNPI elaborou e entregou ao Governo brasileiro o Plano Nacional pela Primeira Infância[18] com sugestões de ações abrangentes e articuladas de promoção e realização dos direitos da criança de até seis anos, para os próximos 12 anos (2010-2022), em dezembro de 2010, em Brasília.

É oportuno destacar que a presidente do Brasil, Dilma Rousseff, eleita para o período 2011-2014, estabeleceu como prioridade a construção de 6.000 creches para a ampliação do atendimento educacional a crianças de zero a três anos. Em 2011, apenas cerca de 18% das crianças de até três anos têm acesso à creche no Brasil. O atual Plano Nacional de Educação prevê que até 2020, 50% das crianças menores de três anos estejam frequentando esse tipo de estabelecimento educacional.

Conclusão

O enfrentamento da violência, essa epidemia silenciosa do século XXI, requer decisão política, articulação entre diversas instituições e segmentos da sociedade (poder público, organizações sociais, centros acadêmicos e de pesquisa, iniciativa privada, etc), assim como a formulação e a implementação de programas e políticas públicas baseadas em evidências. O CONASS, ciente desta realidade e dos seus desafios, tem atuado com afinco no estabelecimento de parcerias e na disseminação de informações relevantes sobre o tema da violência e, sobretudo, no

desenvolvimento de estratégias de prevenção relacionadas à atenção integral, aos cuidados e à aprendizagem na primeira infância. Acreditamos que o futuro da nação caminha sob os pés de suas crianças.

Referências

1. Concha-Eastman, A., & Malo M. (2007). Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde [From suppression to prevention of violence: the challenge posed to civil society and the health care sector]. *Ciência & Saúde Coletiva* [Science & Collective Health], 11 (Sup): 1179-1188.

2. World Health Organization [WHO], (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.

3. Reichenheim M.E., Souza, E. R., Moraes, C.L., Jorge M.P., Silva, C.F., Minayo, M.S. (2011). Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros [Violence and injuries in Brazil: effects, advances attained and future challenges].*The Lancet – Saúde no Brasil* [Health in Brazil], May 2011.

4. National Council of Health Secretaries [CONASS], (2009). *Violência uma epidemia silenciosa – Seminário Nacional: propostas, estratégias e parcerias por área de atuação* [Violence as a silent epidemic - National Seminar: proposals, strategies and partnerships by area of activity]. CONASS Document no. 17. Brasilia.

5. Barnes, J., Ball, M., Meadows, P., Belsky, J. & the FNP Implementation Research Team. (2009). *Nurse-Family Partnership Programme Second Year Pilot Sites Implementation in England: The Infancy Period*. Research Report DCSF-RR166. London: Birkbeck College, University of London.

6. Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C.R., Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J., & Olds, D. (2010). Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Hove Visitation on the Life Course of Youths, 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, Vol. 164 (N.1) Jan, 2010.

7. Kitzman HJ. (2004/2010). Programas eficazes de desenvolvimento infantil para famílias de baixa renda: intervenções de visita domiciliar durante a gravidez e a primeira infância. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Available at: http://www.enciclopedia-crianca.com/documents/KitzmanPRTxp1-Visita.pdf. Accessed October 4, 2011.

8. Olds, D. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.

9. Olds, D., Eckenrode J., Henderson C.R. Jr, et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 278(8):637-643.

10. Olds, D., & Kitzman, H.J. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children*, 3(3): 52-92.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

11. Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 48, N. 3-4, pp. 355-391.

12. Tolani, N., Brooks-Gunn, J., & Kagan, S. L. (2006). *Running Head: Parenting Education Programs for Poor, Young Children – A Cross-National Exploration. National Center for Children and Families*. Teachers College, Columbia University.

13. McCain, M.N., Mustard, F.J., & Shanker, S. (2007). *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. Toronto: Council for Early Child Development.

14. de Moura D.R., Costa J.C., Santos I.S., Barros A.D., Matijasevich A., Halpern R., Dumith S., Karam S., Barros F.C. (2010). Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 24, 211–221.

15. Mustard, JF. (2010) Early brain development and human development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 1-5. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/MustardANGxp.pdf. Accessed October 4, 2011

16. Tremblay, R.E., Gervais, J., & Petitclerc, A. (2008). Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância [Early learning prevents youth violence]. Report. Available at http://www.conass.org.br/admin/arquivos/relatorio_para_grafica.pdf. Accessed October 4, 2011.

17. Schweinhart L, Montie J, Xiang Z, Barnett WS, Belfield CR, Nores M. *Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40*. Vol 14. Ypsilanti, MI: High/Scope Press; 2005.

18. National Early Childhood Network [RNPI], (2010). Plano Nacional pela Primeira Infância [National Early Childhood Plan]. Brasilia. Available at http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf. Accessed October 4, 2011.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

Prevenção Precoce de Agressões a Crianças em Países em Desenvolvimento

Luis Fernando Duque, MD., M.S.P., Alexandra Restrepo, MD., M.Sc.

PREVIVA, Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colômbia

Fevereiro 2012

Introdução

As manifestações de violência são significativamente mais comuns nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos. A África e a América Latina têm os índices mais altos de mortes violentas do mundo.[1] Também se observa que os problemas de agressividade e os problemas comportamentais têm início na infância em países pobres como o Brasil,[2] Egito[3] e Colômbia.[4-6] Portanto, é possível notar a importância de se oferecer programas de prevenção da violência nos países em desenvolvimento. A fim de prevenir a violência, esses programas devem ser eficazes e sustentáveis, utilizando os recursos desses países e devem ser culturalmente aceitos nas regiões onde são implantados.

Importância do tema

Tanto nos países desenvolvidos[7-9] como nos países em desenvolvimento,[10] tem sido documentado que a agressão precoce serve como um fator prenunciador de crime e violência na juventude e na idade adulta. Também é um fator que prediz outros comportamentos que ameaçam a vida social e pessoal do indivíduo, como consumo de drogas, alcoolismo, baixos resultados nos estudos, tabagismo, sexo inseguro, gravidez na adolescência, violência familiar e problemas no trabalho. [7-9]

Esses comportamentos de risco tendem a ocorrer de forma concomitante e podem ser considerados como sendo comorbidades[11] com causas em comum.[12] Isso nos dá uma base para deduzir que seria possível desenvolver programas bem sucedidos para a prevenção precoce da violência que possam também repercutir em outros comportamentos de risco: ou seja, programas com objetivos múltiplos. Essa abordagem é especialmente importante para os países em desenvolvimento, pois evita a necessidade de manter uma série de programas paralelos que tenham por objetivo a prevenção de comportamentos de risco específicos, tais como consumo de droga, alcoolismo, afiliação a gangues, etc., além de reduzir o número de pessoal e a carga

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

administrativa, assim como os custos que lhes são associados. Nos países desenvolvidos[13-15] e em desenvolvimento,[16-21] tem sido documentado que isso é possível, mas precisamos ter mais e melhores evidências sobre o assunto.

Os comportamentos mencionados anteriormente apresentam riscos à vida pessoal e social e são, por sua vez, associados a diversas das principais causas de doença, incapacitação e morte nos países em desenvolvimento. Entre os riscos incluímos mortes violentas, lesões físicas, agressões pessoais, acidentes de tráfego, diversos tipos de câncer, doenças pulmonares, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS.[22-25] Outra associação importante é o vínculo entre a agressão na infância e os problemas de aprendizado[26] e os índices de evasão escolar,[27] que retardam o desenvolvimento pessoal e social e podem impedir alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relativo a garantir às crianças, no mínimo, o ensino fundamental.

Portanto, temos causas comuns que explicam o comportamento das crianças em seus primeiros anos de vida, sua capacidade de aprendizado e seu estado de saúde em épocas posteriores de suas vidas. Essas causas básicas incluem, de forma muito significativa, a desigualdade social,[28] que, paradoxalmente, é muito mais predominante nos países pobres do que nos países ricos;[1] padrões de educação e de criação dos pais e o relacionamento das crianças com seus pais,[29,30] e o contexto físico, social e econômico da vizinhança ou da área em que a criança vive.[31,32] As crianças sujeitas a estresse social e familiar têm uma alta probabilidade de sérias consequências durante suas vidas, tais como problemas de aprendizado e produtividade econômica, saúde debilitada e expectativa de vida mais baixa.[12]

Apesar do fato de, nos países em desenvolvimento, encontrarmos uma alta incidência de problemas comportamentais em crianças e múltiplos fatores de risco, nesses países temos também alguns estudos que analisam a eficácia dos programas de prevenção dirigido a comportamentos de risco.[33]

Problemas

1. Nos países em desenvolvimento, há pouca evidência científica sobre a eficácia dos programas de prevenção precoce de agressões e comportamentos de risco.
2. As análises realizadas apresentam problemas em termos de metodologia de medições e de avaliação.

3. Quando os programas já existentes nos países desenvolvidos são implementados nos países em desenvolvimento, frequentemente, eles são inadequadamente adaptados ao contexto cultural destes últimos.

Conteúdo da Pesquisa

As avaliações sobre a eficácia dos programas de prevenção precoce de agressões nos países em desenvolvimento são limitadas e pouco se sabe sobre as estratégias de aplicação dessas análises. Existem também poucos recursos e pouquíssimo interesse por parte dos tomadores de decisão em financiar esse tipo de iniciativa. Entretanto, é importante notar que, em um estudo sobre pesquisa e prioridades dos tomadores de decisão nos países com renda per capita baixa ou moderada, os problemas de saúde mental ocupavam o quarto lugar entre as prioridades de pesquisa.[34]

Principais Questões de Pesquisa

Qual o efeito dos programas de prevenção precoce de agressões nos países em desenvolvimento?

Os fatores de risco e de proteção a serem considerados nos países em desenvolvimento seriam os mesmos fatores dos países desenvolvidos? Quais são os fatores de risco que deveriam ser levados em conta?

É possível nos apropriar de intervenções realizadas nos países desenvolvidos e implementá-las nos países em desenvolvimento?

Resultados Recentes de Pesquisas

Entre 30 intervenções bem sucedidas realizadas em países em desenvolvimento, 27 foram analisadas utilizando métodos experimentais ou quase experimentais, incluindo 18 delas realizadas depois do ano 2000. Encontramos intervenções onde os pais eram o foco,[17,20,21,35-46] intervenções envolvendo professores de escola[47,48] e quatro estudos que mesclavam esses tipos de intervenções.[16,18,49,50] Dois deles envolviam intervenções clínicas com os pais,[51,52] e quatro intervenções integravam serviços de saúde, nutrição e desenvolvimento psicossocial.[19,20,53-55] A maioria dos programas tinha como foco grupos pequenos de crianças com distúrbios de conduta ou fatores de risco e alguns deles trabalhavam com setores mais amplos da população infantil.[19,41,44]

A maioria dos estudos mostrava que os programas tinham impactos positivos na conduta das crianças, incluindo menor participação em brigas e menos comportamentos agressivos,[16,18,21,47,50] melhoria em comportamento pró-social,[16,18] melhor controle emocional[17,47,55] e melhor desenvolvimento psicossocial.[17,47,55] Em relação aos pais, algumas intervenções apresentaram redução de punições físicas,[16,17] melhor interação entre pais e filhos[36,38,44-46,52] e melhor compreensão da criança e de suas necessidades.[37,43,48,55] Um dos resultados foi a melhoria que os professores apresentaram em sua capacidade de atender às diversas necessidades das crianças.[47,56]

As avaliações do programa foram realizadas utilizando uma grande variedade de instrumentos e medições de variáveis de resultado. Em muitos casos, esses instrumentos não foram validados de forma adequada. A maioria dos tamanhos das amostras era muito pequena, limitando a análise das variáveis de confundimento e de interação, diminuindo a credibilidade de suas estimativas. Alguns deles mediram o efeito direto nas crianças, enquanto que outros procuraram o resultado nos comportamentos e práticas dos professores e pais. A maioria deles não relatou possíveis tendências e limitações do estudo. Na maioria dos estudos, foram descritos efeitos positivos no comportamento das crianças, professores e pais. Foram detectados efeitos nocivos em duas intervenções; em ambas, aparentemente, isso pode ter sido causado pelas dificuldades na implantação do programa.[41,49]

Lacunas da Pesquisa

Recomendamos as seguintes medidas para superar as principais deficiências identificadas acima:

1. Aumentar a pesquisa sobre a eficácia dos programas de prevenção precoce de comportamentos de risco nos países em desenvolvimento, levando-se em conta o contexto sociocultural. É importante chamar a atenção para a inclusão de pesquisadores locais nos estudos realizados nos países em desenvolvimento, como autores ou coautores de fundamental importância; se os pesquisadores locais forem limitados a ser meros “colaboradores” ou coletores de dados, isso enfraquecerá a pesquisa.
2. Realizar uma validação rigorosa dos instrumentos utilizados para analisar os problemas e práticas comportamentais, crenças e atitudes dos pais e professores, de forma que eles possam ser usados para analisar a eficácia das intervenções precoces para prevenir agressões, e na prática clínica.

Conclusões

É possível realizar programas bem sucedidos de prevenção precoce focados nos comportamentos de risco nos países em desenvolvimento, onde se encontra a maioria das crianças do mundo que enfrentam estresse econômico, social e familiar.

Entretanto, existem poucos estudos nos países em desenvolvimento para avaliar a eficácia dos programas de prevenção precoce focados nos comportamentos de risco, e esses estudos compartilham certas limitações, como, por exemplo, o tamanho das amostras e a metodologia e os instrumentos de mensuração utilizados.

Entre as avaliações feitas, a maioria indica uma melhoria do conhecimento e das práticas dos pais e no comportamento das crianças, depois da intervenção. Devemos encorajar a avaliação desses programas, insistindo fortemente para que o contexto sociocultural dos países em desenvolvimento seja levado em consideração.

Implicações para os Pais, Serviços e Plano de Ação

Os tomadores de decisão devem ter bases científicas sólidas para estabeler políticas e programas para promover a prevenção precoce de comportamentos de risco. Eles devem desenvolver programas que tenham objetivos múltiplos e devem promover estudos sobre sua eficácia nos países em desenvolvimento. Para fazer isso, é necessário que haja uma aliança entre os políticos, o meio acadêmico e a comunidade como um todo.

Se os pais escolherem participar, juntamente com seus filhos, de programas de prevenção precoce focados em comportamentos de risco e se esses programas forem baseados em sólidas evidências científicas locais, isso seria muito importante e serviria para legitimar políticas e programas públicos. Para os pais de países em desenvolvimento, a implementação de tais intervenções com múltiplos objetivos que levassem em conta o aspecto cultural representa uma oportunidade para melhorar as práticas educacionais e promover o desenvolvimento da criança.

As instituições acadêmicas deveriam aumentar sua competência no campo das metodologias para avaliação da eficácia dos programas de prevenção precoce focados nos comportamentos de risco nos países em desenvolvimento.

A implementação de intervenções de prevenção precoce focadas em comportamentos de risco poderia ajudar a quebrar o ciclo de violência de muitos países que têm história pregressa de

gerações que passaram por conflitos armados e pela formação de grupos criminosos, onde as iniciativas de retomada do controle públido aplicadas não foram eficazes. É preciso enfatizar que, para que surjam mudanças na sociedade, precisamos implementar programas de longo prazo baseados em políticas públicas amplamente abrangentes e que incluam os grupos mais vulneráveis.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozaro R. *La violencia, un problema de salud pública. Informe mundial de violencia y salud*. Ginebra: OMS; 2002:11-12.

2. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatic disorders in southeast Bazil. *J Am Acad Child Adolsc Psychiatry*. 2004;43(6):727-734.

3. Elhamid AA, Howe A, Reading R. Prevelnce of emotional al behavioural problems among 6-12 years old children in Egypt. *Soc Psychiatry Psychatr Epidemiol*. 2009;44:8-14.

4. Agudelo LM, Giraldo CA, Gaviria MB, et al. *Caracterísiticas de las familias y las escuelas relacionadas con los comportamientos agresivos y prosociales en nios y niños de 3 a 11 años*. Medellín: Editorial Marín Vieco; 2002.

5. Duque LF, Restrepo A, montoya NE. *Línea de base del programa e implementación del programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud. Medellín: Secretaría de Salud de Medellin, Universidad de Antioquia; 2011*.

6. Duque LF, Klevens J. La violencia en Itagüí, Antioquia: II. Factores asociados. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional* . 2001;6, número - Bogotá, D.C. - 15 de junio del 2001(11):161-170.

7. Côté S, Tremblay RE, Nagin DS, Zoccolillo M, Vitaro F. Childhood Behavioral Profiles Leading to Adolescent Conduct Disorder: Risk Trajectories for Boys and Girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(9):1086-1094.

8. Loeber R, Hay D. Keyissues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:371-410.

9. Nagin DS, Tremblay R. Trajectories of boys' physical aggression, opposition and hyperactivity of path to physically violent and noviolent juvenile delinquency. *Child development*. 1999;70(5):1181-1196.

10. Anselmi L, Barros FC, Teodore MLM, et al. Continuity of behaviorial and emotional problems from pre-schoo years to pre-adolecence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):499-507.

11. Cerdá M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:155–177.

12. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129:e232-e246.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

13. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Benett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *The Cochrane Library*. 2010;3:1-91.

14. Bernazzani O, Tremblay RE. Early parent training. In: Welsh BC, Farrintong DP, eds. *Preventing crime. What Works for Children, Offenders, Victims and Places*. New York: Springer; 2006;21-32.

15. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennin WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *J Exp Criminol*. 2009 5:83-120.

16. Duque LF, Orduz JF, Sandoval JJ, Caicedo BE, J. K. Lecciones del Programa de Prevención Temprana de la Violencia, Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2007;21(1):21-29.

17. Fayyad JA, Farah L, Cassir Y, MM; S, Karam EG. Dissemination of an evidence-base intervention to parents of children with behavioral problems in a developing county. *European Journal of Adolescent Psychiatry*. 2010;19:629-636.

18. Klevens J, Martinez JW, Le B, Rojas C, Duque A, Tovar R. Evaluation of interventions to reduce aggressive and antisocial bahavior in first and second grades in a resource-poor setting. *Internationa Journal of Educational Research*. 2009;48:307-319.

19. Perez-Escamilla R, Pollitt E. Growth Improvements in Children above 3 Years of Age: The Cali Study. *Journal of Nutrition*. 1995;125(4):885-893.

20. Waber DP, Vuori-Christiansen L, Ortiz N, et al. Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition. *Americal Journal of Clinical Nutrition*. 1981;34:797-803.

21. Walker S, Chang SM, Vera-Hernández M, Grantham-McGregor S. Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent. *Pediatrics*. 2011;127:849.

22. World Bank, Oxford University Press. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington DC: Oxford University Press; 2006.

23. Sly DF, Quadagno D, Harrison DF, Eberstein I, Riehman K. The asoociation between substance use, condom use and sexual risk among low-income women *Family planning perspectives*. 1997;29(3):132-136.

24. Coffin LS, Newberry A, Hagan H, Cleland CM, Des Jarlais DC, Perlman DC. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *International Journal of Drug Policy*. 2010;21:20-27.

25. Jane-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and ilicit drugs. *Drug and Alcohol Reviews*. 2006;25:515-536.

26. Tramontina S, Martins S, Michalowski MB, et al. School Dropout and Conduct Disorder in Brazilian Elementary School Students. *Can J Psychiatry*. 2001;46:941-947.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

27. Townsend L, Flisher AJ, Chikobvu P, Lombard C, King G T. The relationship between bullying behaviours and high school dropout in Cape Town, South Africa. *South African Journal of Psychology*. 2008;38(1):21-32.

28. Martin D, Margo W, Shawn V. Income inequity and homicide rates in Canada and United Estates. *Canadian Journal of Criminology* 2001;219:219-236.

29. Duque LF, Motoya N. *La violencia en el Valle de Aburá. Caminos para al superación*. Medellín: Catedrá litográfica; 2008.

30. Farrington DP, Welsh BC. *Saving children from a life of crimen. Early risk factors and effective interventions*. New York: Oxford University Press; 2007.

31. Morenoff JD, Sampson RJ, Raudenbush SW. Neighborhood inequality, collective efficacy, and the spatial dynamics of urban violence. *Criminology*. 2001;39(3):517–558.

32. Sampson RJ, Morenoff JD, Gannon-Rowley T. Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research. *Annual Reveiw of Sociology*. 2002;28:443-478.

33. Lucas PJ. Some reflections on the rhetoric of parenting programmes: evidence, theory, and social policy. *Journal of Family Therapy*. 2011;33:181-198.

34. Sharan P, Gallo C, Gureje O, et al. Mental health research priorities in Low- and Middle income countries of Africa, Asia, Latina America and the caribbean. BJP. 2009;195:354-363.

35. Cooper C, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived commmunity in South Africa: randomised controlled trail. *BMJ*. 2009;338 b974.

36. Cooper C, Landman M, Tomlinson M, Molteno C, Swartz L. Impact of mother-infant intervention in an indigent peri-urban South African context: pilot study. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:76-81.

37. Jin X, et al. Care for Development" intervention in rural China: a prospective followup study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2007;3:213-218.

38. Kagitcibasi C, Sunar D, Bekman S. Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children. *Applied Developmental Psychology*. 2001:333-361.

39. Klein P, Rye H. Interaction-oriented Early Intervention in Ethiopia: The MISC Approach. *Infants & Young Children*. 2004.;4:340-354.

40. Magwaza A, Edwards S. An evaluation of an integrated parent-effectiveness training and children's enrichment programme for disadvantaged families. SouthAfrican *Journal of Psychology*. 1991;1:21-25.

41. Porter LS, Youssef M, Shaaban I, Ibrahim W. Parenting enhacement among Egyptian mothers in a tertiary care setting. Pediatric nursing. 1992;18(4):329-336.

42. Powell C, Grantham-McGregor S. Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*. 1989:157-164.

43. Rahman A, et al. Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child: Care, Health & Development*. 2009;35(1):56-62.

44. Santelices MP, Guzman M, Aracena M, et al. Promoting secure attachment: evaluation of a effectveness of an early intervention pilot programme with mother -infant dyads in Santiago, Chile. *Child: care, health and development*. 2010;37(2):203-210.

45. Teferra T, Tekle L, Klein P. Mediational intervention for sensitizing caregivers: Ethiopia Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach. Vol 95-112. New York: Garland; 1996.

46. Van Wyk J, Eloff M, Heyns P. The evaluation of an integrated parent-training program. *The Journal of Social Psychology* 1983;121(2):273-281.

47. Pérez V, Rodríguez J, De la Barra F, Fernández AM. Efectividad de una Estrategia Conductual Para el Manejo de la Agresividad en Escolares de Enseñanza Básica Psykhe. 2005;14(2):55-62.

48. Baker-Henningham H, Walker S, Powell C, Gardner JM. A pilot study of the Incredible Years Teacher Training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):624-631.

49. Chaux E. Citizenship Competencies in the Midst of a Violent Political Conflict: The Colombian Educational Response. *Harvard Educational Review*. 2009;79(1):84-93.

50. Peteren JJ, Carolissen R. Working with aggresive prscholers. In: D Donald, A Dawes, J Louw, eds. *Addressing childhood adversity*. Cape Town: David Philips; 2000:94-112.

51. Oveisi S, et al. Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: A randomized-controlled trial. *Child Abuse and Neglect*. 2010;3: 206-213.

52. Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction *Child Development*. 1999;3:713-721.

53. Aboud FE. Evaluation of an Early Childhood Parenting Programme in Rural Bangladesh. *Journal Health Population Nutrition*. 2007;25(1):3-13.

54. Aracena M, et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*. 2009;7:878-887.

55. Hamadani JD, Huda SN, Khatun F, Grantham-McGregor SM. Psychosocial Stimulation Improves the Development of Undernourished Children in Rural Bangladesh. *Journal of Nutrition*. 2006;136:2645-2652.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

56. Baker-Henningham H, Walker S. A qualitative study of teachers' perceptions of an intervention to prevent conduct problems in Jamaica pre-schools. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):632-643.

A Violência Coletiva e as Crianças

Joanne Klevens, MD, PhD.

Centers for Disease Control and Prevention, EUA

Outubro 2011

Introdução

A violência coletiva é qualquer tipo de violência cometida por grupos de indivíduos ou por Estados.[1] Ela é chamada de violência coletiva quando é usada para promover uma pauta social (por exemplo, matança de crianças de rua pela polícia, violência de gangues, terrorismo cometido por grupos racistas, racismo estrutural), violência política, se utilizada por motivos políticos (por exemplo, conflito armado entre guerrilheiros ou forças paramilitares ou terrorismo por eles promovidos) ou violência econômica quando relacionada a uma agenda econômica (por exemplo, terrorismo por cartéis de drogas, exclusão social dos pobres).[1] Para as finalidades deste capítulo, todos os três tipos de violência coletiva serão tratados considerando que as distinções da agenda dos agressores podem ser irrelevantes quando consideramos seu impacto na saúde das crianças.

Entretanto, embora atos de omissão (por exemplo, Estados que privam as crianças do acesso à educação, serviços de saúde ou outras necessidades básicas) também possam ter impactos graves na saúde e no desenvolvimento das crianças, o impacto desse tipo de violência coletiva está fora do escopo deste capítulo.

A violência coletiva pode afetar diretamente as crianças menores como vítimas ou como testemunhas e, indiretamente, através de seu impacto na disponibilidade, estabilidade e receptividade dos cuidadores e de seu ambiente.[2] Crianças menores podem ser especificamente vulneráveis a situações ameaçadoras considerando suas capacidades cognitivas ou físicas limitadas para regular sua resposta psicológica, reduzir a ameaça ou retirar-se por si mesmas da situação.[3] O impacto na saúde da criança devido à exposição à violência coletiva depende do grau de exposição, da quantidade de suporte do cuidador disponível durante a experiência e, na sequência, do grau de perturbação na vida diária e na comunidade circundante.[2,4]

Assunto

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

Estima-se que mais de 2 milhões de crianças em todo o mundo tenham morrido em consequência direta de conflito armado durante a última década, havendo, no mínimo, três vezes esse número daquelas que foram permanentemente incapacitadas ou seriamente lesadas, e ainda 20 milhões de desabrigadas e outro milhão de crianças que se tornaram órfãs ou foram separadas de suas famílias.[5] As crianças expostas a conflitos armados também apresentam maiores índices de mortalidade e morbidade por diversos motivos (por exemplo, infecção, desnutrição) além de outros danos. [6] Os índices de distúrbios mentais, especificamente síndrome de estresse pós-traumático (em inglês, PTSD), distúrbios de depressão e ansiedade, são particularmente altos entre as crianças expostas.[7] Além disso, mais de 4 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos foram consideradas refugiadas, deslocadas internamente, buscaram asilo ou foram consideradas apátridas em 2009 devido a conflitos ou riscos de perseguição.[8] Conflitos armados também podem destruir ou perturbar a infraestrutura (por exemplo, escolas, cuidados com a saúde, empresas, produção e distribuição de alimentos) e a coesão social, levando à insegurança, imprevisibilidade e tumulto na vida diária da família e ruptura na malha comunitária que dá suporte ao desenvolvimento sadio da criança.[9] Embora poucas crianças sejam afetadas, o terrorismo (que inclui bombardeios, sequestros, raptos, extorsões)[10] por grupos políticos, econômicos ou sociais podem ter nas crianças efeitos físicos e mentais similares aos da exposição à guerra.[2,4]

Um grande número de crianças também é excluído socialmente. Por exemplo, mais de 900 milhões de pessoas, muitas delas crianças, vivem em favelas ao redor do mundo.[11] A maioria delas é excluída da educação formal, dos cuidados com a saúde, transporte, eletricidade, serviços de saneamento, água potável, estabilidade no emprego, participação política, segurança e Estado de direito, o que aumenta seus riscos de doenças transmissíveis, exposição a toxinas, desastres naturais e estigmas.[11] Quase 900 milhões de pessoas pertencem a grupos étnicos ou religiosos que sofrem discriminação.[12] Condições históricas, políticas sociais desiguais e medidas econômicas injustas, fizeram, com toda certeza, com que crianças negras ou latinas nos EUA vivam em áreas segregadas e altamente empobrecidas.[13] A exclusão ou a discriminação sistemática de um grupo da população cria estresse crônico, aumento do risco de exposição à adversidade e toxinas e acesso reduzido a serviços, recursos e opções de saúde, o que leva a uma diversidade de problemas de saúde ao longo de toda a vida.[14-15]

Problemas

As pesquisas e a intervenção na violência coletiva são dificultadas por:

1. Falta de definições uniformes e claras para alguns tipos de violência coletiva, tal como exclusão social;
2. Falta de estatísticas confiáveis sobre o número e as características das crianças afetadas;
3. Dificuldades práticas significativas para a coleta de dados confiáveis em meio a um conflito armado ou após ele ;
4. Dados agregados que confundem as condições de populações marginalizadas, desabrigadas ou em trânsito;
5. Lacunas no conhecimento da origem e causa imediata e ainda da eficácia das intervenções para evitar sua ocorrência ou para melhorar seu impacto.

Conteúdo da Pesquisa

Embora as pesquisas sobre o impacto da violência coletiva sejam limitadas, temos informações através da abundância de pesquisas sobre a exposição das crianças a outras formas de traumas e estresses, tais como abuso infantil, violência doméstica e pobreza. Essas pesquisas do modelo social, comportamental e neurocientífico, biologia molecular, genômica e animal, convergem claramente para os efeitos negativos de adversidades graves e crônicas em crianças com menos idade.[16]

Principais Questões da Pesquisa

Quais são os determinantes subjacentes e acionadores da violência coletiva? Estudos transversais utilizando grandes amostras identificaram correlações para o desencadeamento de conflitos armados (por exemplo, pobreza e desigualdade; instabilidade política; instituições democráticas fracas; disponibilidade de oportunidades rentáveis como drogas ilícitas ou extração mineral de metal ou petróleo em meio a altos níveis de desemprego; existência de grupos populacionais que são excluídos ou sofrem discriminação; vizinhos propensos à guerra)[17-26] e incidentes de terrorismo (por exemplo, pobreza e desigualdade; repressão dos direitos políticos ou civis, migração e mudanças no equilíbrio étnico, religioso ou social de uma sociedade; expropriação e abusos dos direitos humanos; grande quantidade de jovens do sexo masculino desempregados em área urbana),[27-29] entretanto, pelo fato destes serem baseados em uma série finita de incidentes de conflitos armados ou terrorismo, a consistência dessas associações é difícil de ser testada e a importância relativa das diferentes correlações depende da especificação do modelo. Na medida do possível, são necessárias análises sistemáticas para

identificar fatores consistentes; são necessárias análises estatísticas mais complexas para estabelecer a solidez de fatores identificados em estudos isolados ou com efeitos inconsistentes (por exemplo, processos de democratização, exclusão social, associações étnica ou racialmente segregadas, desastres naturais, escassez de recursos e de economias), assim como moderadores e mediadores contextuais. Além disso, as incertezas teóricas quanto às causas da violência coletiva sugerem uma necessidade de identificação contínua e exame de novos fatores potenciais, especialmente de causas subjacentes (por exemplo, valores culturais, sistemas econômicos). Seria útil haver estudos que elucidassem a cadeia causal de eventos ou os mecanismos potenciais para identificar possíveis estratégias e oportunidades de prevenção. No caso de exclusão ou discriminação social, existem descrições das causas potenciais para seu surgimento em algumas comunidades e alguns estudos que identificam seus determinantes individuais, mas é preciso haver pesquisas que identifiquem os fatores que contribuem para a manutenção do racismo ou da discriminação estrutural para desenvolver intervenções.

Que tipos de intervenções evitariam ou controlariam com eficácia a violência coletiva? Alguns fatores relacionados tanto ao conflito armado quanto ao terrorismo são potencialmente modificáveis (por exemplo, pobreza, desigualdade, exclusão). Está crescendo o número de pesquisas sobre possíveis estratégias eficazes (por exemplo, alta qualidade na educação precoce infantil; empregos plenos com trabalhos adequadamente remunerados; proteção universal contra perda de rendimentos devido a desemprego, doença, incapacidade, velhice, gravidez, cuidados infantis ou cuidados com membros inválidos da família; cobertura universal de cuidados com a saúde, educação, saneamento e água; políticas de redistribuição econômica e social; acesso ao crédito) para reduzir a pobreza e a desigualdade[30-31], mas poderiam ser identificadas e avaliadas mais estratégias. Foram tentadas nos EUA estratégias para reduzir a exclusão ou a discriminação social (por exemplo, ação afirmativa, desagregação de escolas e áreas), com resultados variados.[32-34] É preciso analisar outras estratégias que tenham o potencial de eliminar ou reduzir a exclusão social (por exemplo, redução de políticas ou ações que tenham como alvo ou que se limitem a grupos específicos, fornecimento universal de proteção social e serviços essenciais de qualidade idêntica, coordenação intersetorial das políticas e ações, promoção e proteção dos direitos humanos, promoção e apoio à capacitação genuína da comunidade, governança participativa[35-36]). Da mesma forma, embora existam estudos que avaliam os fatores que levam à intervenção precoce em situações de conflito armado (por exemplo, efeitos em civis; tentativas prévias de mediação; custos de segurança do interventor, relações com o transgressor e vulnerabilidade militar e econômica[37-38]), também são necessários estudos que avaliem a

eficácia e o potencial de efeitos adversos de diferentes intervenções (por exemplo, sanções, diplomacia, operações de paz, militares).

Que intervenções efetivamente reduzem os impactos da violência coletiva nas crianças? Embora agências governamentais e não governamentais tenham a tendência a responder à violência coletiva através do fornecimento das necessidades básicas e cuidados com a saúde,[9] nem todos os tipos de violência coletiva respondem a isso (por exemplo, discriminação) e, quando há uma resposta, algumas vezes ela é lenta demais, ou insuficiente ou incorreta. Além disso, devido ao fato de o cuidador agir como mediador e moderador do impacto da violência coletiva nas crianças,[2] deveriam ser implementadas e avaliadas as intervenções no nível comunitário e social que facilitem ou deem suporte à atividade do cuidador. Finalmente, embora pesquisas limitadas sugiram que as intervenções preventivas sistemáticas são eficazes na diminuição dos sintomas de PTSD e depressivos entre crianças mais velhas traumatizadas devido a conflitos armados ou terrorismo, somente quatro delas foram rigorosamente analisadas e nenhuma delas foi desenvolvida com crianças com menos idade.[40]

Resultados Recentes de Pesquisas

Condições como deslocamento forçado, exclusão ou segregação social, especialmente quando resultantes da pobreza, podem criar estresse grave, incontrolável e crônico em crianças com menos idade, as quais, se não forem protegidas por cuidadores seguros, estáveis e reativos, podem transformar-se em "estresse tóxico."[41] O estresse tóxico sofrido durante os períodos delicados do crescimento preliminar impactam a estrutura e o funcionamento cerebral, reajustando o limite de ativação dos sistemas de resposta ao estresse e perturbando as reações dos sistemas imunológico, endócrino e inflamatório. Essas alterações de estresse relacionadas à mudança afetam as capacidades de atenção, tomada de decisão, controle de impulsos, regulagem emocional e processos fisiológicos que contribuem para uma futura maior suscetibilidade à instabilidade emocional, ansiedade e distúrbios depressivos, deficiências de aprendizado, agressão, consumo de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade, asma, infecções respiratórias e doenças coronárias, dos pulmões e do fígado.[3,16]

Lacunas da Pesquisa

As intervenções de desenvolvimento e avaliação para evitar a ocorrência de violência coletiva tais como conflitos armados e terrorismo deveriam ser uma prioridade. Entretanto, devido ao

fato dessas intervenções preventivas serem baseadas na identificação e na compreensão de fatores e mecanismos causais, é preciso haver pesquisas que utilizem uma combinação de métodos históricos qualitativos e quantitativos para preencher essas lacunas. As intervenções que tratam das causas originadoras são mais propensas a ter impactos de larga escala e de longo prazo, mas precisam ser identificados os fatores que motivam os governos a implementar essas intervenções potenciais. Enquanto isso, os pesquisadores podem também considerar intervenções de avaliação para melhorar o impacto da violência coletiva nas crianças. Os fatores que contribuem para a persistência e a reprodução da exclusão social das populações precisam ser identificados e são necessárias intervenções para modificar esses mesmos fatores.

Conclusões

A violência coletiva inclui todas as violências físicas, sexuais ou psicológicas cometidas por grandes grupos de indivíduos ou por Estados. Um número grande demais de crianças em todo o mundo é exposto a diferentes formas de violência coletiva, como conflitos armados, terrorismo e exclusão, discriminação ou racismo. A exposição direta ou indireta (através de seus cuidadores) de crianças pequenas à violência coletiva tem consequências graves que persistem a vida inteira no desenvolvimento cognitivo, emocional e social e na saúde física e mental das crianças. Além de lesões fatais e não fatais, a violência coletiva pode levar ao aumento dos riscos de doenças infecciosas e crônicas e ao aumento da mortalidade através de diversos mecanismos, tais como estresse tóxico, acesso reduzido aos recursos e serviços ou maior exposição ao risco. Devido ao fato da atividade dos cuidadores poder atenuar o impacto dessas exposições nas crianças, devem ser desenvolvidas intervenções para facilitar e promover tratamentos seguros, estáveis e reativos. Os esforços de pesquisa devem concentrar-se no desenvolvimento e na avaliação das intervenções para a prevenção primária da violência coletiva. Essas intervenções preventivas deveriam ser baseadas numa melhor compreensão da origem e das causas e na sua sequência na cadeia causal de eventos.

Implicações para os pais, serviços e programa de ação

Os pais podem ajudar a atenuar as consequências da exposição à violência coletiva nas crianças proporcionando cuidados seguros, estáveis e reativos. Os pais devem também pensar em buscar condições que facilitem a capacidade adequada de cuidados com os filhos, assim como as que previnam a ocorrência da violência coletiva. Deveria haver serviços que fornecessem o suporte de que os pais necessitam para continuar a proporcionar cuidados seguros, estáveis e reativos a

seus filhos (por exemplo, alojamento adequado e estável, um ambiente seguro, comida suficiente, água limpa, serviços de saneamento, cuidados com a saúde, incluindo serviços de saúde mental para resolver problemas como a PTSD, e trabalho expressivo). Os formuladores de políticas deveriam examinar as atuais e futuras políticas para determinar sua influência potencial ou causas possíveis de conflitos armados e terrorismo, assim como sua influência na manutenção da discriminação ou da exclusão de subgrupos da população. Os governos deveriam proteger todos os membros da sociedade e garantir acesso idêntico às condições necessárias para a saúde.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization; 2002.
2. Shaw JA. Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003;6:237-246.
3. National Scientific Council on the Developing Child (2010). *Persistent Fear and Anxiety Can Affect Young Children's Learning and Development: Working Paper No. 9*.
4. Pine DS, Costello J, Masten A. Trauma, Proximity, and Developmental Psychopathology: The Effects of War and Terrorism on Children. *Neuropsychopharmacology* 2005;30(10):1781–1792.
5. UNICEF. Child protection from violence, exploitation, and abuse. UNICEF. www.unicef.org/protection/index_armedconflict.html Updated January 31, 2011.
6. Carlton-Ford S, Boop D. Civil War and Life Chances: A Multinational Study. *International Sociology* 2010;25(1):75-97.
7. Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F, Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war. A systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict, & Survival* 2009;25(1):4-19.
8. United Nations High Commissioner for Refugees. 2009 Global trends. Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced, and stateless persons. United Nations High Commissioner for Refugees; Published June 2010.
9. Zarnegar Z. Separation and loss due to political and social conflict. *Zero to Three* 2011;31(3):52-57.
10. Jenkins BM. The new age of terrorism. Rand. Available at http://www.rand.org/pubs/reprints/2006/RAND_RP1215.pdf. Accessed October 4, 2011.
11. United Nations Millennium Project. A home in the city: Task force report on improving the lives of slum dwellers (2005). Available at http://www.unmillenniumproject.org/reports/tf_slum.htm. Accessed OCtober 4, 2011.
12. UNICEF. *The state of the world's children, 2006. Excluded and invisible*. New York: UNICEF; 2006
13. Acevedo-Garcia D, McArdle N, Osypuk TL, Lefkowitz T, Krimgold BK. *Children left behind. Center for the Advancement of Health at Harvard School of Public Health*. (2007) Available at: http://diversitydata-archive.org/Downloads/children_left_behind_final_report.pdf Accessed October 4, 2011
14. Williams DR, Collins C. *Racial residential segregation: A fundamental cause of racial disparities in health. Public Health Reports.* 2001;116:404-416.
15. Williams DR, Mohammad SA. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and much needed research. *J Behav Med 2009*;32:20-47.
16. Center on the Developing Child at Harvard University. The Foundations of lifelong health are built in early childhood. (2010) Available at: http://developingchild.harvard.edu/library/reports_and_working_papers/foundations-of-lifelong-health/ . Accessed October 4, 2011.

17. Fearon JD, Laiton DD. Ethnicity, insurgency, and civil war. *American Political Science Review* 2003;97(1):75-90.

18. Collier P, Hoffler A. Greed and grievance in civil wars. *Oxford Economic Papers* 2004;56(4):563-595.

19. Hegre H, Sambanis N. Sensitivity analysis of empirical results of civil war onset. *J Confl Res* 2006; 50(4):508-535.

20. Rustad SC, Buhaug H, Falch A, Gates S. All Conflict is Local. Modeling Sub-National Variation in Civil Conflict Risk. *Conflict Management and Peace Science*. 2011;28(1):15-40.

21. Cederman LE, Hug S, Krebs LF. Democratization and civil war: Empirical evidence. *Journal of Peace Research* 2010;47(4):377-394.

22. Bleaney M, Dimico A. How different are the correlates of onset and continuation of civil wars? *J Peace Res.* 2011; 48(2): 145-155.

23. Thiesen, OM. Blood and Soil? Resource Scarcity and Internal Armed Conflict Revisited. *J Peace Res* 2008;45(6): 801-818.

24. Cederman LE, Wimmer A, Min B. Why do ethnic groups rebel? New data and analysis. *World Politics* 2010; 62(1)87-119.

25. Cederman LE, Girardin L. Beyond fractionalization: Mapping ethnicity onto nationalist insurgencies. *American Political Science Review* 2007;101(1):173-185.

26. Østby G, Nordås R, Rød JK. Regional inequalities and civil conflict in 21 sub-Saharan countries, 1986-2004. *International Studies Quarterly* 2009;53(2):301-324.

27. Danzell OE. Political Parties: When Do They Turn to Terror? *Journal of Conflict Resolution* 2011; 55(1):85-105.

28. Piazza JA. Rooted in Poverty?: Terrorism, Poor Economic Development, and Social Cleavages. *Terrorism and Political Violence*. 2006;18(1):159-177.

29. Newman E. Exploring the "root causes" of terrorism. *Studies in Conflict and Terrorism* 2006;29:749-772.

30. United Nations Research Institute for Social Development. *Combating poverty and inequality: Structural change, policies, and politics*. Geneva, Switzerland; 2010.

31. Dow WH, Schoeni RF, Adler NE,, Stewart J. Evaluating the evidence-base: Policies and interventions to address the socioeconomic gradients of health. *Ann N.Y. Acad Sci* 2010;1186:240-251.

32. Fischer MJ, Massey, DS. The effects of affirmative action in higher education. *Social Science Research* 2007;36:531-549.

33. Pickren w. (Guest editor). Special Issue on Fifty Years On: Brown v. Board of Education and American Psychology, 1954–2004. *Amer Psych* 2004;6:493-556.

34. Fauth R C, Leventhal T, Brooks-Gunn J. Welcome to the neighborhood? Long-term impacts of moving to low-poverty neighborhoods on poor children's and adolescents' outcomes. *Journal of Research on Adolescence* 2007;17: 249-284

35. Lawrence K, Anderson AA, Susi G, Sutton S, Kubisch AC, Codrington R. Constructing a racial equity theory of change. A practical guide for designing strategies to close chronic racial outcome gaps (2009). Available at: http://www.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/images/Roundtable on Community Change RETOC.pdf. Accessed October 4, 2011.

36. Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L on behalf of the WHO Social Exclusion Knowledge Network. Understanding and tackling social exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, February 2008. Available at: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final report_042008.pdf. Accessed October 4, 2011.

37. Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

38. Rost N, Grieg JM. Taking matters into their own hands: An analysis of the determinants of state-conducted peace-keeping in civil wars. *J Peace Res* 2011;48(2):171-184.

39. Van der Maat E. Sleeping hegemons. Third-party intervention following territorial integrity transgressions.*J Peace Res* 2008;45(6):801-818.

40. Peltonen K, PunamRL. Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: a literature review. *Aggr. Behav*. 36:95–116, 2010

41. National Scientific Council on the Developing Child (2005). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3.*

Punição Corporal

Jennifer E. Lansford, PhD[a]., Sombat Tapanya, PhD[b]., Paul Odhiambo Oburu, PhD[c].

Duke University, Center for Child and Family Policy, EUA[a], Chiang Mai University, Department of Psychiatry, Tailândia[b], Maseno University, Quênia[c]

Outubro 2011

Introdução

Uma das principais responsabilidades dos pais e professores é a de promover os comportamentos desejados nas crianças e lidar com o mau comportamento, quando ele ocorre. Os pais e professores têm muitas opções para lidar com os comportamentos das crianças, variando, em primeiro lugar, de uma orientação proativa que vise prevenir o mau comportamento, até métodos reativos que punam o mau comportamento quando ele ocorre. Comprovadamente, a forma mais controversa que alguns pais e professores utilizam para tentar administrar o comportamento das crianças são as punições corporais, definidas como sendo o uso adulto de força física que se destina a causar dor, mas não lesão, para corrigir ou controlar um comportamento inapropriado da criança.[1] Este artigo concentra-se prioritariamente no uso da punição corporal por parte dos pais, e não dos professores, devido ao fato de que são mais numerosas as crianças que sofrem punições corporais em casa do que na escola e, também, porque a maioria das pesquisas está concentrada no uso da punição corporal por parte dos pais. Entretanto, muitos dos problemas descritos aplicam-se igualmente à punição corporal, tanto no ambiente do lar como no da escola.

Assunto

A punição corporal é amplamente utilizada por cuidadores em todo o mundo. Num estudo sobre o uso de punição corporal por parte dos pais com crianças com idade entre 2 a 4 anos com 30.470 famílias de 24 países em desenvolvimento, 63% dos cuidadores primários relataram que alguém em seu lar tinha punido fisicamente seu/sua filho/a no último mês.[2] Em todos esses 24 países, 29% dos cuidadores relataram que acreditavam ser necessário usar punição corporal para educar adequadamente uma criança.[2] Em outro estudo com 1.417 famílias com crianças entre 7 a 9 anos de idade realizada em 9 países, mais da metade das crianças tinha sido punida fisicamente no último mês.[3] Mesmo com essa amostra de crianças mais velhas, 17% dos pais em

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

todos os países acreditavam que era necessário utilizar punição corporal para educar seus filhos.[3]

Apesar do amplo uso de punições corporais, há uma grande variedade nas atitudes relacionadas e no uso de punições corporais entre os países e dentro dos próprios países. Em termos de atitudes, entre 27% e 38% da divergência sobre as convicções dos cuidadores sobre a necessidade do uso de punição corporal podem ser explicadas conforme o país em que os pais vivem[2] Em termos de uso, a chicotada ou a surra em uma criança foi relatada como sendo a resposta mais comum ao mau comportamento na Jamaica.[4] Do mesmo modo, 40% dos cuidadores da Mongólia relataram ter visto alguém em sua casa bater em uma criança no último mês e 44% dos cuidadores de Gâmbia relataram ter visto uma criança apanhar com um objeto no último mês.[2] No outro extremo, em 1979, a Suécia tornou-se o primeiro país a declarar ilegal o uso de punições corporais por parte dos pais. A punição corporal está hoje legalmente banida das escolas em mais de 100 países e está proibida em todos os contextos (incluindo no lar e nas escolas) em 29 países.[5] Em países que a proibiram, as atitudes relativas à punição corporal começaram a mudar antes da implementação da proibição legal, de forma que permitiram que essas proibições fossem aprovadas; após a proibição, ocorreram outras mudanças nas atitudes e nos comportamentos.[6] Existe uma variabilidade entre os países sobre o quanto o comportamento dos pais e professores adere à proibição legal. Apesar de haver diferenças notáveis entre os países em relação ao uso por parte dos pais de punições corporais, também existem diferenças dentro dos próprios países sobre o uso de punição corporal por parte dos pais que podem ser atribuídas à variedade de fatores sociodemográficos, infantis e dos pais.

Problemas

A punição corporal tornou-se uma questão de direitos humanos cada vez mais problemática. Em 1989, a Convenção dos Direitos da Criança (em inglês, CRC) foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Até esta data, todos, com exceção de dois membros das Nações Unidas (Somália e Estados Unidos) ratificaram a CRC, ou seja, os 192 países que ratificaram a CRC são obrigados a analisar suas políticas, leis e normas culturais para garantir que o direito à proteção de suas crianças seja preservado.[7] As Nações Unidas definem a violência física (incluindo punição corporal) em relação às crianças como uma infração aos seus direitos conforme a CRC e estabeleceu uma meta de colocar "um fim na justificativa dos adultos de usar de violência contra as crianças, seja ela aceita como 'tradição' ou disfarçada como 'disciplina'"[8](p5)

Além de a punição corporal ser uma questão de direitos humanos, foi demonstrado que ela é ineficaz para a obtenção dos comportamentos desejados e é um fator de risco para uma grande variedade de problemas de adequação infantil.[9] Por exemplo, crianças que foram punidas fisicamente apresentam um risco maior de externalização de problemas comportamentais, tais como agressão e delinquência, assim como de interiorização de problemas como depressão e ansiedade.[9] Mais ainda, o uso moderado de punição corporal pode levar ao uso de formas graves de castigos e abusos físicos.[10,11]

Conteúdo da Pesquisa

No mínimo três fatores são importantes na descrição do contexto da pesquisa de estudos sobre punição corporal. Um dos fatores é a idade da criança que está sendo punida. O uso de punição corporal por parte dos pais atinge seu pico máximo quando a criança tem entre 1 a 3 anos e no período pré-escolar, declinando a partir de então.[12] Na interpretação da prevalência de índices de punição corporal, assim de como a punição corporal afeta a adequação da criança, é importante considerar a idade da criança envolvida.

Em segundo lugar, a punição corporal é multidimensional e sua análise pode envolver a interpretação da frequência com que os pais utilizam punição corporal, o quanto severamente ela é administrada (por exemplo, diretamente com a mão ou com um objeto) e o contexto dentro do qual ela é administrada (por exemplo, de forma generalizada ou como um último recurso, depois das tentativas de controlar o comportamento por meios não físicos terem falhado). A prevalência de níveis que indicam qual foi a proporção de pais que já usaram punição corporal de forma generalizada é alta por exemplo, mais de 90% dos pais americanos já usaram punição corporal em algum momento).[12] A frequência com que a punição corporal é utilizada varia conforme a idade da criança.[3,12] A frequência, a gravidade e a difusão da punição corporal estão relacionadas a mais problemas de adequação da criança.

O terceiro fator na interpretação do contexto de pesquisa dos estudos sobre punição corporal é que os estudos variam quanto ao seu rigor metodológico. Por exemplo, os estudos variam quanto às medidas de frequência, gravidade e natureza da punição corporal, quanto à inclusão de amostras convenientes ou representativas, quanto ao fato deles serem transversais ou longitudinais; quanto ao fato de serem utilizados dados atuais ou retrospectivos ou em relação ao controle que eles tenham de variáveis contraditórias que poderiam fornecer explicações alternativas para vínculos entre punição corporal e adequação infantil. Essas características

metodológicas dos estudos têm implicações sobre as conclusões que deles podem ser extraídas. Por exemplo, os estudos que estatisticamente controlam problemas comportamentais de crianças nos primeiros anos de vida, ao analisar vínculos entre punição corporal e futuros problemas comportamentais da criança, podem analisar se a punição corporal leva ao aumento dos problemas comportamentais da criança maior ou além do que os problemas comportamentais dos primeiros anos de vida e que possa ter sido induzido pela punição corporal.

Principais Questões da Pesquisa

A pesquisa tratou de quatro questões principais sobre o uso de punição corporal por parte dos pais. Em primeiro lugar, como a punição corporal afeta a futura adequação comportamental, cognitiva e social da criança? Em segundo lugar, através de que mecanismos a punição corporal afeta a futura adequação da criança? Em terceiro lugar, a punição corporal afeta todas as crianças de forma similar ou algumas características das crianças ou dos contextos nos quais a punição corporal é utilizada são mais ou menos prejudiciais para algumas crianças do que para as outras? Em quarto lugar, quais são os fatores que levam ao uso da punição corporal por parte dos pais?

Resultados Recentes de Pesquisas

Uma grande parte das pesquisas sugere que o fato de sofrer punições corporais está relacionado a uma variedade de futuros problemas de adequação. Em uma metanálise de 88 estudos, observou-se que a punição corporal predispunha a mais problemas de agressão, delinquência e comportamento antissocial, problemas de saúde mental e risco de se tornar fisicamente abusado durante a infância, assim como menos interiorização moral e menos qualidade de relacionamentos entre pais e filhos.[9] Além disso, observou-se que a experiência de punição corporal durante a infância está relacionada a mais problemas de agressão na idade adulta, problemas criminais e de comportamento antissocial e de saúde mental, e posterior abuso de um dos cônjuges ou em seus próprios filhos.[9] Na metanálise, o único resultado positivo previsto na criança devido à punição corporal foi a imediata obediência da criança.[9]

A punição corporal também predispõe a uma série de problemas cognitivos, incluindo índices mais baixos de QI.[13,14] Entretanto, esses resultados continuam sendo controversos, com alguns pesquisadores argumentando que o vínculo entre punição corporal e problemas de adequação infantil resultam não porque a punição corporal causa mais resultados problemáticos à criança,

mas porque a maior incidência de problemas comportamentais da criança dão margem ao surgimento de todos os tipos de disciplina, incluindo punição corporal por parte de seus pais.[15,16] Esses pesquisadores também apontam as limitações metodológicas da pesquisa sobre punição corporal (por exemplo, mães que relatam sobre seu comportamento e o comportamento da criança, levando ao engrandecimento das correlações porque as informações provêm de uma única fonte) para argumentar que as evidências existentes não são suficientes para estabelecer um vínculo causal entre o uso da punição corporal por parte dos pais e os subsequentes problemas de adequação das crianças.[15,16] Por outro lado, considerando os diversos riscos da punição corporal e a falta de evidência de que a punição corporal melhora o comportamento das crianças (o que, presuntivamente, seria o objetivo dos pais ao utilizar a punição corporal), os riscos de usar punição corporal parece ser grande demais para ser ignorado.

Existe alguma evidência de que um dos maiores mecanismos pelo qual a punição corporal afeta a futura adequação da criança é através das percepções das crianças do afeto e da aceitação de seus pais versus sua hostilidade e a rejeição.[17] Se o uso de punição corporal por parte dos pais leva as crianças a ver seus pais como hostis e rejeitando-as, então tais percepções de rejeição e hostilidade levarão a um escalamento dos problemas comportamentais da criança e a uma diminuição da qualidade de seus relacionamentos sociais. Entretanto, se as crianças continuam a ver seus pais como afetuosos e tolerantes, então o uso de punição corporal por parte dos pais pode não conduzir a problemas de adequação das crianças. Um problema com a punição corporal é que os pais, frequentemente a usam como uma resposta de raiva executada no calor do momento. Por exemplo, 85% dos pais de classe média principalmente europeus e americanos de um estudo indicaram terem experimentado níveis de moderados a altos de raiva, remorso e agitação ao lidar com o mau comportamento de seus filhos.18 Em outro estudo, 54% das mães de uma amostra dos EUA informaram que em mais da metade das vezes em que elas usaram punição corporal, esta tinha sido a resposta errada a ser utilizada.[19] Se as crianças têm a percepção de que seus pais estão fora de controle e as estão agredindo com raiva, essas respostas cognitivas e emocionais à punição corporal podem levar a outros ajustes problemáticos da criança no futuro.[20]

Outro mecanismo através do qual a punição corporal afeta a adequação das crianças é a alteração da forma pela qual as crianças processam cognitivamente as informações sociais. Por exemplo, em comparação com as crianças que não são punidas fisicamente, as que sofrem esse tipo de punição são mais propensas a interpretar o comportamento das outras pessoas como

tendo uma intenção hostil e são mais propensas a gerar soluções agressivas em situações sociais polêmicas e são mais propensas a avaliar a agressão como sendo uma boa forma de agir em situações sociais.[21] Cada uma dessas tendências cognitivas, por sua vez, aumenta a probabilidade de que as crianças irão, a seu turno, comportar-se de forma agressiva.[22]

Nem todas as crianças respondem à punição corporal da mesma forma, e diversos fatores podem alterar a maneira pela qual a punição corporal está relacionada à adequação das crianças. Um desses fatores é a normatividade cultural. Num estudo realizado em seis países (China, Índia, Itália, Quênia, Filipinas e Tailândia), o uso mais frequente de punição corporal por parte das mães estava relacionado aos índices mais altos de agressão e de ansiedade da criança em todos os seis países, mas a associação entre punição corporal e problemas de adequação da criança era mais forte nos países onde o uso da punição corporal não era normatizado e era mais fraco nos países onde o uso da punição corporal era normatizado.[23] Os pesquisadores também encontraram algumas evidências de que a punição corporal é mais prejudicial quando usada contra crianças com idade abaixo de dois anos de idade ou com idade superior a 13 anos de idade, se ela for utilizada com uma frequência maior do que uma vez por semana e se ela for severa (por exemplo, usando objetos, ao invés de ser aplicada diretamente com a mão).[24]

Embora a maioria das pesquisas tenham se focado na punição corporal como um instrumento de previsão de problemas de adequação da criança, existe um grupo menor de pesquisas que investigaram fatores que preveem se os pais utilizam punição corporal. Esses estudos descobriram que os dados demográficos, o comportamento da criança e fatores relacionados aos pais afetam a probabilidade do uso de punição corporal por parte dos pais. Por exemplo, os pais são mais propensos ao uso de punição corporal se eles têm filhos com temperamentos difíceis ou têm altos níveis de estresse familiar.[25] Contextos culturais particulares também fazem com que seja mais ou menos provável que os pais utilizem punições corporais. Por exemplo, de acordo com dados etnográficos recolhidos por antropólogos em 186 sociedades pré-industriais, o castigo físico é mais prevalente em sociedades com altos níveis de estratificação social e com tomada de decisão política antidemocrática, talvez porque os pais possam usar castigos corporais para socializar as crianças a viver numa sociedade com as desigualdades de poder onde os comportamentos da criança submissa e obediente são particularmente valorizados. [26] Além disso, diversos grupos religiosos e culturais aprovam a punição corporal através de ditados como “criança mimada, criança estragada”.[27]

De forma geral, a literatura sobre as pesquisas podem ser melhor caracterizadas demonstrando que os problemas comportamentais das crianças e o uso da punição corporal por parte dos pais deveriam ser vistos como parte de um sistema recíproco no qual os problemas comportamentais das crianças provocam a punição corporal, a qual leva ao escalonamento dos problemas comportamentais das crianças num ciclo coercitivo que se perpetua ao longo do tempo. [28,29] Portanto, as pesquisas que são focadas tanto nos fatores que provocam o uso da punição corporal por parte dos pais, como nas consequências que a criança obtém devido ao uso da punição corporal por parte dos pais capturam melhor a complexidade integral desse sistema bidirecional. Adicionalmente, as pesquisas que incluem mecanismos que ajudam a explicar essas associações ao longo do tempo e que tentam entender outros fatores que possam alterar os vínculos entre punição corporal e adequação infantil são importantes para progredirmos nas pesquisas sobre punição corporal.

Lacunas da Pesquisa

Apesar do grande progresso na compreensão das associações complexas entre punição corporal e adequação das crianças, as pesquisas ainda apresentam lacunas, dentre as quais aqui somente destacaremos uma. Os fatores genéticos e ambientais interagem para configurar os resultados comportamentais. Até a presente data, poucos estudos tentaram entender de que forma os fatores genéticos podem interagir com a experiência da punição corporal para alterar a adequação das crianças. Um estudo demonstrou que o risco de comportamento delinquente conferido por um genótipo Monoamina oxidase A específico foi exacerbado pela experiência da punição corporal.[30] Geneticamente, estudos informativos serão importantes no futuro, tanto para deslindar as influências genéticas e ambientais na adequação das crianças, como para entender como elas atuam em conjunto entre si.

Conclusões

Uma grande proporção de pais utiliza a punição corporal para tentar administrar o comportamento de seus filhos, mas existem poucas evidências de que isso resulte num comportamento melhor (com exceção da obtenção de uma obediência imediata) e existe um grande número de evidências que indica que a punição corporal tem a consequência involuntária de aumentar futuros problemas comportamentais das crianças, ao invés de diminuí-los. As percepções cognitivas e emocionais das crianças em relação a sua experiência de punição corporal servem como mecanismos que vinculam o uso da punição corporal por parte dos pais a

futuros problemas de adequação das crianças, e fatores contextuais, como normatividade cultural, podem reforçar ou enfraquecer os vínculos entre punição corporal e adequação infantil. Os fatores de nível social e os problemas comportamentais das crianças também influenciam o uso da punição corporal pelos pais.

Existem dois principais problemas relacionados ao uso da punição corporal. O primeiro problema é destacado pelas pesquisas científicas que demonstram que não há benefícios derivados da punição corporal em termos de promover, em longo prazo, os comportamentos desejados, enquanto que ela faz surgir muitos riscos relacionados à adequação das crianças. O segundo problema é mais moral e ético do que científico, e trata da eliminação da violência contra as crianças, incluindo o uso da punição corporal e que tem se tornado, cada vez mais, o foco da comunidade internacional num esforço de garantir às crianças o direito à proteção, tal como estipulado na Convenção sobre os Direitos da Criança.

Implicações para os pais, serviços e programa de ação

A *American Academy of Pediatrics* (Academia Americana de Pediatria) emitiu uma declaração política afirmando que o uso da punição corporal apresenta uma "eficácia limitada e tem efeitos colaterais potencialmente nocivos", e recomenda que "os pais sejam estimulados e assistidos no desenvolvimento de métodos que não o espancamento para administrar comportamentos indesejados."[31](p723) Além da atuação em nível dos pais individualmente, as Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde e outros órgãos internacionais têm feito campanhas para que os países proíbam o uso de punição corporal em todos os contextos.[32]

Como parte de um resultado de sua obrigação de promover o direito à proteção das crianças contra a violência, conforme determinado na Convenção sobre os Direitos da Criança, os países têm incorporado, cada vez mais, intervenções educacionais e comportamentais relacionadas à punição corporal em seus programas nacionais de educação parental.[33] Esses programas têm se apresentado de formas diversificadas. Por exemplo, uma abordagem foi implementar intervenções preventivas visando reduzir o estresse parental, o consumo de drogas e a pobreza e para aumentar o acesso dos pais a serviços de assistência, na tentativa de reduzir o emprego por eles da punição corporal.[34] Outra abordagem foi fornecer aos pais informações relacionadas aos riscos da punição corporal e informações sobre métodos de disciplina alternativos não violentos. Por exemplo, nas Filipinas, o Serviço de Eficácia Parental é um programa de educação parental multifacetado que inclui informações visando a ajudar os pais a administrar o

comportamento de suas crianças com menos idade.[33] Já outra abordagem foi lançar campanhas de conscientização pública como parte das estratégias nacionais para reduzir o uso de punição corporal por parte dos pais. Por exemplo, na Suécia, foram impressas informações sobre a proibição de punição corporal em embalagens de leite na época da legislação inicial.[6] Já outras intervenções concentraram-se em fazer diminuir a punição corporal por parte dos professores e em aumentar a disciplina positiva nos contextos escolares.[35]

Considerando tanto o amplo uso da punição corporal, como a crença difundida da necessidade de sua utilização em alguns países, os esforços para eliminar a violência contra as crianças precisarão alterar a crença de que a punição corporal é necessária para educar os filhos, assim como proporcionar aos cuidadores alternativas não violentas para substituí-la. O desafio está em trabalhar com adultos para descobrir estratégias alternativas de administração do comportamento da criança, ao invés de se apoiar no uso da punição corporal.

Referências

1. Straus MA, Donnelly M. In: Donnelly M, Straus MA, eds. *Corporal punishment in theoretical perspective*. New Haven, CT: Yale University Press; 2005:3-7.
2. Lansford JE, Deater-Deckard K. Childrearing discipline and violence in developing countries. *Child Dev*. In press.
3. Lansford JE, Alampay L, Bacchini D, et al. Corporal punishment of children in nine countries as a function of child gender and parent gender. *Int J Pediatrics*. 2010 doi:10.1155/2010/672780.
4. Smith DE, Mosby G. Jamaican child-rearing practices: the role of corporal punishment. *Adolescence*. 2003;38:370-381.
5. Global initiative to end all corporal punishment of children. Available at: http://www.endcorporalpunishment.org/.
6. Durrant JE. Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban. *Child Abuse and Negl*. 1999;23:435-448.
7. UNICEF. Convention on the Rights of the Child. Available at: http://www.unicef.org/crc/index_30160.html. 2008.
8. Pinheiro PS. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. Available at: http://www.violencestudy.org/IMG/pdf/English-2-2.pdf. 2006.
9. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*. 2002;128:539-579.
10. Lansford JE, Wager LB, Bates JE, Pettit GS, Dodge KA. Forms of spanking and children's externalizing behaviors. *Fam Relations*. In press.
11. Zolotor AJ, Theodore AD, Chang JJ, et al. Speak softly--and forget the stick. Corporal punishment and child physical abuse. *Am J Prev Med*. 2008;35:364-369.
12. Straus MA, Stewart JH. Physical punishment by American parents: national data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics. *Clin Child Fam Rev*. 1999;2:55–70.
13. Berlin LJ, Ispa JM, Fine MA, et al. Correlates and consequences of spanking and verbal punishment for low-income White, African American, and Mexican American toddlers. *Child Dev*. 2009;80:1403-1420.
14. Straus MA, Paschall MJ. Corporal punishment by mothers and development of children's cognitive ability: a longitudinal study of two nationally representative age cohorts. *Journal of Aggression, Maltreatment Trauma*. 2009; 18:459-483.

15. Baumrind D, Larzelere RE, Cowan PA. Ordinary physical punishment: Is it harmful? Comment on Gershoff (2002). *Psychol Bull*. 2002;128:580–589.

16. Larzelere RE. Child outcomes of nonabusive and customary physical punishment by parents: an updated literature review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2000;3:199–221.

17. Rohner RP. *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1986.

18. Graziano AM, Hamblen JL. Subabusive violence in child rearing in middle-class American families. *Pediatrics*. 1996;98:845-848.

19. Straus MA. Spanking and the making of a violent society. *Pediatrics*. 1996;98:837-842.

20. Lansford JE, Malone PS, Dodge KA, et al. Children's perceptions of maternal hostility as a mediator of the link between discipline and children's adjustment in four countries. *Int J Behav Dev*. 2010;34:452–461.

21. Weiss B, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Some consequences of early harsh discipline: child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Dev*. 1992;63:1321-1335.

22. Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychol Bull*. 1994;115:74-101.

23. Lansford JE, Chang L, Dodge KA, et al. Cultural normativeness as a moderator of the link between physical discipline and children's adjustment: a comparison of China, India, Italy, Kenya, Philippines, and Thailand. *Child Dev*. 2005;76:1234-1246.

24. Larzelere RE, Kuhn BR. Comparing child outcomes of physical punishment and alternative disciplinary tactics: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2005;8:1-37.

25. Lansford JE, Criss MM, Dodge KA, Shaw DS, Pettit GS, Bates JE. Trajectories of physical discipline: antecedents and developmental outcomes. *Child Dev*. 2009;80:1385-1402.

26. Ember CR, Ember M. Explaining corporal punishment of children: a cross-cultural study. *Am Anthropologist*. 2005;107:609-619.

27. Gershoff ET, Miller PC, Holden GW. Parenting influences from the pulpit: religious affiliation as a determinant of parental corporal punishment. *J Fam Psychol*. 1999;13:307-320.

28. Lansford JE, Criss MM, Laird RD, et al. Reciprocal relations between parents' physical discipline and children's externalizing behavior during middle childhood and adolescence. *Dev and Psychopathol*. 2011;23:225-238.

29. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. Antisocial boys. Eugene, OR: Castalia; 1992.

30. Edwards AC, Dodge KA, Latendresse SJ, et al. MAOA-uVNTR and early physical discipline interact to influence delinquent behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51:679-687.

31. American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidance for effective discipline. *Pediatrics*. 1998;101:723–728.

32. World Health Organization. Changing Cultural and Social Norms Supportive of Violent Behavior. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.

33. Lansford JE, Bornstein MH. Review of parenting programs in developing countries. New York: UNICEF; 2007.

34. Daro D, Dodge KA. Creating community responsibility for child protection: possibilities and challenges. *Future of Child*. 2009;19:67-97.

35. Tapanya S. Corporal punishment in Thailand. Bangkok: Save the Children; 2010.

Os Efeitos da Violência Comunitária no Desenvolvimento da Criança

Nancy G. Guerra, EdDa, Carly Dierkhising, M.A.b

University of Delawarea, EUA, University of California at Riverside, EUAb

Novembro 2011

Introdução

As comunidades em que as crianças crescem podem ter um efeito profundo nos adultos em que elas se tornarão. Muitas crianças são criadas em ambientes calmos e incentivadores, com uma abundância de recursos. Na outra extremidade do espectro, milhões de crianças crescem sob condições adversas. Frequentemente, isso se traduz na ausência dos recursos básicos necessários para seu desenvolvimento. Mas as adversidades também podem refletir uma exposição mais acentuada a eventos negativos que configuram os resultados de suas vidas.

A exposição à violência comunitária está entre as experiências mais prejudiciais que as crianças podem ter, impactando sua forma de pensar, de sentir e de agir. Violência comunitária é entendida como a violência interpessoal na comunidade, não perpetrada por um membro da família, e que pretende causar dano. Pode ser um subproduto de diferentes circunstâncias, variando de um crime na vizinhança e violência até conflito civil contínuo ou guerra. *A exposição à violência é definida como a experiência da violência de segunda-mão (por exemplo, ouvir falar sobre violência), ser a vítima direta de um ato de violência ou testemunhar violência que envolva terceiros.*[1]

Lamentavelmente, nos EUA e internacionalmente, um número demasiadamente grande de crianças e jovens passam por altos níveis de exposição à violência comunitária. Por exemplo, numa pesquisa de âmbito nacional nos EUA, 55% dos adolescentes relataram algum tipo de exposição à violência comunitária.[2] Nos EUA, atualmente, o homicídio é a segunda causa de mortes entre jovens com idade entre 10 e 24 anos, embora esse número inclua violência familiar e outros tipos de vitimização violenta.[3] Esses altos índices englobam envolvimentos com tipos de violência menos intensa. Por exemplo, de acordo com a Youth Risk Behavior Survey (Pesquisa de Comportamento de Risco entre os Jovens), realizada anualmente com uma pesquisa nacionalmente representativa de estudantes do ensino médio, 32% dos jovens relataram ter

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

participado de uma ou mais lutas físicas no último ano.[3] Embora a violência atravesse os limites sociais e demográficos, a exposição à violência comunitária é maior nas áreas pobres no centro da cidade e em regiões urbanas empobrecidas.[1]

Resultados de Pesquisas Recentes

Qual é o impacto da exposição à violência no desenvolvimento da criança? Uma mensagem clara é a de que a "violência gera violência" – crianças que experimentaram violência são mais propensas a serem apanhadas em um ciclo de violência que leva a um futuro comportamento violento, incluindo agressão, deliquência, crime violento e abuso infantil.[4] Isso se confirma para todos os tipos de exposição de violência infantil, incluindo, mas não se limitando à violência comunitária.

Além disso, tem sido observado que a exposição à violência contribui para problemas de saúde mental durante a infância e a adolescência. São encontrados altos índices de distúrbios psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade e síndrome de estresse pós-traumático (em inglês, PTSD) entre os jovens expostos à violência comunitária.[5] Muitas crianças apresentam mais de um sintoma ou distúrbio. Por exemplo, numa pesquisa nacional de exposição à violência entre adolescentes, quase que metade dos meninos diagnosticados com PTSD apresentava um diagnóstico de depressão comórbida, e aproximadamente um terço tinha um distúrbio comórbido de consumo de drogas. Entre as meninas diagnosticadas com PTSD, mais de dois terços também apresentavam um diagnóstico de depressão comórbida e um quarto delas tinha um distúrbio comórbido de consumo de drogas.[6]

Foi observado que sintomas de PTSD têm uma relação classificada conforme a exposição à violência comunitária, onde os níveis mais altos estão associados à maior manifestação do sintoma.[2] Na adolescência, os sintomas de PTSD podem se manifestar através da externalização de comportamentos, quando os jovens estão hiperestimulados e super responsivos para perceber ameaças; inversamente, os jovens podem parecer estar depressivos e retraídos. De forma geral, os estudos indicam diferenças de respostas conforme o gênero, sendo os meninos mais agressivos e as meninas mais depressivas em consequência à exposição à violência comunitária.[7]

Além de documentar o impacto da violência no comportamento infantil, um grupo cada vez maior de pesquisas tem analisado os processos subjacentes da heterogeneidade desse impacto, particularmente em crianças de idades diferentes. A exposição à violência influencia o

desenvolvimento em múltiplos âmbitos e em diferentes estágios. Ela pode impactar o desenvolvimento neurológico, físico, emocional e social da criança, frequentemente levando a uma sucessão de problemas que interferem com sua adequação.

Nas crianças muito pequenas, a repetida exposição à violência comunitária pode contribuir com problemas na formação de relacionamentos positivos e de confiança necessários para que as crianças explorem seu ambiente e desenvolvam uma noção segura de sua personalidade.[8] As dificuldades na formação desses relacionamentos de vinculação podem interferir com o desenvolvimento de uma noção básica de confiança e comprometer futuros relacionamentos até na idade adulta. É objeto de uma preocupação especial o efeito dessas experiências no desenvolvimento do cérebro da criança. Além disso, devido ao fato de o cérebro desenvolver-se de uma forma sequencial, rupturas em uma época prematura da vida de uma pessoa podem levar ao desencadeamento de uma sequência psicológica de desenvolvimento que se torna cada vez mais difícil de ser interrompida. No caso das crianças que são "incubadas em meio ao terror," as adaptações neurológicas que permitem que elas sobrevivam em contextos violentos podem, em última análise, levar à violência e a problemas de saúde mental, mesmo quando as crianças não forem mais capazes de se adaptar.[9]

A sobrevivência humana depende da ativação da reação "lutar ou fugir", em resposta a ameaças potenciais. Porém, algumas crianças altamente expostas à violência comunitária criam um estado constante de medo, ativando o dispositivo de reação ao estresse no sistema nervoso central. Isso pode levar a uma série de consequências problemáticas, incluindo hipersensibilidade a estímulos externos, uma maior resposta de sobressalto e problemas com regulação do estado afetivo.[10] Essas reações preparam o terreno para problemas de saúde mental, cognições distorcidas e problemas de comportamento.

A conexão entre a exposição à violência comunitária, desenvolvimento social cognitivo e comportamento é melhor ilustrada ao analisarmos os mecanismos envolvidos no ciclo da violência. À medida que a criança cresce e desenvolve uma compreensão cognitiva mais sofisticada do mundo social, o modelo neurodesenvolvimental vinculado à exposição precoce à violência pode facilmente transformar-se numa visão distorcida do mundo. Em algumas crianças (particularmente meninos), pode levar à hipervigilância a ameaças, atribuição incorreta de intenção e disposição para apoiar a violência.[11] Como esses padrões de cognição tornam-se cada vez mais estáveis com o tempo, eles podem levar a padrões característicos de raciocínio e ação associados a comportamento agressivo e violento.[12] Em essência, esses esquemas interiorizados

sobre a necessidade e a adequabilidade da agressão servem como mecanismos através dos quais a violência comunitária contribui para futuras agressividades e violência.[13]

Lacunas da Pesquisa

A violência comunitária não ocorre de forma isolada. Frequentemente, ela é concomitante com outros tipos de violência. Em especial no caso de crianças pequenas, a família é a fonte primária de exposição à violência, embora essa exposição frequentemente seja maior entre crianças que vivem em comunidades com alto índice de violência.[8,9] Apesar de estudos anteriores terem tratado sobre a importância de um contexto ecológico mais amplo, a maioria dos estudos ainda examina os efeitos da exposição à violência dentro de um contexto isolado. Além disso, as crianças e os adolescentes expostos a altos níveis de violência comunitária, normalmente experimentam outros agentes estressantes ou fatores de risco em suas comunidades, famílias ou entre os pares. É importante que os estudos deslindem os efeitos das experiências estressantes múltiplas no desenvolvimento e identifiquem a contribuição única da exposição à violência.

Em geral as pesquisas têm considerado a “exposição à violência” como um fenômeno isolado, havendo poucos estudos que analisem os efeitos únicos de ouvir sobre a violência, presenciar a violência ou ser vítima de violência. Esses efeitos também podem variar conforme a idade. É essencialmente importante para a prevenção e intervenção que as futuras pesquisas possam basear-se em estudos de resiliência (adaptação diante da adversidade) para destacar fatores individuais e contextuais que promovam ajustes em contextos violentos (embora, obviamente, a solução de preferência seja diminuir os níveis de exposição à violência). Efetivamente, a maioria dos jovens expostos à violência comunitária não experimenta consequências negativas.[14]

Conclusões

Nos EUA e internacionalmente, as crianças frequentemente são expostas a altos níveis de violência comunitária. Pesquisas recentes estimam que mais de 50% das crianças e jovens foram submetidos a algum nível de exposição de violência comunitária. Essa experiência tem indicado ter um impacto negativo no desenvolvimento, levando ao aumento de problemas emocionais, sociais e comportamentais. Um resultado sólido é o vínculo entre a exposição à violência e agressão e violência posteriores, denominada de "ciclo da violência". Em outras palavras, as crianças que assistem ou experimentam violência em torno delas são mais propensas a utilizar violência quando se tornam mais velhas ou adultas. Os efeitos da exposição à violência são

particularmente problemáticos em crianças pequenas e as observações indicam que causam impacto adverso no desenvolvimento do cérebro. Rupturas numa época prematura da vida de uma pessoa podem levar ao desencadeamento de uma sequência psicológica de desenvolvimento cuja interrupção torna-se cada vez mais difícil. Além de níveis mais altos de comportamento agressivo, distúrbios psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade e síndrome de estresse pós-traumático (em inglês, PTSD) foram encontrados em índices mais altos entre jovens expostos à violência comunitária. Todavia, a maioria dos jovens que crescem em ambientes violentos não desenvolve problemas de saúde mental ou comportamental, embora seja necessário haver mais pesquisas para entender os processos específicos de resiliência.

Implicações para os pais, serviços e programa de ação

É desnecessário dizer que a resposta mais importante à exposição à violência comunitária é trabalhar solidariamente para reduzir a violência no ambiente em que a criança cresce. Existem diversos exemplos de estratégias baseadas na comunidade para reduzir a violência e que demonstraram sua eficácia. Os pais também podem limitar a exposição das crianças à violência, mesmo em áreas violentas, através do monitoramento atento e supervisionando suas atividades. Eles também podem restringir a exposição em outros contextos, por exemplo, limitando a exposição da criança a programas de televisão, filmes e videogames violentos. Considerando que a exposição à violência impacta a reatividade da criança ao estresse, programas de prevenção e intervenção que ajudem a criança a entender e a lidar com o estresse são um ingrediente importante na promoção da resiliência e ajuste para as crianças expostas à violência.

Referências

1. Richters, J. E., and Martinez, P. E. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56, 7-21.
2. McCart, M., Smith, D. W., Saunders, B. E., et al. (2007). Do urban adolescence become desensitized to community violence? Data from a National Survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 3, 434-442.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2011). Youth violence statistics. Available at: http://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/stats_at-a_glance/index.html. Accessed November 11, 2011.
4. Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
5. Sheidow, A., Gorman-Smith, D., Tolan, P. H., & Henry, D. (2001). Family and community characteristics: Risk factors for violence exposure in inner-city youth. *Journal of Community Psychology*, 29, 345-360.
6. Kilpatrick, D. G., Smith, D. W., Saunders, B. E. et al. (2007). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.

©2011-2026 ABILIO | VIOLÊNCIA SOCIAL

7. Attar, B., Guerra, N. G., & Tolan, P. (1994). Neighborhood disadvantage, stressful life events, and adjustment in elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 394-400.
8. Osofsky, J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50, 782-188.
9. Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the 'cycle of violence.' In J. Osofsky (Ed.), *Children, youth, and violence: The search for solutions* (pp. 124-148). New York: Guilford Press.
10. Pynoos, R. (1990). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. In B. Garfinkel, G. Carlson, & E. Weller (Eds.). *Psychiatric disorders in children and adolescents* (pp. 48-63). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
11. Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology/Annual Reviews*. Vol. 51, 445-479.
12. Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
13. Guerra, N. G., Huesmann, L. R., & Spindler, A. (2003). Community violence exposure, social cognition, and aggression among urban elementary-school children. *Child Development*, 74, 1507-1522.
14. Guerra, N. G. (1997). Intervening to prevent childhood aggression in the inner city. In J. McCord (Ed.), *Violence and childhood in the inner city* (pp. 256-312). Guggenheim Foundation/Cambridge University Press.