

O impacto psicossocial do testemunho da violência doméstica durante a infância

Ana Paula Ribeiro Melo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Doutora Margarida Maria Ferreira Leão
Coorientadora: Doutora Sílvia Alexandra Albuquerque e Castro

abril de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Ana Paula Ribeiro Melo, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39350 do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20/04/2023

Ana Paula Ribeiro Melo

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Agradecimentos

Às minhas orientadora e coorientadora agradeço a disponibilidade em me auxiliar nesta jornada, o tempo despendido para fornecer resposta às minhas dúvidas e pedidos e, recorrendo ao pleonasma, a sua orientação, recursos fundamentais para eu conseguir realizar este trabalho da forma que visionei.

Resumo

O objetivo desta dissertação é, por meio de uma monografia, identificar e compilar os principais efeitos associados ao testemunho da violência doméstica no período infantojuvenil. A violência doméstica é um crime de tendência crescente (ainda que as estatísticas sub-representem a realidade atual) e é importante não só reconhecer que as crianças, mesmo não sendo o alvo direto dos insultos e ataques, são afetadas pela prática deste ato criminoso no seu ambiente, mas também especificar as consequências das várias vertentes prejudicadas – anatomia cerebral e dos sistemas nervosos, neurotransmissores, estados psicológico e comportamental e níveis acadêmico, cognitivo e social.

Esta revisão é realizada através da consulta de artigos previamente publicados e alguns excertos de livros, nas línguas inglesa e portuguesa, disponibilizados através de bases de dados como *PubMed* e *Google Scholar*. Para este efeito, foram excluídas publicações cujo foco se baseava em crianças nas quais as consequências da exposição à violência traduzem-se em efeitos físicos e artigos relativos a consequências derivadas da vitimização direta das crianças.

Conclui-se que, apesar de não afetar igualmente todas as crianças e do facto dos seus efeitos poderem ser atenuados pelos fatores de proteção apropriados, o testemunho da violência doméstica numa idade precoce é um fator de risco de carga elevada para inúmeras características de potencial nocivo, com efeitos igualmente prejudiciais a curto e longo prazo.

Palavras-chave

Testemunho de violência doméstica; violência interparental; violência familiar; criança

Abstract

The purpose of this dissertation is, through a monograph, to identify and compile the main effects associated with witnessing domestic violence in infancy and youth. Domestic violence is a crime with a growing trend (even though statistics underrepresent the current reality), and it is important not only to recognize the fact that children, even if they are not the direct target of insults and attacks, are affected by the practice of this criminal act in their environment, but also to specify the consequences of the various impaired aspects: brain's and nervous systems' anatomy, neurotransmitters, psychological and behavioral states, and academic, cognitive, and social levels.

This review is carried out by consulting previously published articles and some book excerpts, in English and Portuguese, made available through databases such as *PubMed* and *Google Scholar*. For this purpose, publications whose focus was on children in which the consequences of exposure to violence translate into physical effects and articles concerning consequences derived from the direct victimization of children were excluded.

It is reached the conclusion that, even though it does not affect all children equally and its effects can be mitigated by appropriate protective factors, witnessing domestic violence at an early age is a highly charged risk factor for numerous potentially harmful characteristics, with equally harmful effects in the short and long term.

Keywords

Witnessing domestic violence, interparental violence, family violence, child

Índice

Declaração de Integridade	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Figuras	xiii
Lista de Acrónimos	xv
1 Introdução	1
2 Metodologia	2
3 Violência Doméstica	3
3.1 Tipos de violência	3
3.2 Ciclo da violência	4
3.3 Estatísticas portuguesas referentes a violência doméstica	5
3.4 A criança como vítima de violência doméstica	7
4 Impacto do testemunho da violência doméstica na população pediátrica	9
4.1 Efeitos a nível cerebral	9
4.1.1 Matéria branca cerebral	9
4.1.2 Matéria cinzenta cerebral	10
4.1.3 Componentes cerebrais	10
4.2 Efeitos a nível neuro biológico	13
4.2.1 Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal	13
4.2.2 Sistemas nervosos simpático e parassimpático	13
4.2.3 Neurotransmissores	15
4.3 Efeitos a nível psicológico e emocional	16
4.3.1 Problemas consoante a idade	17
4.3.2 Problemas de internalização e externalização	18
4.3.3 Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático	20
4.3.4 Outras condições e perturbações do foro psiquiátrico	21
4.4 Efeitos aos níveis cognitivo e académico	22
4.5 Efeitos a nível social	24
5 Conclusão	26
6 Bibliografia	27

Lista de Figuras

Figura 3.1 – Ciclo da violência (1,2)	4
Figura 3.2 – Número de ocorrências por violência doméstica participadas à GNR e PSP entre 2019 e 2022 (3)	5
Figura 3.3 – Sanções resultantes de crimes de violência doméstica compreendidas entre 2019 e 2022 (3)	6
Figura 3.4 – Crianças acolhidas na RNAVVD entre 2019 e 2022 (3)	7

Lista de Acrónimos

GNR	Guarda Nacional Republicana
PSP	Polícia de Segurança Pública
RNAVVD	Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais da Associação Psiquiátrica Americana
PSPT	Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

1. Introdução

A família representa uma instituição fundamental para qualquer indivíduo. Não só é uma base de apoio e de condições necessárias para uma vida saudável, como também é uma essencial fonte de suporte emocional, financeiro e guia moral, com influência nas mais diversas decisões futuras, que são a base de qualquer ser humano – a família é um importantíssimo determinante da saúde, podendo ter uma influência positiva ou negativa no desenvolvimento dos seus integrantes.

Um dos principais fatores disruptivos da estabilidade de uma família é a existência de violência – especificamente violência doméstica. Definida em Resolução do Conselho de Ministros n.º88/2003 de 7 de julho como “toda a violência física, sexual ou psicológica que ocorre em ambiente familiar e que inclui, embora não se limitando a maus tratos, abuso sexual das mulheres e crianças, violação entre cônjuges, crimes passionais, mutilação sexual feminina e outras práticas tradicionais nefastas, incesto, ameaças, privação arbitrária de liberdade e exploração sexual e económica” (1), a violência doméstica representa um crime, cujas estatísticas elevadas sub-representam uma realidade de inúmeros casos não reportados e cujas consequências abalam muito mais vítimas do que aquelas que efetivamente recebem as agressões – nomeadamente crianças e/ou adolescentes que presenciam todos os abusos e vivem em ambientes onde reinam tensão, medo e insegurança.

Esta dissertação pretende explorar e averiguar qual o impacto a nível psicossocial do testemunho de violência doméstica na idade pediátrica, a partir de literatura existente e artigos previamente publicados.

2. Metodologia

A realização desta monografia teve por base a consulta e leitura de artigos científicos e alguns excertos de livros relativos às consequências do testemunho da violência doméstica que traduzam efeitos diretos ou indiretos, nos contextos psicológico e social. A pesquisa dos artigos foi realizada utilizando bases de dados como a *PubMed* e *Google Scholar*, tendo como base artigos publicados nas línguas inglesa e portuguesa, com as palavras-chave “witness domestic violence”/ “testemunho de violência doméstica”, “interparental violence”/ “violência interparental”, “family violence”/ “violência familiar” associadas a “child”/ “criança”, e excluindo artigos relativos a consequências no contexto físico e artigos relativos a consequências derivadas da vitimização direta das crianças.

Foram incluídas definições de violência doméstica e estatísticas relativas à realidade portuguesa através de documentos do âmbito legal e relatórios da Comissão Para a Cidadania e Igualdade de Género.

Efetuuou-se também pesquisa de literatura cinzenta, através do motor de pesquisa Google.

Esta foi a metodologia selecionada por ser comprovadamente a forma mais eficaz e fidedigna de, com rigor científico, reunir informação existente até à data sobre o tema e auferir o seu impacto atual e potencial – atingindo dessa forma o objetivo proposto para a dissertação.

3. Violência Doméstica

3.1) Tipos de violência

A violência doméstica é um fenómeno de longa duração – mesmo sem consultar as estatísticas, a cultura portuguesa, ao afirmar em ditados populares com origem suposta há vários séculos, que “entre marido e mulher, não se mete a colher” ou “quanto mais me bates mais eu gosto de ti”, já revela, indiretamente, que conflitos entre cônjuges são a norma e/ou acontecimentos banais; de facto, não só este é um crime perpetuado frequentemente como também pode assumir várias formas (1,2):

- **Emocional ou psicológica:** qualquer comportamento do(a) companheiro(a) que visa fazer o outro sentir medo, impotência ou até mesmo culpa. Engloba atitudes que desrespeitam os sentimentos da vítima e podem potenciar o isolamento desta. É praticada mediante insultos, desprezo, críticas, humilhação, desvalorização, ridicularização, chantagem afetiva e emocional, privação de afeto, privação do poder de decisão, ameaças aos filhos ou até agressões aos animais de estimação.
- **Social:** pertencente ao subtipo de violência psicológica, inclui qualquer comportamento que intenta controlar a vida social do(a) companheiro(a) - impedir que este(a) visite familiares ou amigos, cortar o telefone ou controlar as chamadas e as contas telefónicas, trancar o outro em casa – estratégias com o objetivo de tornar a vítima mais manipulável e vulnerável.
- **Perseguição:** pertencente ao subtipo de violência psicológica, inclui qualquer comportamento que visa intimidar ou atemorizar a vítima – segui-la para o seu local de trabalho e/ou sempre que sai sozinha e controlar sempre os seus movimentos.
- **Financeira:** qualquer comportamento que intente controlar o dinheiro do(a) companheiro(a) sem que este o deseje. Inclui o controlo do ordenado, recusa de dar dinheiro para necessidades básicas, controlo de contas bancárias, forçar a justificação de qualquer gasto, impedir que a vítima procure emprego ou até ameaçar retirar apoio financeiro como forma de controlo.
- **Física:** qualquer comportamento que compreenda a utilização de força física visando causar dor e/ou que impeça a obtenção de bens essenciais, alimentares e tratamentos de saúde. Pode traduzir-se em comportamentos como esmurrar, pontapear, estrangular e/ou queimar a vítima, entre outros.
- **Sexual:** qualquer comportamento em que o(a) companheiro(a) força o outro a protagonizar atos sexuais que não deseja – seja contra a vontade expressa da vítima ou sem o seu consentimento. Pode haver o recurso a ameaças, força física, persuasão, uso de álcool e/ou drogas ou recurso a uma posição de autoridade para

forçar ou pressionar a vítima a atos de relações sexuais quando esta não quer, relações sexuais desprotegidas ou relações sexuais com outras pessoas.

3.2) Ciclo da violência

A violência doméstica tende a desenvolver-se seguindo um sistema cíclico, que é geralmente constituído por 3 fases: (1,2)

- Na primeira fase, há um aumento das tensões, injúrias e ameaças que propiciam a um ambiente de perigo iminente. O agressor irrita-se por aspetos aparentemente insignificantes e está tenso, com acessos de raiva que provocam medo na vítima. É uma fase de duração variável – dias, meses ou anos – cuja tendência é culminar na violência propriamente dita.
- Na segunda fase, o aumento da tensão materializa-se através da violência, frequentemente física ou psicológica – o agressor “explode” e maltrata a vítima. Os momentos de violência tendem a aumentar ao longo do tempo, quer em termos de frequência como de intensidade.
- Na terceira fase, o chamado período de “lua de mel”, o agressor aparenta arrependimento, desculpa-se das agressões e trata a vítima com carinho e atenção, com o intuito de manipulá-la para que esta se culpabilize pela violência e que não apresente queixa contra o agressor. É uma fase relativamente calma, repleta de promessas infundadas de mudança de comportamento, mas que inevitavelmente segue-se de um novo momento de tensão e da repetição do ciclo.

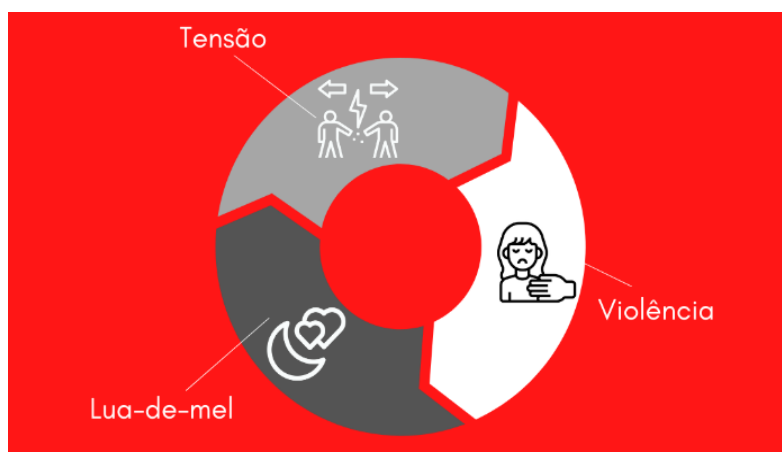


Figura 3.1 – Ciclo da violência (1,2)

É um ciclo caracteristicamente repetitivo ao longo do tempo, com tendência à diminuição das fases de tensão e de lua de mel e ao aumento de intensidade das fases violentas. Em situações limite, o ciclo só termina ao culminar em homicídio.

3.3) Estatísticas portuguesas referentes a violência doméstica

Representando, em 2021, o crime mais reportado a nível nacional (4) com 22254 ocorrências, a violência doméstica é um fenómeno violento que pode ocorrer com todas as faixas etárias, com qualquer género, classe e/ou idade (1); no entanto, as principais vítimas diretas pertencem ao género feminino, que contabilizou 74,9% das vítimas reportadas em 2021, enquanto o sexo masculino representou 81% dos agressores (4).

Apesar da tendência negativa do número de ocorrências ao longo dos anos (figura 3.2) – possivelmente devida a falta de confiança nas forças de segurança ou pela disparidade entre o número de ocorrências e o número de sanções (figura 3.3), que desmoralizam e desencorajam as vítimas a prestar queixa – a realidade é que há ainda inúmeros casos desconhecidos, com potencial de destruir não só relações como também famílias ou mesmo vidas.



Figura 3.2 - Número de ocorrências por violência doméstica participadas à GNR e PSP entre 2019 e 2022 (3)

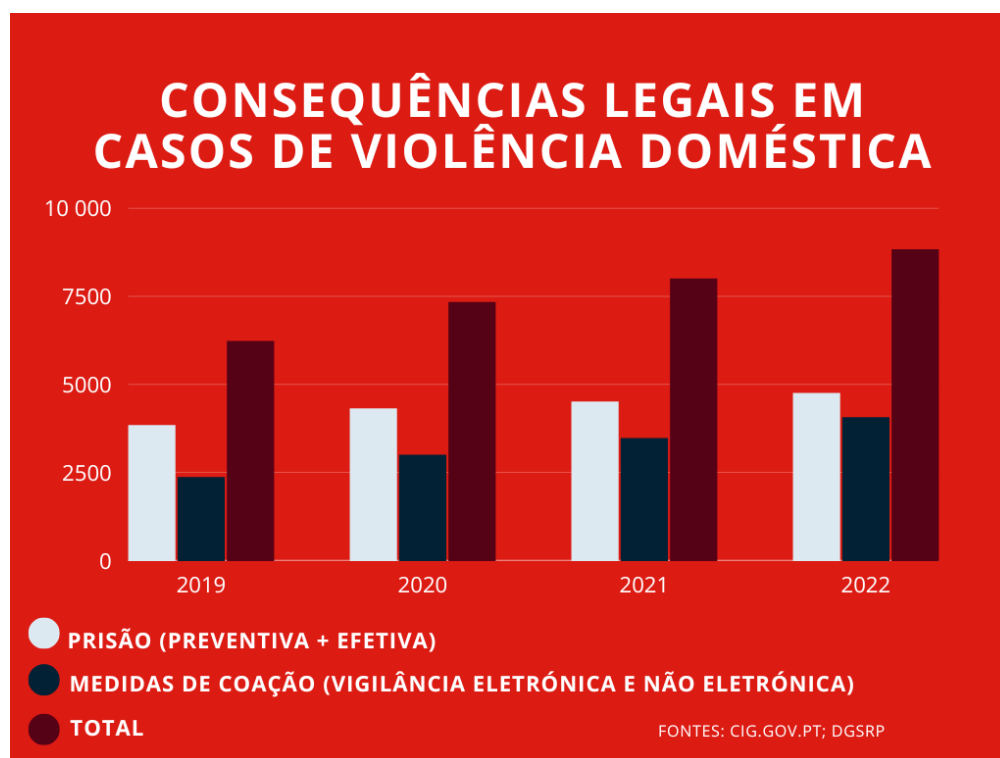


Figura 3.3 - Sanções resultantes de crimes de violência doméstica compreendidas entre 2019 e 2022 (3)

Relativamente às vítimas na idade infantojuvenil, não há estatísticas que clarifiquem suficientemente o impacto – o número de vítimas (5.769) presente no Relatório Anual de Segurança Interna de 2021 apenas tem em consideração a idade máxima de 16 anos (4), enquanto que a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género somente contabiliza a evolução temporal do número de crianças acolhidas nas estruturas da Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) (figura 3.4) e o número de crianças e jovens atendidos pelos serviços de Respostas de Apoio Psicológico a Crianças e Jovens Vítimas de Violência Doméstica – no período compreendido entre setembro de 2021 e agosto de 2022 (6.062) maioritariamente (54,5%) do sexo feminino e das faixas etárias dos 7 aos 10 anos (29,7%), 13 aos 15 anos (25,5%) e 11 aos 12 anos (15,6%) (5).



Figura 3.4 - Crianças acolhidas na RNAVVD entre 2019 e 2022 (3)

Relativamente ao testemunho da violência doméstica na infância, os números também são díspares – com estatísticas de 2016 a apontar para valores como 35% (6) mas estudos de 2020 com uma redução para os 3,8% (7). No entanto, a ausência de estatísticas portuguesas sobre este tópico em particular não é incomum – os únicos países que reportam estatísticas relativas ao impacto da violência doméstica na população infantil são Itália e Lituânia (8).

3.4) A criança como vítima de violência doméstica

A criança, na qualidade de vítima de violência doméstica, pode percecionar estes atos de várias formas:

- **Testemunhas:** que inclui a visualização ou audição dos abusos infligidos sobre a vítima – uma exposição direta – ou ver os sinais físicos após episódios de violência e/ou testemunhar as consequências da violência na pessoa abusada – uma exposição indireta (2,9–11);
 - Os sinais físicos consistem em hematomas e/ou lesões físicas na vítima, móveis partidos, desalojamento (12) ou quaisquer outras consequências visíveis (13)
 - A pessoa abusada – tendencialmente um dos pais da criança, e frequentemente a mãe – pode experienciar, resultante dos abusos, depressão, sintomas associados a trauma (9), que podem condicionar mudanças no estilo de parentalidade/educação, afetando a criança.

- **Instrumentos de abuso:** o agressor pode utilizar os filhos como forma de abuso e controlo (2,10,11);
- **Vítimas de abuso:** as crianças podem ser física e/ou emocionalmente abusadas pelo agressor (ou mesmo, em alguns casos, pela própria vítima) (2).

A exposição a violência doméstica pode até, em certas circunstâncias, parecer inconspícua, mas é até considerada relevante quando a criança “meramente” tem noção da ocorrência da violência (quando alguém a informa desta), mesmo não a percebendo, (13) ou quando ocorre no período pré-natal (12), podendo todas as formas enumeradas traduzir-se em consequências nefastas para o desenvolvimento da criança. Na verdade, a experiência à violência familiar é particularmente insidiosa para as crianças, uma vez que os pais ou cuidadores primários são (ou deveriam ser) supostamente as figuras de segurança e estabilidade. Quando a necessidade inata da criança de uma conexão que transmita segurança não é suprida e não são asseguradas condições de estabilidade, o impacto pode ser sério e omnipresente (14).

Esta dissertação focar-se-á nas consequências da exposição à violência doméstica nas crianças vitimizadas na qualidade de testemunhas e instrumentos de abuso, excluindo aquelas que são vítimas diretas de abusos, para evidenciar e comprovar o facto de que o testemunho a este tipo de violência, considerado uma forma de maus-tratos infantis (11) [não consensualmente, uma vez que certos autores consideram que a atribuição deste “rótulo” ignora o facto de que um grande número de crianças não apresenta problemas de desenvolvimento e algumas até mostram fortes capacidades de *coping* (10)], tem potencial de ser tão ou mais nocivo como a experiência direta a esta (11).

4. Impacto do testemunho da violência doméstica na população pediátrica

4.1) Efeitos a nível cerebral

O *stress* é prejudicial para o cérebro, principalmente para o cérebro nas fases iniciais do desenvolvimento (15), sendo que quaisquer alterações que possam ocorrer são potencialmente nocivas e permanentes e podem originar psicopatologia.

A maturação dos órgãos na vida intrauterina, incluindo o cérebro e o sistema nervoso fetais, pode ser acelerada pela presença de fatores crónicos de *stress* materno (socioeconómicos, emocionais ou nutricionais), estimulando a maturação precoce do sistema neuro biológico fetal, que regula as respostas fisiológicas e comportamentais sob *stress*. O benefício imediato de tais processos poderia presumivelmente significar um ajustamento neuro biológico a condições que exigem vigilância e prontidão para atuar constantes, mas o “custo” a longo prazo é significativo, manifestando-se através de alterações das atividades neuroendócrinas, redução do tamanho do corpo e aumento da suscetibilidade a doenças físicas ao longo da vida (como, por exemplo, obesidade, hipertensão ou diabetes tipo 2), juntamente com condições comportamentais e mentais negativas (por exemplo, problemas de internalização e externalização) e taxas de mortalidade mais elevadas (11).

Também o início da infância é uma altura de rápido crescimento e organização crítica do cérebro e, portanto, quaisquer interferências nos primeiros anos podem manifestar-se através de consequências mais significativas do que noutros períodos temporais (14).

4.1.1) Matéria branca cerebral

A anisotropia fracionada – a análise quantitativa usada para demonstrar a densidade e mielinização das fibras que compõem a matéria branca do cérebro (16) – é um dos parâmetros visivelmente afetado pelo testemunho da violência doméstica, estando diminuída no feixe cingulado e no fascículo longitudinal inferior esquerdo. O feixe cingulado, que providencia suporte às interações entre os lobos frontal, parietal e temporal (17), quando danificado, está correlacionado a sintomas depressivos e dissociativos e psicopatologia no período da adolescência. Os efeitos do testemunho de violência doméstica no feixe cingulado são semelhantes aos da exposição a abusos físico ou sexual (15). Já o fascículo longitudinal inferior esquerdo – que liga os córtices visual e temporal e é o componente chave da via visual límbica, subsistindo funções emocional, de aprendizagem, de memória na modalidade especificamente visual e de processamento de informação sensorial sobre eventos adversos entre diferentes regiões corticais – quando afetado, está associado a altos níveis de ansiedade, sintomas de somatização, irritabilidade límbica e medidas neuropsicológicas de velocidade de processamento (15). A violência doméstica tem

o potencial de afetar não só a densidade e mielinização das fibras deste componente cerebral, como o seu tamanho, verificando-se uma diminuição maioritariamente associada à exposição a disputas verbais entre os pais (18).

Os sintomas de irritabilidade límbica poderão incluir distorções somáticas e percetivas, breves eventos alucinatórios, automatismos motores e/ou sintomas dissociativos; análogos aos sintomas que se observam em doentes com epilepsia do lobo temporal (18,19). Certos autores defendem, no entanto, que a irritabilidade límbica, no contexto do testemunho de violência doméstica, é mediada por agressões verbais maternas (quando a mãe é a vítima direta da violência) – “a violência doméstica contra [a] mãe afeta o bem-estar emocional dos seus filhos, alterando principalmente o seu comportamento, o que se pode refletir no seu uso mais frequente da agressão verbal”, ou até que pode não haver nenhuma relação entre a violência familiar e a irritabilidade límbica (20).

A anisotropia fracionada permite também deduzir o período de maior vulnerabilidade do fascículo longitudinal inferior ao testemunho de violência doméstica – dos 7 aos 13 anos de idade – que corresponde ao pico da mielinização rápida (15,18) e subsequentemente, de maior vulnerabilidade a potenciais danos.

A violência doméstica testemunhada, à semelhança dos abusos físico e sexual, pode ainda provocar diminuição do volume da matéria branca cerebral (15), para além de se verificar também diminuição da conectividade desta matéria em áreas corticais superiores, responsáveis pelo controlo de impulsos emocionais (11).

4.1.2) Matéria cinzenta cerebral

A exposição a múltiplos episódios de violência doméstica [situação mais comum do que a ocorrência de episódio único (13)] está relacionada à diminuição da densidade da matéria cinzenta, um constituinte cerebral também sujeito a diminuição do volume associada ao testemunho da violência doméstica “no geral” (15). Estas alterações da matéria cinzenta assemelham-se àquelas que ocorrem em vítimas de abuso físico (diminuição de volume) e de abuso sexual (diminuição de volume e de densidade) (15).

Tanto a diminuição do volume da matéria cinzenta como a da matéria branca estão ligadas a alteração no mecanismo de processamento da informação sensorial e consequente aumento da vulnerabilidade à psicopatologia (11).

4.1.3) Componentes cerebrais

A diminuição da espessura de estruturas cerebrais, tais como o giro lingual direito – um componente de processamento precoce do sistema visual envolvido na memória visual para formas, letras e rostos, que parece estar envolvido no processamento não consciente, isto é,

o processamento fora do conhecimento consciente (15) –, os córtices visuais secundários direito e esquerdo – áreas imediatamente em redor do córtex visual primário nos lobos occipitais, que recebem sinais desta secundariamente para análise e conseqüentemente discriminação dos *inputs* visuais em termos de movimento, forma (formas particularmente complexas) e posição (21) – e o polo occipital esquerdo – marco anatómico correspondente à porção posterior do lobo occipital, que quando danificado resulta num defeito homónimo contra lateral da visão macular (22) – está associada à experiência de múltiplos testemunhos de violência doméstica e com maior vulnerabilidade a danos no período compreendido entre os 11 e os 13 anos de idade.

As adaptações corticais neuroplásticas podem proteger uma criança do processamento sensorial da experiência abusiva específica. Contudo, a diminuição da espessura do córtex somatossensorial pode levar ao desenvolvimento de problemas de comportamento – tais como disfunções sexuais – mais tarde na vida. Da mesma forma, alterações nas vias límbicas visuais e linguísticas e regiões corticais associadas podem levar a déficits na compreensão verbal, na recordação visual e nas respostas emocionais aos acontecimentos testemunhados (15).

Outras das estruturas visivelmente afetadas, cuja ativação se encontra aumentada (15), são as amígdalas cerebelosas, componentes do sistema límbico que desempenham um importante papel na avaliação e resposta a ameaças e desafios emocionais ao avaliar a importância emocional da informação sensorial e suscitando uma resposta apropriada, sendo também importantes na regulação de emoções, como o medo e a agressão, e na atribuição de significado emocional às memórias, processamento de recompensas e tomada de decisões (23). Alterações estruturais nestes órgãos, afetados pela elevada produção de cortisol associada à exposição crónica a *stress* severo proveniente de ambientes familiares adversos, aumentam o risco de uma maior sensibilidade ao medo não aprendido e ao condicionamento do medo (11). A sobreativação das amígdalas, que se manifesta através de um “estado de alerta crónico” e que pode ter inúmeras conseqüências nocivas, também ocorre em órfãos que experienciam privação do seu prestador de cuidados, crianças submetidas a eventos stressantes ou abusos físico, ou sexual associados a sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (15).

O sistema límbico é altamente suscetível ao insulto precoce e aos impactos do *stress* crónico associados à violência doméstica (à semelhança do córtex) (14). Esta função de ordem superior do cérebro, impulsionada e superestimulada pelo medo constante precipitado pela violência, encontra-se sobre representada, dada a alteração do amadurecimento do neurocircuito das crianças (9). O seu desenvolvimento anormal é considerado um fator de

risco para disfunções neuropsiquiátricas, incluindo breves eventos alucinatórios, distorções nos domínios somático e perceptual, sintomas dissociativos e automatismos motores (14).

A exposição a situações de violência familiar está ainda relacionada a anormalidades neurodesenvolvimentais no hipocampo – implicado na formação de memórias –, corpo caloso – responsável pela comunicação inter-hemisférios –, e o córtex pré-frontal – a estrutura cortical mais avançada a mediar funções executivas e controlar emoções (11). O hipocampo e o córtex pré-frontal são ainda alterados pela sobreprodução de cortisol relacionada ao *stress* crónico associado à violência: o hipocampo, reduzido e com perdas e danos ao nível dos neurónios (9), está ligado a processos de déficite de memória nos processos declarativos, contextuais e domínios espaciais; e o córtex pré-frontal, anatomicamente alterado, precipita uma série de condições comportamentais, tais como déficite de atenção e problemas de controlo emocional e funcionamento executivo (11). Este córtex é uma área de funcionamento interpretativo (juntamente com o córtex frontal) e é responsável pela modulação das experiências através da racionalização. A sua representação encontra-se diminuída, não só porque a exposição à violência altera o amadurecimento normal dos neurocircuitos das crianças (9), mas também já naturalmente no período infantil; quando exposto a situações de violência familiar, nocivas, condiciona respostas emocionais mais salientes aos eventos, potenciando assim a evocação de memórias mais fortes e resultados comportamentais e funcionais (mal)adaptativos (14).

A adolescência representa também um período de vulnerabilidade, ao nível do testemunho da violência interparental (com efeitos semelhantes aos da exposição aos abusos físico e sexual), particularmente ao nível do fascículo longitudinal superior, cuja integridade fica comprometida. Este componente cerebral é um trato de fibras muito longo que interliga principalmente as regiões parietais e corticais frontais. É uma via que transmite informação sobre a localização espacial das partes do corpo, consciência do espaço visual e informação neurosensorial (como a articulação da linguagem) a partes do córtex pré-frontal envolvidas no planeamento motor, memória do trabalho e fala (15).

As alterações cerebrais nos indivíduos expostos a maus-tratos, incluindo o testemunho da violência doméstica, representam modificações ou adaptações ao invés de danos inespecíficos (15) mas, a longo prazo, estas adaptações refletem-se em consequências nocivas, com o potencial de prejudicar seriamente o bem-estar das vítimas.

4.2) Efeitos a nível neuro biológico

4.2.1) Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

O cortisol, uma hormona esteroide sintetizada a partir do colesterol, cuja produção e secreção são controladas pelo sistema hipotálamo-hipófise-adrenal e que medeia funções de resposta ao *stress*, regulação do metabolismo, resposta inflamatória e função imunitária (24), é uma das principais hormonas cuja atividade é afetada pela exposição à violência doméstica.

À semelhança da maturação dos órgãos (principalmente o cérebro) no período fetal, a secreção do cortisol aumenta e acelera, normalmente em resposta a fatores de *stress* físico e psicológico, facilitando a mobilização de recursos dentro do corpo e alterando o processamento de estímulos com elevada carga emocional. A ativação a curto prazo do sistema de resposta ao *stress* é adaptativa, com uma rápida elevação do nível de cortisol seguida de um regresso ao nível basal normal. Por outro lado, a exposição crónica a condições stressantes, tais como violência interparental – um dos stressores mais prevalentes que as crianças podem experienciar (12) –, evoca um “ambiente” em que o sistema hipotálamo-hipófise-adrenal se calibra para lidar com hostilidades recorrentes associadas a disfunções a longo prazo na regulação do cortisol (sobrerregulação ou subregulação), mediando o risco de padrões de mal adaptação de ajustamento comportamental (por exemplo, problemas de internalização e externalização) (11). Tanto o aumento como a diminuição do output de cortisol têm o potencial de suprimir o sistema imunitário, aumentando o risco de doenças físicas (especialmente problemas gastrointestinais) e psicológicas – potenciando altas taxas de hospitalização e saúde física geral mais pobre, frequentemente associadas à população infantil de testemunhas de violência doméstica (12).

Os níveis plasmáticos de cortisol aumentados – comprovados através dos níveis de cortisol salivar (25,26) – provocados pela exposição constante à violência familiar e, conseqüentemente ao *stress*, podem resultar em danos neuronais bem como problemas de aprendizagem e danos para a saúde emocional (9). Há, no entanto, a possibilidade de o cortisol aumentado na população infantil exposta à violência familiar se poder dever a outras características que não a violência, como predisposição subjacente herdada ou outros fatores, ou comportamentos psiquiátricos familiares, tais como exposição a drogas ilícitas *in utero* (26), não se podendo então deduzir, em certos casos, se o aumento do cortisol está diretamente ligado à violência testemunhada.

4.2.2) Sistemas nervosos simpático e parassimpático

Padrões adaptativos e/ou mal adaptativos de atividades fisiológicas e psicológicas num determinado ambiente social estão associados a um sistema neuro biológico altamente

coordenado e hierárquico, que envolve os sistemas nervosos simpático – que funciona através da libertação de epinefrina e está envolvido em atividades e funções relacionadas a *stress* (27), preparando o corpo para mudanças metabólicas ativas e movimento físico (11) – e parassimpático – que funciona através da libertação da acetilcolina e está associado a operações corporais rotineiras (27), com tendência à conservação de energia e relaxamento (11). Estes sistemas funcionam conjuntamente, de forma sincronizada e são essenciais para manter o estado homeostático do corpo, comportamento adaptativo e estabilidade emocional (11). Supõe-se que maus-tratos físicos, emocionais ou sexuais na família podem resultar em “afinações” fisiológicas emocionais precoces em resposta a um ambiente hostil do ciclo de vida, dando origem a estratégias comportamentais e mentais (através de problemas de internalização e externalização) não adequadas sob condições sociais menos hostis.

As “afinações” impulsionadas pela exposição à violência conjugal refletem-se, geralmente, numa maior reatividade simpática [podendo também refletir-se em diminuição do tónus simpático (28)] e reduzida reatividade parassimpática em simultâneo, o que gera um estado de “prontidão” fisiológica perpétua (ou “sensibilização”), mesmo quando não existe realmente nenhuma ameaça. Ao mesmo tempo, esta trajetória de desenvolvimento leva a uma mobilização insuficiente de recursos fisiológicos quando é necessário enfrentar o *stress* – uma elevação amortecida do sistema nervoso simpático, acompanhada por uma supressão deficitária, ou até mesmo ativação, do sistema nervoso parassimpático em resposta ao *stress*. O indivíduo está, ao mesmo tempo, hiperreativo e incapaz de responder ao *stress*, “congelado” num estado de prontidão para lutar, o que potencia uma carga alostática – desgaste do corpo através de modificações adaptativas fisiológicas (ajuste do ritmo cardíaco e da pressão arterial), com tendência a aumentar ao longo do tempo quando há exposição a *stress* repetido ou crónico (11).

A ativação do sistema nervoso simpático em resposta ao testemunho de múltiplos conflitos conjugais, ocorre tanto em repouso como em condições de *stress* e pode manifestar-se, por exemplo, em níveis mais elevados de frequência cardíaca em resposta a condições provocadoras de *stress* (29), enquanto que a atividade parassimpática está diminuída no estado basal e durante tarefas que exigem envolvimento ativo, estando também afetada a sua retirada em situações que envolvem *stress* emocional.

É concebível, por outro lado, que a atenuação – em vez do aumento – da “prontidão” basal, isto é, atenuação do sistema nervoso simpático, se desenvolva como parte da regulação fisiológica no contexto do conflito conjugal, refletindo ativação de processos concebidos para prevenir os efeitos tóxicos da hiperreatividade crónica em resposta à ameaça (28).

Se o testemunho da violência doméstica condicionar diferentes perfis nos sistemas nervosos simpático e parassimpático, estes poderão ter influência na vulnerabilidade a problemas de

comportamento, principalmente de externalização: os perfis mais vulneráveis estão associados a co ativação (altas atividades simpática e parassimpática em simultâneo) e co inibição (baixas atividades simpática e parassimpática em simultâneo) destes sistemas, enquanto que a conjugação de diferentes níveis (alta atividade simpática enquanto baixa atividade parassimpática e baixa atividade simpática enquanto alta atividade parassimpática) confere proteção contra estes problemas (30); no entanto, há um certo perfil – de co inibição – cujos efeitos diferem consoante a testemunha da violência pertença ao sexo feminino (fator de vulnerabilidade para os sintomas comportamentais, se exposição a elevados conflitos familiares) ou ao sexo masculino (declínio acentuado de problemas de ajustamento) (31).

Há a ressaltar que, embora os seus efeitos a longo prazo possam ser geralmente nocivos, as variações individuais na resposta emocional e fisiológica podem também moderar o efeito dos maus-tratos no comportamento das crianças, algo “visível” através do facto de que nem todas as crianças são igualmente afetadas por influências adversas precoces no seio familiar. Um único fator de risco (por exemplo, maus-tratos na infância) pode ser considerado uma causa necessária, mas não suficiente para desajustamento da criança, sendo necessária a coação interativa do fator de risco com múltiplos outros contribuintes (genéticos, neuro biológicos, psicossociais, culturais) para produzir uma perturbação ao nível do desenvolvimento (11).

4.2.3) Neurotransmissores

O glutamato é o principal e mais abundante neurotransmissor excitatório, desempenhando importantes papéis ao nível da aprendizagem e memória, fonte de energia para células cerebrais, mensageiro químico, gestor do ciclo sono-vigília e sinalizador da dor. A sua concentração deverá estar presente nas quantidades adequadas, sendo que tanto o aumento como a diminuição da concentração estão associadas a consequências patológicas (32). Opostamente, o GABA é um neurotransmissor inibitório, que produz um efeito calmante e está ligado ao controlo da hiperatividade neuronal que ocorre na ansiedade, *stress* e medo. Os níveis reduzidos estão associados a inúmeras patologias (principalmente do foro psiquiátrico), enquanto que os efeitos dos níveis elevados estão a ser estudados (33).

Estes neurotransmissores, juntamente com o cortisol, encontram-se aumentados na população neonatal cujas mães foram vítimas de violência doméstica – este tipo de violência durante a gravidez representa um fator stressante e, neste período de fragilidade, o *stress* psicossocial materno (associado a altos valores de neurotransmissores) ameaça o sistema nervoso fetal, uma vez que os neurotransmissores aumentados da mãe conseguem facilmente atravessar a barreira hematoencefálica do recém-nascido, que ainda se encontra imatura e com alta permeabilidade. Os altos níveis de neurotransmissores no recém-

nascido têm o potencial de condicionar perturbações comportamentais e emocionais durante a infância (34).

Também estão afetadas outras hormonas, nomeadamente a oxitocina – que regula respostas emocionais e comportamentos prossociais, incluindo confiança, empatia, memórias e comunicação positivas (35) – e a vasopressina – que modula funções cognitivas complexas, como atenção, aprendizagem e a formação e recordação de memórias, podendo também modular emoções (36). Estes neurotransmissores em específico, com relação química entre eles, conjuntamente e em concentrações “normais” estão implicados em comportamentos sociais positivos, cuidados maternos e paternos e formação de ligações entre pares, mas também a agressão e territorialidade (11,36). Em situações de maus-tratos, incluindo testemunho de violência doméstica, as suas concentrações encontram-se diminuídas (11).

4.3) Efeitos a nível psicológico e emocional

À semelhança do que acontece nos restantes efeitos já abordados, algumas crianças permanecem relativamente incólumes das experiências com a violência, enquanto outras revelam qualquer um dos vários problemas de psicopatologia ou de adaptação, para os quais o risco é superior (37).

Aproximadamente 50% de todas as crianças expostas à violência doméstica tem problemas emocionais e comportamentais do âmbito clínico e necessitam de serviços médicos adequados (38). Os problemas emocionais e comportamentais são provenientes da disrupção da relação pais-filhos e de práticas de educação deletérias – as mudanças negativas na parentalidade que resultam da violência doméstica – não da violência doméstica em si, havendo maior probabilidade da sua ocorrência se a violência for severa, crónica e/ou frequente, se for praticada na proximidade da criança e se as testemunhas forem muito jovens (37). As anomalias de perceção emocional estão associadas a um reconhecimento e resposta reduzidos às emoções em si e nos outros de uma forma adequada ao contexto. Isto inclui uma propensão para o aumento de preconceito de negatividade, em que o foco de atenção caracteristicamente “se prende” a elementos ambientais negativos e experiências subsequentes são então interpretadas e percebidas negativamente (14).

Certos autores defendem que os problemas resultantes do testemunho da violência doméstica podem, na realidade, ser reformulados como estilos ativos de lidar com a violência, ou seja, os problemas emocionais, comportamentais e até físicos de uma criança

são um meio de expressar emoções negativas, receber atenção e desviar a atenção da situação de violência (ou chamar atenção para a criança) (13).

4.3.1) Problemas consoante a idade

De modo geral, as crianças expostas à violência familiar tendem a ter padrões de sono e de alimentação alterados, podendo também exibir gritos excessivos e lentidão no atingimento de certos marcos de desenvolvimento. Em qualquer idade exibem comportamentos de agressão ou retração, mas manifestam-nos de forma diferente e individual (37).

Na idade pré-escolar – um período particularmente vulnerável e desproporcionalmente exposto à violência doméstica e familiar, devido ao tempo excessivo que as crianças passam em casa (12) – os efeitos experienciados podem incluir comportamentos de evitação, subjugação, mudez, dependência emocional, ansiedade, pesadelos ou situações de regressão – em que podem retornar os “acidentes de casa de banho” e do comportamento de sugar o polegar. As crianças são muito temerosas e experienciam também sonambulismo, insónia e episódios de enurese (11,13), para além de problemas comportamentais como birras temperamentais e agressões (11), irritabilidade excessiva, *stress* emocional e medo de estarem sozinhas (13). É ainda comum o ato de recriar cenas de violência doméstica nas suas brincadeiras (37,39) – uma forma aparentemente subtil que demonstra o enraizamento e normalização deste comportamento; na verdade, a exposição das crianças aos abusos ensina-lhes que controlar os outros através de coerção e violência é normal e aceitável e que usar essa estratégia ajudá-las-á a atingir os seus objetivos (40). Nesta idade, é também comum a ocorrência de problemas psicossomáticos, como cefaleia, dores abdominais e asma (13). De acordo com entrevistas com as mães das crianças, estas relatam que a faixa etária em questão é a que exhibe mais problemas na sequência da violência (41,42).

Na idade escolar, as situações mais reportadas incluem mudanças no comportamento [muito frequentes (43)], reações inconsistentes, queixas somáticas vagas – tendencialmente cefaleias ou dores abdominais –, sentimentos de culpa pela violência, perda de interesse em atividades sociais, baixa autoestima, abstinência ou evitação dos pares e comportamento disruptivo na sala de aula (13). A criança tende a sentir-se dividida entre o desejo de ajudar ou salvar a vítima e a necessidade de manter o segredo familiar (37,39). Existe maior propensão a experienciar distúrbios de sono e menor propensão a explorar e brincar livremente ou a mostrar motivação para dominar o seu ambiente (13). Diferenciando, ainda dentro da idade escolar, crianças mais velhas ou mais novas, verifica-se que, quando mais velhas, parecem adotar uma estratégia de vigilância, atendendo mais à informação agressiva em comparação com os sinais não agressivos. Em contraste, quando mais novas, parecem mais suscetíveis a restringir o seu processamento de informação e a descartar informação

agressiva – no geral, são mais propensas a ignorar ou interpretar de forma errada “pistas” sociais (13).

Durante a adolescência – um período em que a negligência é frequente, mas cujo risco de traumas relacionados a *stress* é elevado (44) –, o testemunho de violência conjugal impacta os jovens e manifesta-se através da expressão de raiva, vergonha e traição associados a comportamentos de rebelião – absentismo e abandono escolar, uso de drogas e/ou álcool e fugas de casa – e perda de controlo de impulsos (37,39). Perturbações no desenvolvimento promovem o envolvimento em comportamentos de alto risco que, por sua vez, reforçam fatores que promovem o comportamento antissocial, que pode incluir níveis relativamente elevados de violência doméstica (40), perpetuando e expandindo o abuso. Ao contrário das crianças, os adolescentes expostos a trauma têm maiores capacidades cognitivas com as quais consideram os seus papéis e responsabilidades em diferentes situações e decidem que certos eventos não são aceitáveis, devem ser travados ou reportados a outras pessoas que possam ajudar, condicionando altos níveis de agressividade e rebeldia, numa tentativa de defender ou proteger a vítima (13). Os estilos de raiva expressa são, então, mais destrutivos, diretos (i.e., comportamento agressivo direcionado à pessoa que é o objeto da raiva) e indiretos (i.e., raiva que não é direcionada à pessoa que é o objeto da raiva e que é “mantida dentro” do adolescente) (45). Apesar de toda a agressividade, é também prevalente o medo, tanto da situação presente como de situações futuras – especificado através de raparigas adolescentes que frequentemente expressam interesse em se envolver em relações amorosas, mas têm medo de serem abusadas como as suas mães (25). Neste período, é ainda possível evidenciar-se consequências provenientes do testemunho da violência no início da infância: comportamentos de mal adaptação ou problemáticos, incluindo comportamento violento, agressivo e antissocial e problemas de ajustamento e interpessoais na escola (40,44).

4.3.2) Problemas de internalização e externalização

Os problemas de internalização e externalização são duas categorias abrangentes de distúrbios comportamentais (46), intrinsecamente relacionados com o testemunho da violência doméstica durante a infância (11,13,25,40,47,48), e particularmente mais relacionados com a componente de abuso psicológico do que com o abuso físico (48). O comportamento de internalização caracteriza-se por uma focalização no próprio, manifestando-se através de evitação, ansiedade, depressão, problemas emocionais, baixa autoestima, dependência emocional, choro, isolamento, comportamentos temerosos e inibidos, queixas somáticas (principalmente do foro gastrointestinal) e distúrbios do sono (recusa em dormir sozinho, pesadelos) e sociais (10,13,25,25,46,48). Já o comportamento de externalização ocorre particularmente na interação com o ambiente social, e manifesta-

se através de agressão (por exemplo: lutas com irmãos e colegas de turma), impulsividade, conduta desadequada, hiperatividade, hostilidade, rebeldia, delinquência, birras temperamentais, automutilação, problemas de ajustamento, problemas de comportamento e vitimização sexuais, crueldade para com animais e comportamentos antissociais (10,11,13,25,46,48).

No contexto do testemunho de violência conjugal, crianças do sexo masculino e do sexo feminino, expostas à violência na mesma idade, podem ter consequências diferentes em função do género: o comportamento de internalização está tipicamente associado ao sexo feminino, enquanto que a externalização está mais relacionada com o sexo masculino (13,40,48); no entanto, alguns autores sugerem que, no sexo feminino, o aumento da idade aumenta a propensão e exibição de comportamentos agressivos (49), ou até que não há qualquer correlação entre género e comportamentos de internalização ou externalização específicos (47).

Estes comportamentos, moderados pelo sistema nervoso parassimpático (através do aumento da excitação fisiológica) e por boas relações com prestadores de cuidados (11,25,50), parecem assumir uma forma particularmente preocupante quando na modalidade de externalização, devido aos estados emocionais desregulados observáveis, conflitos relacionados e frequência elevada de problemas. Este comportamento tende a associar-se à “gravidade da violência doméstica antes da separação conjugal, bem como à qualidade atual da relação mãe-filho(a) e à sintonia materna com os sentimentos de tristeza e raiva da criança” (50). Os *clusters* destes sintomas são geralmente categorizados, segundo o DSM-5, como Perturbação de Oposição e Desafio, Perturbação da Conduta e/ou Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (11).

No geral, o ajustamento de uma criança é determinado em função de muitas variáveis, incluindo a sua saúde emocional, estilo de vida, capacidade cognitiva, autoestima e realização de objetivos. A forma como a criança gere o *stress* em geral ditará como o abuso é processado cognitivamente e qual o comportamento que a criança exibirá – as crianças que tendem a interiorizar sentimentos negativos têm maior propensão a se tornarem retraídas, deprimidas e ansiosas, podendo até recusar-se a ir à escola por medo do que possa acontecer enquanto estão fora de casa, enquanto que as crianças que exteriorizam os seus sentimentos podem tornar-se irritáveis e opositivas (13).

4.3.3) Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

Todas as crianças podem experienciar eventos muito stressantes, com capacidade de afetar a maneira como pensam e sentem (51). O testemunho da violência doméstica, representando um stressor intenso e crónico, tem um alto poder impactante, que se pode traduzir em sintomas a longo prazo; se estes tiverem uma duração superior a um mês e potencial para perturbar as relações e/ou atividades das vítimas, é possível o diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) (11,13,51). Em média, 13 a 50% das crianças expostas à violência interpaparental cumprem subseqüentemente os critérios de diagnóstico da PSPT e uma percentagem ainda maior mostra sintomas sem preencher todos os critérios (52). O diagnóstico desta patologia requer exposição a eventos traumáticos nos quais o indivíduo testemunha ou experiencia morte, ou ameaça de morte, ou lesão severa do próprio e/ou de outros, maus-tratos físicos, sexuais ou emocionais, desastres naturais e/ou manufaturados, ou até acidentes severos. A resposta do indivíduo afetado pode envolver medo intenso, impotência, horror, ou, especificamente em crianças, comportamento desorganizado ou agitado (13,37,51). Este distúrbio envolve reexperiência persistente do evento traumático através de lembranças intrusivas, sonhos repetitivos do evento ou pesadelos sem conteúdo reconhecível, *flashbacks* do evento traumático, *stress* psicológico intenso, reações fisiológicas provocadas por exposição a elementos do trauma e sensação que o evento traumático está a ocorrer novamente. As vítimas podem exibir evitação persistente de estímulos associados ao trauma, entorpecimento da capacidade de resposta, sintomas persistentes provocados por aumento da excitação [que podem dificultar o diagnóstico diferencial entre Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)] (51) – dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir, surtos de raiva ou irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância ou resposta de alarme exagerada – bem como comportamento agressivo, competências sociais diminuídas, depressão, fobias, ansiedade, problemas de aprendizagem e sentimentos de raiva, culpa e senso de responsabilidade pela violência. As crianças sentem-se impotentes perante as condições que a rodeiam e podem passar a observar e perceber o mundo como imprevisível, hostil e ameaçador (37). Estes sintomas podem interferir com “tarefas” normais de desenvolvimento da infância, tais como exploração, experimentação, e abertura à aprendizagem e novas experiências (13). A heterogeneidade dos sintomas deve-se a variações em fatores genéticos e ambientais, incluindo o estilo paparental (52). Sem intervenção psicológica – algo frequente, uma vez que muitas vezes os pais acreditam, erroneamente, que protegeram os seus filhos da violência conjugal e que estes não têm noção da sua ocorrência (11) e também devido ao facto de crianças pequenas não possuírem as capacidades verbais necessárias para expressar os seus sentimentos de forma adequada (13) – uma vez que esta patologia não desaparece após a

infância, as consequências poderão incluir depressão na fase adulta, *stress* pós-traumático prolongado (13), delinquência, comportamento agressivo na adolescência e na fase adulta (52) e consumo excessivo de álcool (11).

4.3.4) Outras condições e patologias do foro psiquiátrico

Uma elevada percentagem de testemunhas de violência conjugal, que muitas vezes presenciam o abuso em fases muito precoces do seu desenvolvimento, podem receber a classificação de severamente perturbadas emocionalmente, ou com distúrbios emocionais ou comportamentais (44).

A perturbação emocional severa é uma condição presente em crianças (menos de 18 anos) que tiveram uma perturbação mental, comportamental ou emocional diagnosticável de duração suficiente para satisfazer os critérios de diagnóstico especificados no DSM-5, que resultou numa perturbação funcional que interfere ou limita substancialmente o papel ou funcionamento da criança em atividades familiares, escolares ou comunitárias (53). Já o distúrbio emocional e comportamental representa uma incapacidade emocional caracterizada por uma ou mais das seguintes características: (a) dificuldades em construir ou manter relações interpessoais satisfatórias com os seus pares, professores e/ou, no caso de crianças em idade pré-escolar, outros prestadores de cuidados; (b) dificuldades de aprendizagem que não podem ser adequadamente explicadas por fatores intelectuais, sensoriais ou de saúde; (c) um tipo consistente ou crónico de comportamento ou sentimentos inadequados em condições normais; (d) um estado de espírito generalizado de infelicidade ou depressão; (e) uma tendência manifestada para desenvolver sintomas físicos, dores ou medos despropositados, associados a problemas pessoais ou escolares (54).

A depressão, subdiagnosticada na infância, uma vez que os sintomas tendem a ser considerados mudanças psicológicas e emocionais normais (55), é uma das patologias mais frequente e predominantemente associadas ao testemunho de violência conjugal (10,13,15,25,37,44,48,56–61), comumente crónica e seguindo um padrão de remissão e recaída, que afeta o funcionamento adaptativo dos indivíduos (11).

As crianças mais novas, com menos de 10 anos, são as mais suscetíveis à depressão no contexto de violência interparental, apesar de nem todas as crianças com experiências negativas nos primeiros anos de vida apresentarem sintomas sugestivos desta patologia, o que pode ser explicado por fatores moderadores como cronicidade, severidade e natureza da violência (62).

A redução da exposição à violência está geralmente associada de modo significativo a níveis mais baixos de depressão (apesar desta tendência não se verificar em indivíduos do sexo

masculino) e o apoio nos momentos iniciais (particularmente no género feminino) também representa uma variável moderadora, potenciadora do declínio da depressão (63).

Apesar de relativamente incomum em crianças com menos de 12 anos, a depressão, independentemente da sua etiologia, pode culminar em tentativas de suicídio, e esta tendência também se verifica nas testemunhas de violência conjugal (11,25,64).

Também a ansiedade, um termo geral para várias perturbações que contribuem para o nervosismo, medo, apreensão e preocupação excessivas, está predominantemente associada ao testemunho da violência (10,11,13,15,25,37,48,56–60). A perceção dos abusos tem ainda influência indireta no impacto da ansiedade (26) – as crianças expostas à violência doméstica tendem a ter frequências cardíacas mais elevadas, que contribuem para o estado de hipervigilância e para um risco superior de problemas. As perturbações de ansiedade podem ser extremamente debilitantes e podem ter impacto prejudicial contínuo (11).

4.4) Efeitos aos níveis cognitivo e académico

Em avaliações específicas de domínio da função cognitiva, indivíduos com historial de maus-tratos e, em particular, de exposição a fatores de *stress* relacionados com a violência doméstica, têm um desempenho significativamente mais fraco do que os seus pares (sem historial de maus-tratos) num conjunto de áreas, incluindo a função executiva, a memória e aprendizagem, e as funções emocional e social (14). Os déficits a nível cognitivo podem manifestar-se através de capacidades verbais e quantitativas diminuídas, aprovação de violência como meio de resolução de conflitos, imaturidade, atrasos de desenvolvimento (principalmente a nível do discurso e da continência de esfíncteres) bem como capacidades sociais diminuídas (13). Esta tendência frequentemente ocorre em crianças mais novas (11,65,66).

Correlacionado com o nível cognitivo, o desempenho académico também tende a sofrer danos – de facto, o desempenho escolar pode ser afetado, tanto na infância como na adolescência (13,43), por múltiplos fatores cujo risco aumenta com o testemunho da violência conjugal: problemas de aprendizagem, déficits ao nível da linguagem (associados a baixos níveis de leitura), matemática e memória (nomeadamente a curto prazo, funcional e deliberada), recusa em ir para a escola (ou mesmo absentismo escolar, que pode partir da vontade da criança, por receio do que possa acontecer em casa enquanto está ausente, ou pode ser “forçada” pelo facto das agressões incapacitarem a vítima de levar a criança à escola), mudança de escola, suspensões, conflitos com professores, falta de apoio por parte dos pais, *bullying* (tanto na forma de vítima como de agressor), dificuldades de

concentração nas aulas [visto que a criança frequentemente está a pensar sobre o que poderá estar a acontecer à vítima (quase sempre a mãe) em casa ou por dormir insuficientemente] ou em casa (impossibilidade de se concentrar em estudar ou em fazer os trabalhos de casa devido a conflitos contínuos) e ainda níveis de QI diminuídos (que podem ser moderados pela segurança do apego das mães/cuidadores primários) (11,13,25,44,67–72). Estas dificuldades manifestam-se através de falta de motivação, classificações baixas – que podem culminar em repetência de ano – e/ou necessidade de serviços de educação especial (43,60).

Em crianças pequenas (menos de 12 anos), visto que estão desproporcionalmente expostas à violência (ao estar mais tempo em casa) e são mais limitadas na sua capacidade de lidar com os impactos da violência familiar, os efeitos da exposição a estes abusos na aprendizagem precoce podem ser todos especialmente preocupantes. É necessário ainda considerar que as estratégias de *coping* das crianças pequenas podem também influenciar o seu desempenho escolar: o costume de se abstrair do ruído para lidar com a violência em casa pode transitar para a sala de aula, com a criança a inadvertidamente ignorar o que dizem os professores (11).

Verifica-se também uma diferença a nível do género, com o sexo feminino a ser mais impactado ao nível das classificações académicas (72).

Uma discordância que se verifica, no entanto, é que, em certos estudos, vítimas do testemunho de violência doméstica não apresentam nenhuma disparidade nas classificações académicas em comparação com os seus pares, não expostos a abuso; o que não significa, porém, que o impacto da violência seja menor. Algo que justifica este fenómeno e é importante considerar é o fenómeno da resiliência, caracterizado por bons resultados a despeito das sérias ameaças ao desenvolvimento e proporcionado pelas características individuais da criança e fatores de proteção [podendo a própria escola ser um destes (70,73), juntamente com comunicação e apoio dos pares (74)], que mediam a sua adaptação. É necessário ainda não negligenciar que o facto de não apresentarem diferenças no desempenho académico não significa que estas crianças não possam apresentar problemas de outra natureza, como depressão, baixa autoestima, medo e agressividade (58).

Há ainda que considerar e compreender que o impacto da violência doméstica é complexo, sendo que esta raramente representa uma modalidade de violência isolada e está

frequentemente associada a problemas socioeconómicos, sendo necessário considerar o potencial impacto adicional destes fatores (67).

Um melhor desempenho na escola e um melhor aproveitamento escolar conduzem, futuramente, a rendimentos mais elevados, melhores probabilidades de assegurar emprego, e um emprego mais estável ao longo do tempo; por conseguinte, é vital considerar os défices educacionais ao considerar os impactos contínuos da exposição a violência interparental (75), visto que estes podem estar na base de consequentes baixos níveis socioeconómicos.

4.5) Efeitos a nível social

O potencial nocivo da violência doméstica está fortemente associado ao facto de esta frequentemente ser acompanhada por outras condições que podem prejudicar o desenvolvimento da criança: pobreza, baixos níveis de educação de quem presta cuidados primários e agregados familiares chefiados por mulheres (37) – fator também ele associado a maior risco de pobreza, uma vez que as mulheres na sociedade não têm o mesmo estatuto de ganha-pão que os homens e muitas vezes trabalham a níveis sociais mais baixos, recebendo salários mais baixos, e também associado aos estigmas sociais e discriminação geralmente atribuídos às mulheres (76).

A afeção das testemunhas de violência doméstica, no contexto social, também se estende a situações, comportamentos e atitudes, maioritariamente de risco, que podem incluir a prática de abusos infantil e/ou doméstico (mais prevalente no sexo masculino) (37), mas também envolvimento em violência doméstica enquanto vítima, violência direcionada aos pais, prisão por crime violento, *bullying*, agressão sexual e envolvimento em crueldade animal – refletindo a aprovação de violência como resposta adequada a conflitos (também mais prevalente no sexo masculino) (10,61,77,78). Há ainda riscos aumentados de ausência de emprego estável, condições socioeconómicas precárias, maternidade/paternidade na adolescência, monoparentalidade, filhos provenientes de relações extraconjugais (14,40), pobre controlo de impulsos, problemas de comportamento, delinquência, abuso de substâncias ilícitas (um fator também ele fortemente implicado na delinquência e crime), sendo álcool e canábis as mais comuns, tabagismo (e numa idade precoce), condução sob influência do álcool, isolamento social e fuga de casa (11,13,40,59,61,64,79).

No geral, verificam-se nestes indivíduos menores competência e adaptação sociais (10,59), com dificuldades nas relações com pessoas – níveis aumentados de raiva, agressividade e medo, mas também dificuldade em formar amizades (por autoisolamento ou até por medo de, por exemplo, interagir e convidar os seus pares para as suas casas, onde ocorrem os abusos) (25).

Um comportamento “problemático” induzido pelo testemunho da violência conjugal tem influência não só para o próprio indivíduo, mas também para a sua comunidade – algo notável mesmo na infância, em que, a título de exemplo, um aluno de temperamento “difícil” tem o potencial de perturbar e prejudicar as classificações académicas dos restantes colegas (80).

Especificamente no caso da prática e vitimização da violência doméstica, não se verificaram diferenças entre géneros (altas probabilidades aproximadamente equivalentes de homens e mulheres serem agressoras e/ou vítimas de violência praticada no contexto de relações amorosas enquanto adultos), sendo que altos níveis de exposição à violência durante a infância determinam alta frequência de violência doméstica enquanto adultos (11) – a teoria de aprendizagem social da violência doméstica institui que esta é primeiramente aprendida através da modelagem parental e depois socialmente reforçada através de apoios dos pares e culturais da dominância masculina nas relações homem-mulher (81).

A perceção da violência contribui não só para aumento da criminalidade, pobreza e aumento de consumo de substâncias como também para a perpetuação em gerações futuras da violência doméstica – com as potenciais instituição e permanência das consequências catastróficas ligadas a esta.

5. Conclusão

Após a realização destas revisões, é notório e reconhecido o potencial impacto negativo do testemunho da violência doméstica durante o período infantojuvenil, com principal afetação no período da primeira infância – tanto pelas quantidades elevadas de tempo que passam com os pais (os frequentes perpetrador e vítima da violência) como pela neuroplasticidade do cérebro e sistemas nervosos, suscetíveis a alterações (incitadas por *stress*) das suas configurações normais. Apesar de não afetar de forma igual todas as vítimas – muitas vezes devido a fatores individuais ou a fatores de proteção encontrados na família e em cuidadores – podendo até parecer, por vezes, que não existe qualquer disfunção caracterizável resultante da exposição à violência, a verdade é que esta é um fator de risco para inúmeros distúrbios e comportamentos de risco, cujas consequências podem afetar desfavoravelmente o presente e o futuro de cada indivíduo afetado – inúmeras patologias e condições do foro psiquiátrico (ansiedade, depressão, *stress* pós-traumático), comportamentos violentos, antissociais ou de evitação (entre outros), dificuldades em contexto académico e cognitivo, abuso de substâncias ilícitas, propensão elevada para baixos níveis socioeconómicos, dificuldades na criação e manutenção de relações com os pares e até mesmo queixas psicossomáticas (cefaleias, dores abdominais, perturbações do sono).

É importante existir uma perceção do quão abrangente é este fenómeno e do quão nefastas podem ser as suas consequências, não só para preparar e garantir tratamento e acompanhamento adequados a estas vítimas e testemunhas, mas também, talvez idilicamente, de forma a que possa existir uma tradução em termos legais de todas as dimensões (imediatas e/ou prolongadas) que este crime atinge, de forma a que sejam aplicadas as punições necessárias e apropriadas, com eficácia e de forma justa (algo que atualmente pouco ou nada se verifica) – numa tentativa de pelo menos diminuir toda a destruição e catástrofe inevitavelmente ligadas a este ato criminoso.

6. Bibliografia

1. GNR [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2023]. Disponível em: https://www.gnr.pt/Cons_ViolenciaDomestica.aspx
2. Violência Doméstica [Internet]. [citado 8 de janeiro de 2023]. Disponível em: <https://apav.pt/vd/index.php/features2>
3. Indicadores Estatísticos [Internet]. CIG. [citado 6 de janeiro de 2023]. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/area-portal-da-violencia/portal-violencia-domestica/indicadores-estatisticos/>
4. Lisboa: Sistema de Segurança Interna. Relatório Anual de Segurança Interna—2021 [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/documento?i=relatorio-anual-de-seguranca-interna-2021>
5. Mota S. Indicadores das Respostas de Apoio Psicológico a Crianças e Jovens Vítimas de Violência Doméstica em 2021 e 2022.
6. CIG. Relatório GREVIO 2019 [Internet]. CIG; Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/01/Relat%C3%B3rio-GREVIO.pdf>
7. Almeida TC, Ramos C, Brito J, Cardoso J. The juvenile victimization questionnaire: Psychometric properties and poly-victimization among Portuguese youth. *Child Youth Serv Rev.* junho de 2020;113:105001.
8. Conference of European Statisticians Task Force on Statistics on Children, Adolescents, and Youth. Statistics on Children: Spotlight on children exposed to violence, in alternative care, and with disabilities [Internet]. [citado 14 de janeiro de 2023]. Disponível em: <https://unece.org/sites/default/files/2022-10/ECECESSTAT20225.pdf>
9. Bair-Merritt M, Zuckerman B, Augustyn M, Cronholm PF. Silent Victims — An Epidemic of Childhood Exposure to Domestic Violence. *N Engl J Med.* 31 de outubro de 2013;369(18):1673–5.
10. Edleson JL. Children’s Witnessing of Adult Domestic Violence. *J Interpers Violence.* agosto de 1999;14(8):839–70.
11. Artz S, Jackson MA, Rossiter KR, Nijdam-Jones A, Géczy I, Porteous S. A COMPREHENSIVE REVIEW OF THE LITERATURE ON THE IMPACT OF EXPOSURE TO INTIMATE PARTNER VIOLENCE FOR CHILDREN AND YOUTH. *Int J Child Youth Fam Stud.* 7 de outubro de 2014;5(4):493–587.
12. Orr C, Fisher CM, Preen DB, Glauert RA, O’Donnell M. Exposure to family and domestic violence is associated with increased childhood hospitalisations. Fischer F, editor. *PLOS ONE.* 7 de agosto de 2020;15(8):e0237251.
13. Martin SG. Children Exposed to Domestic Violence: Psychological Considerations for Health Care Practitioners. *Holist Nurs Pract.* abril de 2002;16(3):7–15.
14. Sinnamon GCB. The Pathological Consequences of Exposure to Domestic and Family Violence in Childhood. Em: *Child Abuse and Neglect* [Internet]. Elsevier; 2019 [citado 8 de janeiro de 2023]. p. 175–202. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128153444000106>
15. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry.* março de 2016;57(3):241–66.
16. Administrador 1. Ressonância Magnética - Centro Radiológico Campinas [Internet]. [citado 14 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <http://www.crcamp.com.br/index.php/exames/ressonancia-magnetica>

17. Bubb EJ, Metzler-Baddeley C, Aggleton JP. The cingulum bundle: Anatomy, function, and dysfunction. *Neurosci Biobehav Rev*. setembro de 2018;92:104–27.
18. Choi J, Jeong B, Polcari A, Rohan ML, Teicher MH. Reduced fractional anisotropy in the visual limbic pathway of young adults witnessing domestic violence in childhood. *NeuroImage*. janeiro de 2012;59(2):1071–9.
19. Dackis MN, Rogosch FA, Oshri A, Cicchetti D. The role of limbic system irritability in linking history of childhood maltreatment and psychiatric outcomes in low-income, high-risk women: Moderation by FK506 binding protein 5 haplotype. *Dev Psychopathol*. novembro de 2012;24(4):1237–52.
20. Teicher MH, Vitaliano GD. Witnessing Violence Toward Siblings: An Understudied but Potent Form of Early Adversity. *PLOS ONE*. 21 de dezembro de 2011;6(12):e28852.
21. APA Dictionary of Psychology [Internet]. [citado 19 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/>
22. Occipital pole | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org [Internet]. [citado 19 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/occipital-pole>
23. Guy-Evans O. Amygdala function and location [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.simplypsychology.org/amygdala.html>
24. Thau L, Gandhi J, Sharma S. Physiology, Cortisol. Em: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 22 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538239/>
25. Adams CM. The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counselors. *Fam J*. outubro de 2006;14(4):334–41.
26. Saltzman KM, Holden GW, Holahan CJ. The Psychobiology of Children Exposed to Marital Violence. *J Clin Child Adolesc Psychol*. fevereiro de 2005;34(1):129–39.
27. OpenStaxCollege. Parts of the Nervous System. 14 de fevereiro de 2014 [citado 24 de fevereiro de 2023]; Disponível em: <http://pressbooks-dev.oer.hawaii.edu/psychology/chapter/parts-of-the-nervous-system/>
28. Davies PT, Sturge-Apple ML, Cicchetti D, Manning LG, Zale E. Children’s patterns of emotional reactivity to conflict as explanatory mechanisms in links between interpartner aggression and child physiological functioning. *J Child Psychol Psychiatry*. novembro de 2009;50(11):1384–91.
29. Stride S, Geffner R, Lincoln A. The Physiological and Traumatic Effects of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence. *J Emot Abuse*. 28 de maio de 2008;8(1–2):83–101.
30. El-Sheikh M, Kouros CD, Erath S, Cummings EM, Keller P, Staton L. Marital Conflict and Children’s Externalizing Behavior: Pathways Involving Interactions between Parasympathetic and Sympathetic Nervous System Activity. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2009;74(1):vii–79.
31. El-Sheikh M, Keiley M, Erath S, Dyer WJ. Marital conflict and growth in children’s internalizing symptoms: The role of autonomic nervous system activity. *Dev Psychol*. 2013;49:92–108.
32. Glutamate: What It Is & Function [Internet]. Cleveland Clinic. [citado 22 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/22839-glutamate>
33. Gamma-Aminobutyric Acid (GABA): What It Is, Function & Benefits [Internet]. Cleveland Clinic. [citado 22 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/22857-gamma-aminobutyric-acid-gaba>
34. Zhang Y, Zou S, Zhang X, Zhang Y. Correlation of domestic violence during pregnancy with plasma amino-acid neurotransmitter, cortisol levels and catechol-o-methyltransferase Val(158)Met polymorphism in neonates: Impact of abuse in pregnancy on neonates. *Asia-Pac Psychiatry*. março de 2013;5(1):2–10.

35. Wang SC, Lin CC, Tzeng NS, Tung CS, Liu YP. Effects of oxytocin on prosocial behavior and the associated profiles of oxytocinergic and corticotropin-releasing hormone receptors in a rodent model of posttraumatic stress disorder. *J Biomed Sci.* 21 de março de 2019;26(1):26.
36. APA Dictionary of Psychology [Internet]. [citado 23 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/>
37. Horner G. Domestic Violence and Children. *J Pediatr Health Care.* julho de 2005;19(4):206–12.
38. Da W, P J, Sk W, L Z. Children of battered women: the relation of child behavior to family violence and maternal stress. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. outubro de 1985 [citado 1 de março de 2023];53(5). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4056181/>
39. Knapp JF. THE IMPACT OF CHILDREN WITNESSING VIOLENCE. *Pediatr Clin North Am.* abril de 1998;45(2):355–64.
40. Ireland TO, Smith CA. Living in Partner-violent Families: Developmental Links to Antisocial Behavior and Relationship Violence. *J Youth Adolesc.* março de 2009;38(3):323–39.
41. Wolfe DA, Jaffe PG. Prevention of domestic violence: Emerging initiatives. Em: *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2001. p. 283–98.
42. Hughes HM. Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *Am J Orthopsychiatry.* janeiro de 1988;58(1):77–90.
43. Wildin SR, Williamson WD, Wilson GS. Children of Battered Women: Developmental and Learning Profiles. *Clin Pediatr (Phila).* 1 de maio de 1991;30(5):299–304.
44. Fisher D. Preventing Childhood Trauma Resulting From Exposure to Domestic Violence. *Prev Sch Fail Altern Educ Child Youth.* janeiro de 2000;44(1):25–7.
45. Wolf KA, Foshee VA. Family Violence, Anger Expression Styles, and Adolescent Dating Violence. *J Fam Violence.* 1 de dezembro de 2003;18(6):309–16.
46. Nikstat A, Riemann R. On the etiology of internalizing and externalizing problem behavior: A twin-family study. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [citado 2 de março de 2023];15(3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7089526/>
47. O’Keefe M. Predictors of child abuse in maritally violent families. *J Interpers Violence.* 1995;10:3–25.
48. Alizzy A, Calvete E, Bushman BJ. Associations Between Experiencing and Witnessing Physical and Psychological Abuse and Internalizing and Externalizing Problems in Yemeni Children. *J Fam Violence.* agosto de 2017;32(6):585–93.
49. Spaccarelli S, Sandler IN, Roosa M. History of spouse violence against mother: Correlated risks and unique effects in child mental health. *J Fam Violence.* 1 de março de 1994;9(1):79–98.
50. Johnson VK, Lieberman AF. Variations in behavior problems of preschoolers exposed to domestic violence: The role of mothers’ attunement to children’s emotional experiences. *J Fam Violence.* 2007;22:297–308.
51. CDC. Post-traumatic Stress Disorder in Children | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 4 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/ptsd.html>
52. Ehrensaft MK, Knous-Westfall H, Cohen P. Long-term influence of intimate partner violence and parenting practices on offspring trauma symptoms. *Psychol Violence.* 2017;7:296–305.

53. Serious Emotional Disturbance [Internet]. CCFHH. 2017 [citado 6 de março de 2023]. Disponível em: <https://ccfhh.org/what-is-serious-emotional-disturbance-sed/>
54. EMOTIONAL AND BEHAVIORAL DISORDER (EBD) [Internet]. Disponível em: <https://www.cherokeek12.net/userfiles/wp-uploads/2016/07/Emotional-and-Behavioral-Disability-Eligibility.pdf>
55. Depression in Children: Symptoms and Common Types of Child Depression [Internet]. [citado 6 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.webmd.com/depression/guide/depression-children>
56. 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.
57. Singer MI. Adolescents' Exposure to Violence and Associated Symptoms of Psychological Trauma. *JAMA J Am Med Assoc.* 8 de fevereiro de 1995;273(6):477.
58. Brancalhone PG, Fogo JC, Williams LC de A. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. *Psicol Teor E Pesqui.* agosto de 2004;20:113–7.
59. Carmel Y. The Experience of “Nothingness” Among Children Exposed to Interparental Violence. *J Loss Trauma.* 18 de agosto de 2019;24(5–6):473–94.
60. Pereira PC, Santos AB dos, Williams LC de A. Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao fórum judicial. *Psicol Teor E Pesqui.* março de 2009;25(1):19–28.
61. Roustit C, Renahy E, Guernec G, Lesieur S, Parizot I, Chauvin P. Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: advocacy for early prevention. *J Epidemiol Community Health.* 1 de julho de 2009;63(7):563–8.
62. Sternberg KJ, Lamb ME, Guterman E, Abbott CB. Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse Negl.* março de 2006;30(3):283–306.
63. Kennedy AC, Bybee D, Sullivan CM, Greeson M. The impact of family and community violence on children's depression trajectories: Examining the interactions of violence exposure, family social support, and gender. *J Fam Psychol.* abril de 2010;24(2):197–207.
64. Rico E, Fenn B, Abramsky T, Watts C. Associations between maternal experiences of intimate partner violence and child nutrition and mortality: findings from Demographic and Health Surveys in Egypt, Honduras, Kenya, Malawi and Rwanda. *J Epidemiol Community Health.* 1 de abril de 2011;65(4):360–7.
65. Rossman BBR. Descartes's error and posttraumatic stress disorder: cognition and emotion in children who are exposed to parental violence. Em: *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 1998. p. 223–56. (APA science volumes).
66. Westra B, Martin HP. Children of battered women. *Matern Child Nurs J.* 1 de janeiro de 1981;10(1):41–54.
67. Veltman MWM, Browne KD. Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years. *Trauma Violence Abuse.* 2001;2:215–39.
68. Kernic MA, Holt VL, Wolf ME, McKnight B, Huebner CE, Rivara FP. Academic and School Health Issues Among Children Exposed to Maternal Intimate Partner Abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 de junho de 2002;156(6):549.
69. Jirapramukpitak T, Harpham T, Prince M. Family violence and its ‘adversity package’: a community survey of family violence and adverse mental outcomes among young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* setembro de 2011;46(9):825–31.

70. Byrne D, Taylor B. Children at Risk from Domestic Violence and their Educational Attainment: Perspectives of Education Welfare Officers, Social Workers and Teachers. *Child Care Pract.* julho de 2007;13(3):185–201.
71. Baker L, Cunningham A. Inter-Parental Violence: The Pre-Schooler's Perspective and the Educator's Role. *Early Child Educ J.* dezembro de 2009;37(3):199–207.
72. Peek-Asa C, Maxwell L, Stromquist A, Whitten P, Limbos MA, Merchant J. Does Parental Physical Violence Reduce Children's Standardized Test Score Performance? *Ann Epidemiol.* novembro de 2007;17(11):847–53.
73. Buckley H, Holt S, Whelan S. Listen to Me! Children's experiences of domestic violence. *Child Abuse Rev.* setembro de 2007;16(5):296–310.
74. Tajima EA, Herrenkohl TI, Moylan CA, Derr AS. Moderating the Effects of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence: The Roles of Parenting Characteristics and Adolescent Peer Support: EFFECTS OF CHILDHOOD EXPOSURE TO PARTNER VIOLENCE. *J Res Adolesc.* junho de 2011;21(2):376–94.
75. Zielinski DS. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse Negl.* outubro de 2009;33(10):666–78.
76. Buvinić M, Gupta GR. Female-Headed Households and Female-Maintained Families: Are They Worth Targeting to Reduce Poverty in Developing Countries? *Econ Dev Cult Change.* janeiro de 1997;45(2):259–80.
77. Adamson JL, Thompson RA. Coping with Interparental Verbal Conflict by Children Exposed to Spouse Abuse and Children from Nonviolent Homes. *J Fam Violence.* 1998;13(3):213–32.
78. Baldry AC. Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse Negl.* julho de 2003;27(7):713–32.
79. Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology (Berl).* março de 2011;214(1):17–31.
80. Carrell SE, Hoekstra ML. Externalities in the Classroom: How Children Exposed to Domestic Violence Affect Everyone's Kids. *Am Econ J Appl Econ.* 1 de janeiro de 2010;2(1):211–28.
81. Adams D. Predisposing Childhood Factors for Men Who Kill Their Intimate Partners. *Vict Offenders.* 30 de junho de 2009;4(3):215–29.