

Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo

Daniel Graça Fatori de Sá

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Bartira Marques Curto

Isabel Altenfelder Santos Bordin

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Cristiane Silvestre de Paula

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Resumo: A exposição à violência é um conhecido fator de risco para o comportamento antissocial. O objetivo do estudo foi investigar a associação entre exposição à violência e o desenvolvimento de dois perfis psicopatológicos de comportamento antissocial em adolescentes da periferia de São Paulo. Trata-se de um estudo longitudinal cuja amostra foi composta por 93 adolescentes (11-18 anos) que em 2002 apresentavam problemas de saúde mental e que foram reavaliados em 2007. O desfecho clínico investigado é o comportamento antissocial em nível clínico/limitrofe na escala de externalização do *Child Behavior Checklist*. Os fatores de risco foram a exposição à violência urbana e doméstica, segundo o questionário de eventos traumáticos. A violência doméstica mostrou-se como único fator relevante para a manutenção do comportamento antissocial, enquanto dois fatores relativos à violência urbana (ter amigo que foi estuprado e/ou ferido com faca) mostraram-se associados ao surgimento do comportamento antissocial. Concluiu-se que o ambiente familiar e uma comunidade violenta parecem ser modelos para a manutenção e o desenvolvimento de comportamentos violentos entre adolescentes.

Palavras-chave: criança; adolescente; violência; comportamento social; estudos longitudinais.

EXPOSURE TO VIOLENCE AS A RISK FOR ONSET OR CONTINUITY OF ANTISOCIAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS FROM THE OUTSKIRTS OF SAO PAULO

Abstract: The exposure to violence is a known risk factor for antisocial behavior. The objective of the study was to investigate the association between exposure to violence and development of two psychopathological profiles of antisocial behavior in adolescents from the outskirts of Sao Paulo. The design of the investigation was a cohort study with a sample composed by 93 adolescents (11-18 years) diagnosed with mental health problems at baseline in 2002 were reassessed in 2007. The investigated clinical outcome was the antisocial behavior at clinical or borderline level scores on the externalizing problem scale of the Child Behavior-Checklist. The risk factors were the exposure to urban and intrafamilial violence, according to the Questionnaire of Traumatic Events. The intrafamilial violence was the only relevant factor which predicted continuation of antisocial behavior at follow-up, while two factors related to urban violence (having a friend who was raped and/or injured with a knife) were associated with the onset of antisocial behavior. It was concluded that the family environment and a violent community are important influences to consider in the continuation and development of violent behavior among adolescents.

Keywords: child; adolescent; violence; social behavior; longitudinal studies.

EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA COMO RIESGO PARA EL SURGIMIENTO O CONTINUIDAD DE COMPORTAMIENTO ANTI-SOCIAL EN ADOLESCENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Resumen: La exposición a la violencia es un factor de riesgo conocido para el comportamiento anti-social. El objetivo del estudio foi investigar la asociación entre exposición a la violencia y el desarrollo de dos perfiles psicopatológicos de comportamiento anti-social en adolescentes de la periferia de São Paulo. El diseño de la investigación fue un estudio longitudinal cuya muestra fué formada por 93 adolescentes (11-18 años) que en 2002 presentaban problemas de salud mental y fueron reevaluados en 2007. Los resultados mostraron comportamiento anti-social en nivel clínico/limítrofe en la escala de externalización del *Child Behavior Checklist*. Los factores de riesgo fueron la exposición a la violencia urbana y doméstica, según el cuestionario de eventos traumáticos. La violencia doméstica se mostró como único factor relevante para el mantenimiento del comportamiento anti-social, mientras que dos factores relativos a la violencia urbana (tener amigo que fué violado y/o herido con arma blanca) se mostraron asociados al surgimiento del comportamiento anti-social. Se concluye que el ambiente familiar y La violencia en la comunidad parecen ser modelos para el mantenimiento y desarrollo de comportamientos violentos entre adolescentes.

Palabras clave: niño; adolescente; violencia; comportamiento social; estudios longitudinales.

Introdução

A violência é um grave problema mundial. Estima-se que todos os dias morrem 1.500 pessoas em todo o mundo por conta da violência interpessoal, e a maioria dessas mortes ocorre em países em desenvolvimento (KRUG et al., 2002). No Brasil, aconteceram 8.104 mortes por agressão na faixa etária de 10 a 19 anos em 2006 (DATASUS, 2006), e é conhecido que jovens na faixa etária entre 15 e 19 anos têm 1,5 vez mais chances de sofrer homicídio que indivíduos de outras faixas etárias (SOUZA; LIMA, 2007). O homicídio pode ser considerado o pior desfecho da violência, mas é importante lembrar que as altas taxas não incluem muitas outras facetas do cotidiano urbano permeado por atos violentos não fatais. Em 2006, ocorreram 527.881 crimes violentos sem morte no Brasil, incluindo tentativa de homicídio, lesão corporal, maus-tratos contra crianças, entre outros (SENASP, 2007).

A exposição a diversos tipos de violência é um conhecido fator de risco para problemas de saúde mental. Sintomas de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e agressividade são algumas das consequências negativas da exposição direta e indireta à violência (MCDONALD; RICHMOND, 2008; FOWLER et al., 2009). Dentre os quadros psicopatológicos estudados na infância e adolescência, a literatura aponta que a exposição à violência tem associação mais marcante com problemas de externalização, isto é, comportamentos de agressão e violação de regras, denominados neste estudo comportamento antissocial (FOWLER et al., 2009).

Poucos estudos brasileiros investigaram a associação entre exposição à violência e saúde mental na infância e adolescência (SCHRAIBER et al., 2006). A maioria dos artigos na área de violência no Brasil tem um enfoque descritivo baseando-se em dados oficiais, o que indica uma falta de dados empíricos na área da saúde mental, principalmente em regiões periféricas de cidades brasileiras consideradas de alto risco para violência e problemas de saúde mental. O presente estudo visa investigar a associação entre exposição à violência e o surgimento ou a continuidade do comportamento antissocial em uma amostra de adolescentes de uma comunidade urbana de baixa renda da periferia de São Paulo.

Método

O presente estudo longitudinal está relacionado ao segmento de crianças e adolescentes que participaram do Estudo Brasileiro de Violência Doméstica (BrazilSafe) que faz parte do projeto multicêntrico *World Studies of Abuse in Family Environments* (BANG-DIWALA et al., 2003). O BrazilSafe foi realizado em um bairro de baixa renda do município de Embu, na região metropolitana de São Paulo, e compreendeu uma amostra probabilística, em que se avaliou a saúde mental de 480 crianças e adolescentes (primeira fase) (PAULA et al., 2007).

O município de Embu, com mais de 200.000 habitantes (SEADE, 2006), caracteriza-se pela baixa renda e baixa escolaridade da população, pela grande proporção de migrantes provenientes de regiões pobres do País, por altos índices de violência urbana e pela presença do narcotráfico. Em 2002, ocasião da coleta de dados do BrazilSafe, enquanto o Estado de São Paulo apresentava taxa de 38,93 homicídios para cada 100.000 habitantes, o município de Embu registrava taxa quase três vezes superior (100,79 homicídios/100.000 habitantes) (SEADE, 2002).

Em 2007, todas as crianças entre 6 e 13 anos que apresentavam problemas de saúde mental (escala de total de problemas de saúde mental do *Child Behavior Checklist*) foram convocadas para uma segunda avaliação. Noventa e três adolescentes entre 11 e 18 anos foram efetivamente reavaliados nessa segunda fase de coleta de dados (perda amostral de 25%). A subamostra utilizada no presente estudo (N = 88) inclui todos os participantes da segunda fase com dados completos (cinco adolescentes foram excluídos por causa da falta dos dados referentes à exposição à violência).

- Desfecho clínico do estudo: presença de comportamento antissocial na segunda fase do estudo, definido como: pontuação em nível clínico ou limítrofe na escala de externalização do *Child Behavior Checklist* (CBCL). O CBCL é um instrumento padronizado de rastreamento para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (6-17 anos). Esse instrumento inclui três escalas: total de problemas, problemas do tipo internalização (ansiedade/depressão) e problemas do tipo externalização (agressividade/violação de regras). Pontos de corte classificam crianças/adolescentes em três categorias: casos clínicos (> 63), limítrofes (≥ 60 e ≤ 63) e não clínicos (< 60) (ACHENBACH; RESCORLA, 2001).
- Fatores associados: foram examinadas três categorias de exposição à violência urbana e doméstica ao longo da vida:
 1. *Vitimização*: adolescente ter sido (a) espancado por alguém da família com força suficiente para causar ferimentos, (b) atacado fisicamente ou assaltado com ou sem arma e (c) ameaçado de morte.
 2. *Exposição direta*: adolescente ter presenciado (a) alguém sofrer lesão grave ou ser assassinado, (b) tiroteio e (c) alguém da família ser preso.
 3. *Exposição indireta*: adolescente ter um amigo que (a) anda armado, (b) que já matou alguém, (c) já foi ferido por faca, (d) foi assaltado, (e) foi assassinado, (f) foi ferido por arma de fogo, (g) foi estuprado, (h) foi ameaçado de morte e/ou (i) se envolveu em briga de gangues.

Esses dados foram coletados por meio do questionário de eventos traumáticos que é baseado no questionário sobre atitudes, valores e normas culturais e comportamentos em relação à violência do Núcleo de Estudos de Violência (NEV; www.nevusp.org) da Universidade de São Paulo.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em entrevista única e individual, as mães responderam ao CBCL (aplicado nas duas fases do estudo) e os adolescentes responderam ao questionário de eventos traumáticos (somente na segunda fase do estudo).

Análise estatística

A amostra de adolescentes (N = 88) foi dividida em três grupos:

- Grupo 1: com presença de comportamento antissocial em ambas as fases do estudo.
- Grupo 2: ausência de comportamento antissocial na primeira fase e presença de comportamento antissocial na segunda.
- Grupo 3: ausência de comportamento antissocial na segunda fase.

Os grupos 1 e 2 foram comparados individualmente com o grupo 3, criando duas subamostras da amostra total. Realizou-se a análise univariada para cada subamostra utilizando os testes de qui-quadrado e o teste exato de Fisher, considerando o intervalo de confiança de 95%. Posteriormente, realizou-se uma análise de regressão logística com auxílio do programa estatístico SPSS 16.0, em que todos os fatores independentes associados ao desfecho clínico na análise univariada foram incluídos no modelo inicial. Permaneceram no modelo final (reduzido) apenas as variáveis independentes com nível de significância inferior a 0,05. O teste de *likelihood ratio* foi aplicado para garantir a equivalência dos modelos inicial e final.

Resultados

A amostra deste estudo incluiu 88 adolescentes, sendo 36 (40,9%) do sexo masculino e 52 (59,1%) do sexo feminino. A média de idade na segunda fase do estudo foi de 14 ± 2 com 54,5% da amostra na faixa etária de 11 a 14 anos e 45,5% com idade entre 15 e 17 anos. Destacam-se os altos índices de exposição de violência vivenciados pelos adolescentes dessa amostra (Tabela 1). Além disso, na segunda fase do estudo, 39 adolescentes (44,3%) pontuaram em nível clínico ou limítrofe para problemas de externalização, podendo ser divididos em dois subgrupos. O primeiro subgrupo foi constituído por 31 adolescentes (35,2%) que já apresentavam comportamento antissocial na primeira fase do estudo, caracterizando estabilidade dessa sintomatologia. O segundo subgrupo foi formado por oito adolescentes (9,1%) que não apresentavam comportamento antissocial na primeira fase, mas sim na segunda, mostrando desenvolvimento dessa sintomatologia.

Tabela 1. Exposição à violência na amostra total de adolescentes (N = 88)

Tipos de exposição à violência	N	(%)
• Vitimização		
Foi espancado por alguém da família com força suficiente para causar ferimentos.		
Sim	19	21,6
Não	69	78,4
Foi atacado fisicamente ou assaltado sem arma.		
Sim	5	5,7
Não	83	94,3
Foi ameaçado de morte.		
Sim	9	10,2
Não	79	89,8
Foi rendido, assaltado ou ameaçado com faca ou similar.		
Sim	3	3,4
Não	85	96,6
Foi rendido, assaltado ou ameaçado com arma de fogo.		
Sim	5	5,7
Não	83	94,3
• Exposição direta		
Presenciou alguém sofrer lesão grave ou ser assassinado.		
Sim	5	5,7
Não	83	94,3
Presenciou tiroteio.		
Sim	23	26,1
Não	65	79,3
Alguém da família já foi preso.		
Sim	22	25,0
Não	66	75,0
• Exposição indireta		
Tem um amigo que anda armado.		
Sim	18	20,5
Não	70	79,5

(continua)

Tabela 1. Exposição à violência na amostra total de adolescentes (N = 88) (continuação)

Tipos de exposição à violência	N	(%)
• Exposição indireta		
Tem um amigo que já matou alguém.		
Sim	7	8,0
Não	81	92,0
Tem um amigo que foi ferido por faca.		
Sim	19	21,6
Não	69	78,4
Tem um amigo que foi ferido por arma de fogo.		
Sim	13	14,8
Não	75	85,2
Tem um amigo que foi assassinado.		
Sim	21	23,9
Não	67	76,1
Tem um amigo que foi assaltado.		
Sim	52	59,1
Não	38	40,9
Tem um amigo que foi estuprado.		
Sim	8	9,1
Não	80	90,9
Tem um amigo que foi ameaçado de morte.		
Sim	13	14,8
Não	75	85,2
Tem um amigo que se meteu em briga de gangue.		
Sim	17	19,3
Não	71	80,7
Tem um amigo que já agrediu, espancou algum colega.		
Sim	38	43,2
Não	50	56,8

Dos 15 fatores relativos à exposição à violência urbana examinados na análise univariada, quatro se mostraram associados ao subgrupo de adolescentes com comportamento antissocial nas duas fases: ter sofrido violência no ambiente doméstico (OR = 5,55, IC 95%:

1,72-17,98, $p = 0,002$), ter algum familiar que já foi preso (OR = 3,24, IC 95%: 1,14-9,22, $p = 0,02$), ter algum amigo que já foi ferido por faca (OR = 4,19, IC 95%: 1,27-13,81, $p = 0,01$) e ter um amigo que já agrediu ou espancou um colega (OR = 3,14, IC 95%: 1,23-8,01, $p = 0,02$). Já no subgrupo que apresentou comportamento antissocial somente na segunda fase, encontramos seis fatores associados: ter sido rendido ou assaltado com faca (OR = 16,00, IC 95%: 1,25-204,11, $p = 0,007$), ter presenciado alguém sofrer uma lesão grave ou ser assassinado (OR = 5,12, IC 95%: 1,06-24,87, $p = 0,03$), ter um amigo que foi ferido por faca (OR = 8,80, IC 95%: 1,66-46,57, $p = 0,004$), ter um amigo que foi ameaçado de morte (OR = 6,80, IC 95%: 1,23-37,66, $p = 0,04$), ter um amigo que foi estuprado (OR = 9,20, IC 95%: 1,45-58,36, $p = 0,007$) e ter um amigo que se envolveu em briga de gangue (OR = 7,17, IC 95%: 1,41-36,50, $p = 0,02$).

O modelo inicial de regressão logística englobou os fatores que foram significantes ($p < 0,05$) para os dois subgrupos na análise univariada e, a seguir, apresentaremos os dois modelos finais de regressão logística (Tabela 2). Sofrer punição física grave no ambiente doméstico foi o único fator associado ao subgrupo de adolescentes com problemas de externalização nas duas fases, enquanto dois fatores, ambos relativos à exposição indireta à violência urbana, permaneceram associados ao subgrupo de adolescentes que desenvolveram problemas de externalização: ter um amigo que foi estuprado e ter um amigo que foi ferido.

Tabela 2. Modelos inicial e final de regressão logística com odds ratios (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) identificando o melhor modelo associativo para exposição à violência e problemas de externalização em dois grupos*

	Modelo I		Modelo II	
	Sem problemas de externalização na primeira fase e com problemas de externalização na segunda		Com problemas de externalização nas duas fases	
	Inicial	Final	Inicial	Final
	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)
Variáveis independentes				
• Vitimização				
Foi rendido, assaltado ou ameaçado com faca ou similar.	0,14 (0,00-19,37)	-----	-----	-----
Alguém da sua família bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar sofrimentos.			2,38 (0,73-7,72)	5,56 (1,72-17,98)**

(continua)

Tabela 2. Modelos inicial e final de regressão logística com odds ratios (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) identificando o melhor modelo associativo para exposição à violência e problemas de externalização em dois grupos* (continuação)

	Modelo I		Modelo II	
	Sem problemas de externalização na primeira fase e com problemas de externalização na segunda		Com problemas de externalização nas duas fases	
	Inicial	Final	Inicial	Final
	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)
Variáveis independentes				
• Exposição direta				
Presenciou alguém sofrer lesão grave ou ser assassinado.	2,86 (0,33-24,86)	-----	-----	-----
Alguém da sua família já foi preso.	-----	-----	3,59 (1,01-12,83)	-----
• Exposição indireta				
Ter algum amigo que foi ferido por faca.	4,56 (0,56-36,83)	8,13 (1,35-49,06)**	2,72 (0,73-10,18)	-----
Ter algum amigo que agrediu ou espancou algum colega.	-----	-----	2,21 (0,79-6,20)	-----
Ter algum amigo que foi ameaçado de morte.	8,88 (0,72-108,36)	-----	-----	-----
Ter algum amigo que foi estupro.	28,78 (0,87-957,81)	8,31 (1,07-64,23)**	-----	-----
Ter algum amigo que se meteu em briga de gangue.	1,96 (0,19-19,81)	-----	-----	-----
(-2 Log Likelihood)	30.238	35.937	89.762	97.735

* Grupo de referência: adolescentes sem problemas de externalização na segunda fase (N = 49).

** p < 0,05

Considerações finais

O presente estudo foi realizado com uma população de adolescentes com reconhecida vulnerabilidade por sua exposição a uma comunidade marcada pela pobreza e por altos índices de violência (CHUNG, 2004; SEADE, 2006). Nesse contexto, os resultados deste estudo revelaram que a exposição a diferentes tipos de violência contribuiu dife-

rentemente para o surgimento ou a continuidade do comportamento antissocial nos adolescentes da amostra, ao longo do tempo de seguimento do estudo.

Dentre uma ampla gama de exposição à violência, a punição física grave no ambiente doméstico se destacou como o único fator associado ao subgrupo de adolescentes com estabilidade da sintomatologia de comportamento antissocial. Alguns autores sugerem que o ambiente familiar violento serve como modelo para o aprendizado de padrões comportamentais e sociais que se utilizam da violência, prejudicando o convívio social e muitas vezes levando a um quadro de delinquência (MARGOLIN, 2005). Assim, a exposição frequente a um modelo violento vivenciado no âmbito doméstico parece ter contribuído para continuidade do comportamento antissocial desse subgrupo de adolescentes da amostra.

A exposição indireta à violência, como ter amigo que foi estuprado e/ou ferido com faca, mostrou-se como principal componente para o surgimento do comportamento antissocial num outro subgrupo de adolescentes. Estudos apontam que a proximidade com indivíduos vitimizados por atos de violência pode gerar uma sensação de insegurança em relação à comunidade em que se vive. Essa constante sensação de insegurança pode gerar sentimentos de isolamento e pensamentos depressivos. Contudo, o cotidiano marcado pela frequente exposição à violência também pode levar a uma dessensibilização em relação a atos violentos (FOWLER et al., 2009), levando o jovem a reproduzir esses atos. Portanto, da mesma forma que o ambiente familiar violento pode se tornar um modelo de aprendizado de comportamentos violentos, a comunidade violenta também pode reproduzir esse modelo, gerando um ciclo de violência (BURKE et al., 2002).

Este trabalho apresenta algumas limitações, como o tamanho da amostra, que não permitiu uma análise estatística complexa e o uso de um questionário sobre a exposição à violência urbana e doméstica não validado, dificultando a comparação com outros estudos. Apesar disso, ressalta-se a escassez de estudos longitudinais no Brasil, lacuna que o presente estudo preenche. Além disso, nossos resultados podem auxiliar na compreensão dos efeitos da exposição à violência em uma população com problemas de saúde mental. O início da sintomatologia e a avaliação da exposição à violência possibilitam levantar hipóteses quanto ao prognóstico, e esse conhecimento pode ser útil na prática clínica para o tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, assim como para elaboração de programas de prevenção do comportamento antissocial.

Referências

ACHENBACH, T.; RESCORLA, L. **Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, 2001.

BANGDIWALA, S. I. et al. Coordination of international multicenter studies: governance and administrative structure. **Salud Publica Mex.**, v. 45, n. 1, p. 58-66, Jan./Feb. 2003.

BURKE, J. D. et al. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 41, n. 11, p. 1275-1293, Nov. 2002.

CHUNG, I.-J. A conceptual framework for understanding the relationship between poverty and antisocial behavior: focusing on psychosocial mediating mechanisms. **The Journal of Primary Prevention**, v. 24, n. 3, 2004.

DATASUS. **Informações de saúde: estatísticas vitais e mortalidade**. Brasília: Datasus, 2006.

FOWLER, P. J. et al. Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. **Dev. Psychopathol.**, v. 21, n. 1, p. 227-259, 2009.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. 346 p.

MARGOLIN, G. Children's exposure to violence: exploring developmental pathways to diverse outcomes. **J. Interpers. Violence**, v. 20, n. 1, p. 72-81, Jan. 2005.

MCDONALD, C. C.; RICHMOND, T. R. The relationship between community violence exposure and mental health symptoms in urban adolescents. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.**, v. 15, n. 10, p. 833-849, Dec. 2008.

PAULA, C. S. et al. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 29, n. 1, p. 11-17, Mar. 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violence and health: recent scientific studies. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, p. 112-120, ago. 2006.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISES DE DADOS (SEADE). **Informações dos municípios paulistas**. Seade, 2002, São Paulo.

_____. **Informações dos municípios paulistas**. Seade, 2006, São Paulo.

SEGURANÇA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA (SENASP). Perfil organizacional das polícias militares 2005/2007, 2007.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1211-1222, 2007. Suplemento.

Contato

Cristiane Silvestre de Paula

Rua da Consolação, 930, Edifício João Calvino, 2º andar, sala 215

Consolação – São Paulo – SP

CEP 01302-907

e-mail: csilvestrep@uol.com.br

Tramitação

Recebido em fevereiro de 2009

Aceito em maio de 2009