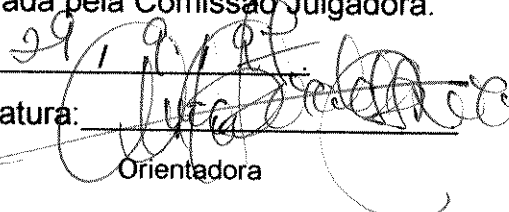


EVENTOS ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇAS NO AMBIENTE FAMILIAR

MARIA CHRISTINA MONTEIRO STROKA

Este exemplar corresponde à
redação final da Tese defendida por
Maria Christina Monteiro Stroka e
aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 29/01/97

Assinatura: 

Orientadora

CAMPINAS

1997

Tese apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de DOUTOR em EDUCAÇÃO na Área de Concentração: Psicologia Educacional à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri.

COMISSÃO JULGADORA:

Ante Jo. G. S. L. K
 Autor
 Vera Lucia S. Raposo do Amaral
 (Illegible signature)
 Imp. Antonio d'Almeida

*“Louvo muito aos que podendo abusar das
crianças se abstêm de fazê-lo.”*

Diógenes de Sinope,

séc. IV aC

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri
mais que orientadora, amiga, que com sua compreensão, estímulo e competência
soube conduzir-me para que todas as dificuldades fossem transpostas.

Ao Prof. Dr. Darcy Closs,
Ao Prof. Edman Altheman,
amigos, cujo apoio e atenção foram decisivos na conclusão deste trabalho.

LISTA DE TABELAS

Tabelas		Página
1	Caracterização das vítimas por idade, sexo, raça e escolaridade	76
2	Caracterização da saúde e desenvolvimento das vítimas	77
3	Caracterização da história anterior da vítima	79
4	Caracterização da violência	80
5	Caracterização sócio-demográfica do agressor	81
6	Caracterização da saúde e desenvolvimento do agressor	82
7	Caracterização da história infantil de violência do agressor	84
8	Caracterização da família da vítima	86
9	Caracterização da saúde e desenvolvimento dos irmãos da vítima	87
10	Caracterização da história de violência dos irmãos da vítima	89
11	Caracterização da história infantil de violência do cônjuge não agressor	90

LISTA DE QUADROS

Quadros		Página
1	Critérios de risco utilizados por MILNER & AYOUB (1980) para o desenvolvimento do Child Abuse Potential - CAP - Inventory	45
2	Categorização de qualidade da saúde	56
3	Classificação de qualidade para os cuidados com a saúde	57
4	Gravidade do problema congênito	57
5	Gravidade dos problemas de comportamento	58
6	Gravidade dos problemas para se alimentar	58
7	Qualidade da nutrição	59
8	Qualidade dos cuidados com a higiene	59
9	Qualidade da saúde da mãe durante a gestação	60
10	Qualidade da saúde da mãe durante o puerpério	60
11	Indicadores de frequência para as agressões	61
12	Indicadores da gravidade das agressões	61
13	Indicadores de gravidade da deficiência física	62
14	Indicadores de gravidade da deficiência mental	62
15	Indicadores para a gravidade da internação psiquiátrica	63
16	Indicadores de gravidade para o tratamento psiquiátrico ou psicológico	63

17	Indicadores de gravidade da dependência de drogas	64
18	Indicadores de gravidade do alcoolismo	64
19	Indicadores de frequência para os problemas com a polícia ou com a justiça	65
20	Categorização da situação social	65

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
INTRODUÇÃO	vii
CAPÍTULO UM:	
<i>Violência contra a criança: Apontamentos históricos, definições, etiologia</i>	1
CAPÍTULO DOIS:	
<i>Revisão da literatura especializada sobre a violência doméstica contra crianças</i>	22
CAPÍTULO TRÊS:	
<i>Violência contra a criança: Conhecendo a realidade brasileira</i>	35
CAPÍTULO QUATRO:	
<i>A construção de um instrumento para a avaliação do risco de violência doméstica de pais contra filhos</i>	43
CAPÍTULO CINCO:	
<i>Levantamento de dados através do Inventário de Risco Associado à Violência Doméstica Contra Crianças</i>	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	
<i>Anexo 1</i>	115
<i>Anexo 2</i>	116
<i>Anexo 3</i>	117
<i>Anexo 4</i>	118

RESUMO

Este trabalho versa sobre a violência enquanto comportamento individual, familiar e social e sua transmissão geracional entre pais e filhos. De fato, a violência que permeia a relação de pais e filhos é muito maior do que a revelada pelos meios de comunicação de massa. Esta prática não encontra justificativas na questão financeira, social ou de saúde das famílias. Tem como elo entre o ato agressivo e o papel parental a crença secular de que educar é a relação entre um comportamento de autoridade e outro de obediência. Este é um estudo documental sobre uma base de dados de uma Organização Não Governamental brasileira que se dedica à identificação, à reeducação e à prevenção de atos violentos de adultos contra crianças no âmbito familiar. A partir da construção de um Inventário de Fatores de Risco Associados à Violência Doméstica contra Crianças, foram analisados os registros de 100 casos de violência doméstica de pais contra filhos, cuja ação envolveu a agressão física, a negligência e/ou o abandono intencional. Os resultados sugerem que o instrumento contribuiu para o levantamento organizado de dados nos casos de violência doméstica, tendo apontado como principais fatores contributórios e de risco para o comportamento agressivo: as situações de crise como o desemprego, dificuldades financeiras, conjugais, parentais, familiares, afetivas e legais, e a história de violência doméstica que vitimizou o agressor na sua infância. Não foram encontrados fatores de risco relativos à saúde e ao desenvolvimento das vítimas, dos seus irmãos e tampouco do agressor ou seu companheiro.

ABSTRACT

This thesis focuses on violence as individual, family and social behavior transmitted from generation to generation by parents and children. In fact, the violence which permeates the parent-child relationship is much more widespread than is revealed by the mass media. This practice is not justified socially, financially or by family health considerations. It has, as a link between the aggressive act and the parental role, the idea that education is the relationship between authority and obedience. This work is a documentary study produced from the data base of Brazilian Non-Governmental Organization which is dedicated to the identification and prevention of violent acts committed by adults against children in the family environment. Through the creation of an Inventory of Risk Factors Associated with Domestic Violence against Children, 100 cases of parental violence against children which involved aggression and/or negligence and/or intentional abandonment are discussed. The results suggest that the instrument contributed to the organization of data from cases of domestic violence by pointing at financial, conjugal, parental, family and legal difficulties, unemployment, and a history of domestic violence which victimized the aggressor in his infancy, as contributing factors to the risk of violent behavior. The results did not show risk factors related to health or the development of the victims, their siblings, nor the aggressor or his/her companion.

INTRODUÇÃO

“A violência de pais contra filhos é como um câncer silenciosamente espalhado pelas casas de qualquer cidade” (AZEVEDO & GUERRA, 1995, p. 77). É uma epidemia secreta, que ocorre a portas fechadas, acobertada pelo complô do silêncio e pelo mito da proteção familiar. Pior que esta constatação, é o fato de que a dor do agredido poderá se transformar no infortúnio dos cidadãos e da própria cidadania.

A Antropologia, a Sociologia, a Filosofia, a Medicina e a Psicologia têm demonstrado que a qualidade de vida na infância influi fortemente na qualidade de vida do adulto e da sociedade. Famílias violentas e crianças vitimizadas são elos vulneráveis da corrente social e deveriam merecer atenção e intervenção da comunidade especializada, posto que o comportamento violento é consequência de um processo constante de aprendizagem e realimentação que tem início na infância. Sendo assim, é um problema de todos que precisa ser tratado com cuidado, focalizando tanto as suas vítimas quanto os agressores.

No entanto, é muito difundido o receio de intervir no seio familiar, tendo-se em vista o respeito à privacidade dos semelhantes. O seguinte trecho de Graciliano Ramos (1980) sobre a dor das vítimas - agressores do futuro - relata o primeiro contato de uma criança com a Justiça e ilustra o ponto de vista deste trabalho.

“As minhas primeiras relações com a justiça foram dolorosas e deixaram-me funda impressão. Eu devia ter uns quatro ou cinco anos por aí e figurei na qualidade de réu. Certamente já me haviam feito representar esse papel, mas ninguém me dera a entender que se tratava de um julgamento. Batiam-me porque podiam bater-me, e isto era natural.

Os golpes que recebi antes do caso do cinturão, puramente físicos, desapareciam quando findava a dor. Certa vez minha mãe surrou-me com uma corda nodosa que me pintou as costas de manchas sangrentas.

CAPÍTULO UM

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA: APONTAMENTOS HISTÓRICOS, DEFINIÇÕES, ETIOLOGIA.

Família, o grupo que a maior parte das pessoas vê como representante do amor e gentileza, é também o grupo civilizado mais violento em nossa sociedade.

Straus, Gelles & Steinmetz (1980)

A evolução da família, do conceito de criança e das normas de convivência social são eventos interrelacionados. ARIÈS (1978), POSTER (1979) e CANEVACCI (1984), entre outros, estudaram a evolução da família desde as sociedades primitivas, mostrando as alterações ocorridas no âmbito da família aristocrática, camponesa, burguesa, da classe operária, e da chamada família moderna. Sucintamente, observaram que na família aristocrática a ênfase reside no valor que se dá à linhagem e à hierarquia entre seus membros. Na família camponesa, o parentesco domina as relações. Já a família burguesa e da classe operária dão valor à unidade entre pais e filhos. A família moderna dá valor à hierarquia, à força do parentesco e também à importância da relação entre pais e filhos.

BADINTER (1985) dedicou grande parte dos seus estudos às relações familiares, tanto no sentido parental e afetivo quanto no sentido histórico da evolução social desta instituição. Verificou que o conceito de autoridade paterna, mesmo sofrendo modificações, parece ser um elemento comum em toda a evolução do conceito de família e de suas relações afetivas e sociais. Refletindo sobre esta

questão, a autora apresenta sua visão histórica sobre o que chama de poderio paterno.

Relata que nos textos sagrados dos vedas, árias, brâmanes e sutras, a família é considerada como um grupo religioso do qual o pai é o chefe com o direito absoluto de julgar e punir os membros dependentes. Esse poder continuou inalterado na Antigüidade, porém foi abrandado na sociedade grega e acentuado entre os romanos. Mais tarde, com a palavra de Cristo, modificou-se a situação da mulher e das crianças. Pregando o amor ao próximo, Cristo pôs um limite à prática abusiva da autoridade, qualquer que fosse sua origem. Até o fim do século XIII, a igualdade proclamada pela Igreja concedeu alguns direitos às mulheres. Desde o século XVI e até o século XVIII a autoridade paterna foi recobrada devido à influência do Direito Romano e também do absolutismo político. Durante o século XIX, a análise da literatura permite dizer que a sociedade está despertando da crença na inferioridade da mulher e superioridade do homem. São inúmeras as notícias provenientes dessa época sobre o movimento crescente de emancipação da mulher e seu lugar na sociedade moderna. Finalmente, apesar de o século XX ser marcado por uma série de revoluções nos domínios cultural, social, econômico, tecnológico, político e relacional, as características dos papéis masculino e feminino demonstradas, no século anterior, parecem não ter mudado tão enfaticamente.

Da mesma forma que a autoridade paterna parece ser um elemento constante nas relações familiares em qualquer época, na história da criança, ao longo dos séculos, a violência passiva e ativa é um dado de igual constância, correndo paralelamente à questão da autoridade. ARIÈS (1978) e BADINTER (1985) destacam que a literatura leiga e especializada é rica em indicações de que na Antigüidade o infanticídio, além de tolerado, era, em determinadas condições, estimulado (por exemplo em Tebas e Esparta). Em algumas regiões da Índia até hoje, crianças recém-nascidas, do sexo feminino, são vítimas dessa prática. A Bíblia dá mostras claras de violência contra a criança (Exodus 1:15-22; Mateus 2:16). Praticamente até o século XII não havia lugar no mundo para a criança que só era integrada à comunidade a partir da puberdade, quando lhe era conferido o papel de adulto. Frequentemente, esse momento era acompanhado de agressões, mutilações

e outros atos violentos, considerados como provas de força e preparo para a vida adulta, e aceitos com naturalidade por toda a sociedade da época.

O século XV traz uma reformulação na imagem da figura infantil, associando-a, nas representações artísticas, à ingenuidade, inocência e bondade (ARIÈS, 1978), não significando, porém, a abolição do maltrato. A partir do século XVI, a violência contra a criança ganha mais um algoz, na figura dos preceptores, cuja violência se justificava como pedagógica. Os colégios, largamente disseminados na Europa são focos de maltrato e de humilhação contra as crianças. Agindo sob a égide do princípio educacional, a classe dominante impõe suas idéias de segregação social e, o caráter servil e aviltante do castigo corporal (KRINSKY et al., 1985).

Até o final do século XVII é transmitida a idéia de que toda a criança é uma pessoa potencialmente má, devendo ser submetida a castigos corporais moderados ou severos. Dessa forma, do mesmo modo como uma árvore que para crescer frondosa e retilínea deve ser amarrada ao poste, garantir-se-ia o crescimento adequado de uma boa personalidade para a criança (BADINTER, 1985). Ao final do século XVIII e início do século XIX, as crianças começam a ser alvo da atenção de artistas, filósofos e intelectuais que a analisavam cuidadosamente, contrapondo-se ao conceito de que eram adultos em miniatura (ARIÈS, 1978). A partir da segunda metade do século XIX, a criança passa a ser objeto de estudo.

A literatura psicológica sobre a história recente da violência contra a criança tem como marco inicial a fatalidade que se abateu sobre a pequena Mary Ellen Wilson, de 8 anos, severamente espancada por seus responsáveis, em Nova York, nos Estados Unidos, em 1874. Consta que a gravidade da violência chegou a tal ponto, que foi denunciada, numa atitude de indignação e inconformismo, à Sociedade de Prevenção à Crueldade Contra os Animais. Somente após esse fato e nesse mesmo ano, foi fundada a primeira Sociedade de Prevenção à Crueldade Contra as Crianças. A partir de então, outras cidades, estados e países criaram Organizações similares (WALKER et al., 1988). Concomitantemente à ação dessas Organizações, o número de estudos e publicações sobre a violência de pais contra filhos foi crescendo. Embora o século XX tenha sido denominado o século da

criança, isso não implica no abandono ou abrandamento da violência. Ao contrário, ela existe e é objeto de preocupação, indignação e estudo.

A família pode ser definida como um grupo social de educação com o objetivo de instruir sua prole sobre os valores morais e sociais e ainda protegê-la de qualquer mal, injúria, ofensa ou prejuízo (WITT, 1987). Mas pode, segundo atestam várias pesquisas, ser um grupo muito violento, em relação a qualquer um dos seus membros (GELLES & STRAUS, 1980). Ela pode, assim, ameaçar a sobrevivência de crianças pequenas, dificultar até limites extremos a sua possibilidade de estabelecer vínculos sociais com as figuras de apego, e de interagir de forma produtiva e significativa com o ambiente físico e social do qual faz parte. A violência parental pode ser exercida por meio de qualquer ação ou omissão não acidental por parte dos pais ou responsáveis que comprometa a satisfação das necessidades básicas, o estabelecimento de vínculos afetivos e o desenvolvimento psicossocial da criança (OCHOTORENA, 1988).

Segundo WALKER et al. (1988), os pais naturais são os maiores perpetradores da agressão física, seja ela grave ou leve, pois, segundo pesquisas de levantamento, em 81,5% dos casos de violência grave e, em 76,1% dos casos de violência leve, os pais naturais (biológicos) ocupam o papel de agressores. Os autores observaram a mesma tendência para outros tipos de agressão, tais como o abuso sexual (58,9%), a negligência (90,7%), o maltrato psicológico (80%), as agressões múltiplas (80,8%) e as formas atípicas de violência (91,5%).

WOLFGANG & FERRECUTI (1967), COSER (1971), WITT (1987) e WALKER et al. (1988) consideraram que a cultura geracional da violência é mantida pelo grupo familiar, distribuindo-se, igualmente, por toda a sociedade e por todos os estratos sociais e grupos étnicos. A tendência de membros de qualquer família a lembrar e transferir uns aos outros suas culpas e falhas, parece abrir um precedente para os episódios agressivos. Desde um carro velho quebrado na garagem, a ausência de recursos para o pagamento de boas escolas aos filhos, as dificuldades de relacionamento afetivo e pessoal, ou a falta de ambição da figura masculina e a falta de compreensão em momentos difíceis da figura feminina, podem ser

considerados justificativas ou explicações para os atos violentos contra a prole (WITT, 1987).

Além disso, a família, tradicionalmente está sujeita a normas que muitas vezes sugerem várias formas de violência como necessárias, corretas e boas para os seus membros. É a explicitação desta intenção dos pais ou do casal que distingue a violência familiar da violência de rua. Frases como *“isto dói mais em mim que em você”*; *“você precisa apanhar para aprender a se comportar direito”* ou *“vou te dar uma lição que jamais esquecerá”* são parte das expressões disciplinatórias e de subordinação que definem o desempenho dos papéis parentais em relação aos filhos. Se estas palavras são seguidas ou não por um ato agressivo, isto é quase irrelevante, uma vez que o caráter implícito nessas ameaças ilustra o precedente cultural necessário à violência de pais contra filhos (GARBARINO, 1979).

Ilustra igualmente a idéia de propriedade do pai para com a esposa e os filhos, impedindo, muitas vezes, o respeito aos direitos individuais e, implicando na aceitação dos atos agressivos como um testemunho de amor. Normas definindo pessoas como propriedade permitem e avalizam o uso da punição corporal dentro da família, enquanto se repudiam os atos de igual teor fora do contexto familiar ou os ocorridos no seio de outras famílias (WITT, 1987). A violência doméstica é comumente exercida em segredo, mantido por todos os membros e as pessoas de fora em nome da soberania paterna e do direito à privacidade, valores esses que ainda hoje são debilmente contestados (KEMPE & KEMPE, 1979).

O primeiro estudo sobre violência doméstica contra os filhos foi publicado por Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris, em 1869 (apud AZEVEDO & GUERRA, 1995). Ao proceder ao estudo de 32 casos, com 18 mortos, de crianças submetidas a sevícias, constatou que também haviam sofrido várias outras lesões, tais como hematomas, equimoses, fraturas e queimaduras. As explicações fornecidas por seus pais a essas evidências discordavam das características dos ferimentos e escondiam as suas causas reais, apontou o autor. No entanto, a comunidade leiga e científica da época não se preocupou com as questões apresentadas, mas sim com a problemática inversa: as razões que

levavam os pais a agredir os filhos, justificando que os pais eram agressivos porque os filhos tinham sido agressivos.

O caminho empírico para o entendimento e o diagnóstico da violência doméstica foi resgatado neste século, quando CAFFEY (1946), especialista em radiologia pediátrica, descreveu sua observação quanto a ferimentos inexplicáveis em crianças pequenas. Notou fraturas nos ossos longos do corpo em vários estágios de cicatrização associados a hematomas subdurais, concluindo que deveriam ser de origem traumática. Posteriormente, SILVERMAN (1955) apresentou a idéia de que a negligência no cuidado dos filhos era um fator de peso na ocorrência dos *"acidentes domésticos"*. WOOLEY & EVANS (1955) foram os primeiros fisiologistas a identificarem que nas observações de CAFFEY (1946) e SILVERMAN (1955), encontravam-se implícita a ação agressiva intencional dos pais, como parte das práticas adotadas na criação dos filhos. Diante das evidências, CAFFEY (1957) reexaminou suas primeiras conclusões, reformulando-as frente aos novos avanços científicos.

Em 1961, KEMPE et al. (1962), introduziu a expressão "Síndrome da Criança Maltratada" no Seminário Anual da Academia Americana de Pediatria. Esse foi um marco histórico importante, pois o autor caracterizou essa situação em quatro classes diferentes: a violência física; o abandono físico e emocional; o maltrato emocional e o abuso sexual da criança. Após a introdução dessa expressão e com a sua divulgação, foram publicados muitos artigos e pesquisas científicas, bem como livros e filmes, sendo preocupação comum a todos, sensibilizar as ações governamentais para se investigar e conhecer o problema, além de discutir as formas de tratamento e prevenção à violência de pais contra filhos. No entanto, passados vinte e cinco anos, LUTZKER & RICE (1987) afirmaram que a situação da criança vítima de violência doméstica é alarmante, apontando a seriedade social desta questão e, exigindo atenção pública e profissional no sentido de se conhecer e intervir na realidade comportamental das famílias que colocam em risco a vida dos seus filhos.

Ao longo de três décadas de pesquisas e intervenções houve um expressivo aumento de investigações sobre a etiologia e as características da violência doméstica, seu tratamento e sua prevenção. O aumento da frequência e severidade dos atos agressivos associada à alta probabilidade de as vítimas repetirem este comportamento na vida adulta têm motivado os pesquisadores a conduzirem um maior número de investigações sobre o efeito das agressões no desenvolvimento das crianças, quer sejam elas vítimas ou testemunhas (KOLBO, BLAKELY & ENGLEMAN, 1996).

Socialmente, continua havendo relutância em aceitar atitudes agressivas de pais contra filhos. A tendência predominante é de justificá-las como *preocupação educativa*. No entanto, quando a mídia e a ciência se unem, não permitindo mais a atitude de negação ou de omissão frente às evidências, justificando os atos de violência como expressão de cuidado dos pais com os filhos, ocorre uma comoção muito grande e um sentimento de incompreensão diante da realidade. KEMPE (1978) e MAHER (1985) realizaram estudos sobre o comportamento e a reação das comunidades quando colocadas frente a frente com os casos de violência contra a criança. As conclusões de KEMPE (1978) indicam que as comunidades onde se dão os atos de violência passam por seis estágios até o reconhecimento desse problema:

1. Negação da existência da violência física e, na impossibilidade da negação a admissão permeada pela idéia de que os pais devem ser estrangeiros, psicóticos ou drogadictos, e que nada têm a ver com a comunidade;
2. Início da atenção à violência com manifestações de interesse pelo conhecimento do problema e pelas práticas de intervenção;
3. A comunidade passa a lidar melhor com a violência física e a dar mais atenção à ausência de cuidados básicos à negligência e a abusos discretos ao equilíbrio da criança;
4. A comunidade passa a discriminar a violência psicológica da negligência e as rejeições severas da privação afetiva;
5. A comunidade passa a notar a ocorrência de abuso sexual contra as

crianças;

6. A comunidade garante, a cada criança em perigo, a possibilidade de ser cuidada com amor e, num primeiro momento, proporciona cuidados preventivos e curativos à sua saúde.

As conclusões de MAHER (1985) apontam quatro elementos para o entendimento da natureza e extensão do problema da violência contra crianças:

1. A observação do contexto cultural da violência;
2. O reconhecimento das formas de maltrato e seus efeitos sobre a família;
3. O conhecimento da extensão do problema em si;
4. A definição do papel do professor e da escola na redução do problema.

Esses autores afirmaram que o segredo que se faz em torno do problema, além de demonstrar as dificuldades que a comunidade tem de aceitá-los, contribuem para manter o mito de proteção à prole que envolve o relacionamento de pais e filhos. Vale lembrar então, as palavras de BESHAROV & BESHAROV (1977, p. 6-8):

"O maltrato contra a criança não é um problema dos negros, dos mestiços ou dos brancos. Não é um problema dos protestantes, católicos, batistas ou ateus. O maltrato e a negligência contra crianças ocorre em todas as camadas sócio-econômicas, grupos religiosos, raças e nacionalidades. O problema da criança maltratada não se limita a uma economia ou sociedade particular ou ainda a uma classe intelectual, raça ou religião. O maltrato e a negligência contra crianças atinge a todas as comunidades, sem diferença de raça, religião ou status sócio-econômico."

Conhecer a etiologia do maltrato contra as crianças implica em reconhecer que este é um comportamento antisocial que se perpetua através da família numa ação protegida pela cultura inter-geracional (STRAUS et al., 1980). Procurando entender este aspecto cultural, ILFELD (1969) aponta que as teorias sobre a violência podem ser consideradas sob o foco de três idéias: a agressão é parte inerente da natureza humana; a violência é consequência da aprendizagem social e a violência é consequência da frustração pessoal e de fatores situacionais.

Segundo CORSI (1992), existem algumas condições que ajudam a gerar e manter a violência dentro da família. Fatores como os estereótipos culturais que delimitam as formas de relação entre os homens e as mulheres, e entre os adultos e as crianças, caracterizados por um critério de hierarquia. Também as histórias pessoais que demonstram que a violência se aprende primariamente através dos modelos familiares. Somam-se as estas os modelos sociais, que proporcionam um estímulo reforçador ao modelo familiar negativo e a carência de outras referências alternativas para essa condição. Finalmente, há que se considerar, os fatores de risco que por sua influencia aumentam o perigo da violência doméstica, ainda que não sejam por si só determinantes, como: as crises econômicas, o desemprego, o alcoolismo, a gravidez indesejada, o isolamento social, a instabilidade profissional, a drogadicção e outros.

BURGESS & CONGER (1978) e ZIGLER (1980) definem a violência contra a criança como uma série de comportamentos parentais que incluem interações afetuosas não concretizadas e agressões extremas contra o outro. PARKE & COLLMER (1975) a definem como atos ou omissões intencionais dos pais que resultam em dano e que violam as normas e critérios de cuidados à criança. BRADLEY & LINDSAY (1987) partilham dessas opiniões e dão ênfase às ações disciplinatórias parentais abusivas, em que ocorram ferimentos. Também chamam a atenção para que a determinação do caráter intencional da violência envolva a avaliação de um profissional.

FRIEDMAN (1975), BESHAROV (1981), PLOTKIN et al. (1981) e WOLFE (1985) criticaram essas definições, afirmando que careciam de critérios de comparabilidade, confiabilidade e operacionalidade na construção dos conceitos. Sugeriram que os pesquisadores adotassem dois procedimentos básicos de uniformidade para a seleção de pais agressores: a utilização dos critérios de observação dos serviços de proteção à criança, e a sua referência para a obtenção de informações quanto às interferências clínicas e provimentos judiciais contra os pais agressores.

Não obstante às críticas, é possível notar que, em geral, os estudiosos da violência doméstica concordam entre si sobre o caráter crônico, a severidade e a complexidade deste problema que atinge as crianças, suas vítimas. Há que se observar, também, que a violência física, a negligência e o abandono são ações indicadas como pertencentes à mesma categoria, qual seja a violência direta de pais contra filhos.

WALKER et al. (1988) afirmaram que essa ação envolve a agressão física, a negligência, o maltrato psicológico e o abuso sexual, que são distintas categorias de violência doméstica. A agressão física é retratada como a imposição de danos, tais como contusões, queimaduras, ferimentos na cabeça, fraturas e/ou ferimentos físicos cujos efeitos ou seqüelas durem pelo menos 48 horas.

A negligência se refere a atos de omissão que implicam em proteção inadequada à criança, quer quanto a aspectos físicos (nutrição, segurança, assistência ou cuidado) quer quanto a aspectos psicológicos (vínculos afetivos, de proteção, amor ou interesse). O abandono é uma forma extrema de negligência referente à expulsão da criança de casa ou sua entrega a instituições de abrigo (ou similares), além da recusa em aceitar a criança fugitiva e/ou expulsa de volta a casa (WALKER, et al., 1988).

O maltrato psicológico é mais difícil de ser definido, já que envolve, através do exercício verbal excessivo, a ridicularização da criança, os comentários humilhantes e as atitudes que de uma maneira geral colocam em risco a saúde mental e emocional da vítima (GARBARINO et al., 1988).

O abuso sexual é definido como o envolvimento de crianças e adolescentes em atividades sexuais não compreendidas por elas, obrigando-as a ceder a desejos alheios de cunho sexual, violando, assim, além do seu físico, os seus mundos emocional e moral (WALKER et al., 1988). Esse tipo de agressão implica na quebra de tabus sociais e do papel de proteção da família sobre a prole (HELPER & KEMPE, 1976).

PAPERNY et al. (1980), SHNAPS et al. (1981), WOOLLCOTT et al. (1982), LISTON et al. (1983), MEADOW (1985) e WALKER et al. (1988) definiram outro tipo de violência contra a criança: a Síndrome de Münchausen. Neste tipo de agressão, os pais submetem a criança a medicamentos e procedimentos médicos não necessários e indevidos, com o objetivo explícito ou implícito de adaptá-la às suas expectativas, de corrigi-las ou educá-las.

HERBERT (1985) oferece um quadro de indicadores físicos e comportamentais para a identificação da criança vítima de violência. Os indicadores físicos são os ferimentos e marcas inexplicáveis nas faces, lábios ou boca; no tronco, costas, coxa e nádegas, em vários estágios de cicatrização, em crescimento ou formando padrões e de formas semelhantes a objetos, tais como fivelas cintos; queimaduras inexplicáveis causadas por charutos ou cigarros, principalmente nas solas dos pés, palmas das mãos, costas ou nádegas; queimaduras causadas por imersão em líquidos quentes, especialmente as mãos, pés, nádegas ou genitais; queimaduras de formas típicas como ferros quentes, e ferimentos por corda nos braços, pernas, pescoço ou tronco; fraturas inexplicáveis de crânio, nariz ou ossos faciais em vários estágios de cicatrização e em localizações múltiplas; lacerações na boca, gengiva, olhos ou na genitália externa. Tais indicadores tendem a aparecer após a criança ter se ausentado temporariamente, e sem justificativas, do convívio social cotidiano e também, após finais de semana e períodos de férias.

Como indicadores comportamentais da ocorrência de violência física, o pesquisador observa que a criança mostra-se retraída no contato com os adultos, apreensiva quando outra criança chora, extremamente agressiva ou extremamente retraída, temerosa dos pais, temerosa para voltar a casa, referindo-se com frequência a episódios de violência dos pais e de outros adultos.

Em relação aos indicadores físicos para a identificação da negligência, HERBERT (1985) aponta que a criança demonstra fome, higiene deficiente, vestimentas inapropriadas, ausência de atenção para seus problemas físicos ou necessidades médicas, além de frequentemente abusar do álcool e/ou das

drogas. Comportamentalmente, nota-se a criança pedindo ou roubando alimentos, chegando adiantada ou retardando sua saída.. Está constantemente fatigada ou indiferente, apresenta comportamentos de delinquência crônica, principalmente em relação a roubos, e relata a omissão de cuidados dos seus pais.

Se o reconhecimento dos casos de violência doméstica é fundamental para o seu cuidado curativo, conhecer e entender as causas que determinam o comportamento agressivo de pais contra filhos é igualmente importante para o desenvolvimento dos cuidados preventivos. Essa preocupação têm ocupado há muitos anos a atenção de pesquisadores em todo o mundo.

Quatro modelos teóricos influenciaram o estudo e a pesquisa sobre o comportamento da violência dos pais contra os filhos: o psiquiátrico, o sociológico, o sócio-situacional ou interacional e o transacional (PARKE & COLLMER, 1975; FRODI & LAMB, 1980; FRODI, 1981).

Segundo WALKER et al. (1988), o modelo psiquiátrico assume, como causa do maltrato, as características e/ou as psicopatologias dos pais ou crianças envolvidas na ação agressiva. O modelo sociológico busca suas causas nas condições sociais, principalmente na pobreza e no desemprego. O modelo interacional considera que as variáveis psiquiátricas e sociológicas são igualmente importantes, interagindo num contexto sócio-situacional que resultará no ato violento em si. O modelo transacional chama a atenção para as agressões como um produto das características da criança, das disposições parentais e dos exemplos de interação entre pais e filhos, associados aos eventos ambientais estressores. No entanto, FRODI (1981) argumenta que o modelo transacional é insuficiente para a explicação da violência contra a criança. Afirma que este é um fenômeno sócio-psicológico proveniente de quatro fontes: as individuais, as familiares, as comunitárias e as culturais que atuam de forma interrelacionada.

O modelo psiquiátrico sugere que as desordens de personalidade e a fragilidade de atributos comportamentais, tais como, o auto-controle frágil, o isolamento, a distorção sobre os problemas e habilidades infantis ou o medo e o

ressentimento das próprias experiências infantis passadas propiciam a ação agressiva de pais contra filhos (STEELE & POLLOCK, 1968; MELNICK & HURLEY, 1969).

Dentro do modelo psiquiátrico, os principais tipos de patologias mencionadas são as desordens psicóticas, as desordens severas de caráter psiquiátrico e as implicações severas do abuso do álcool e das drogas. Menos de 10% dos casos de violência contra crianças seriam resultado de sérios distúrbios psiquiátricos parentais.

WALKER et al. (1988) realizaram um levantamento de fatores relacionados à violência contra a criança e identificaram pequenas formas de psicopatologias descritas pela literatura especializada como estando em conexão com os pais abusadores. São elas: imaturidade; impulsividade; baixa tolerância à frustração; dificuldade de expressar e/ou controlar adequadamente a raiva; rigidez e inflexibilidade; dependência e narcisismo; baixa inteligência; incapacidade de estabelecer ligações porque há falta básica de confiança; baixa empatia; sentimentos de solidão, futilidade e apatia; baixa auto-estima; expectativas irreais sobre a criança; admissão inconsciente de estar no mesmo nível de desenvolvimento que o filho; expectativas negativas em relação aos filhos; habilidade deficiente dos pais no manejo da criança; reações emocionais extremas para qualquer estímulo; dificuldade de lidar com situações estressoras; percepção dos papéis parentais como estressores; problemas físicos ou emocionais; conflitos maritais e discórdias familiares; histórias de maltrato na própria infância.

Uma vez que o modelo psiquiátrico ou psicopatológico concentrou-se fundamentalmente nas causas da violência inerentes à personalidade dos agressores, muitos investigadores concentraram-se nesta direção. No entanto, outros estudiosos notaram que as características da criança também são um importante fator de contribuição para a violência dos pais em relação a elas. Nesse sentido, algumas características psicológicas têm sido apontadas como precipitadoras da agressão como forma de disciplinar ou administrar os problemas da infância (McRAE, FERGUNSON & LEDERMAN, 1973; HELFER, 1973 e GREEN,

1976).

Da mesma forma que procederam ao levantarem as características psicopatológicas relacionadas aos agressores, WALKER et al. (1988) o fizeram com as vítimas, apontando que a violência pode estar associada a alguns comportamentos das crianças, tais como: hiperatividade; irritabilidade e cólicas; problemas ou deficiências físicas; nascimento prematuro; baixa habilidade intelectual; atraso no desenvolvimento.

Numa crítica ao modelo psicopatológico, KEMPE et al. (1962) defende que a violência física contra as crianças não se limita a pessoas com distúrbios psicológicos ou portadoras de psicopatias. ZALBA (1967) argumenta que os agressores de crianças não se enquadram facilmente numa categoria psiquiátrica, asseverando que à parte da psicose de transferência, não há nenhum outro sintoma de distúrbio psicótico nos agressores. GELLES (1973) diz que um dos problemas desse enfoque é que a maioria das discussões sobre as causas que motivaram a agressão infantil são claramente inconscientes e contraditórias. BLUMBERG (1973) defende que os pais não tem um instinto universal de proteção às crianças apenas por terem gerado biologicamente seus filhos. Informa que, na literatura especializada, são raros os casos de psicose associados a violência de pais contra filhos. Além disso, mostra que a prática agressiva é conduzida por determinantes culturais, e dessa forma aceita pela comunidade que prefere ignorar a existência do sofrimento e da dor dessas vítimas.

Outros problemas cercam o modelo psicopatológico como explicativo para as ações da violência contra a criança. São eles: a dificuldade de se identificar com precisão os traços de personalidade que caracterizam as patologia indicadas, e, conseqüentemente, o pouco número de estudos que tentaram e testaram com sucesso esta hipótese.

A análise da literatura especializada e publicada nas décadas de 70 e 80 dá mostras que a maioria dos estudos começaram e terminaram com suposições do senso comum, relativamente não comprovadas (LUNG & DARO,

1996). Isto ocorreu porque esses estudos foram realizados *ex post facto*. Quando a análise do comportamento ocorre após o fato há pouca compreensão analítica da sua gênese. Por exemplo, alguns autores afirmaram que os pais que violam seus filhos, em geral, tendem a reagir em situações de tensão ou conflito agressivamente, controlando sua intensidade de modo imperfeito (KEMPE et al., 1962) ou também, que têm pouco controle emocional, demonstrando, na reação comportamental, sua fragilidade para lidar com situações de ansiedade (WALKER et al., 1988).

WOLFE (1985) observou que há alguma distinção entre os atributos de personalidade de pais agressores e de não agressores, mas raramente os primeiros apresentam distúrbios psicológicos. Segundo o autor, comumente os pais agressores têm um defeito de personalidade que permite a livre expressão dos seus impulsos agressivos.

Em sua revisão de dados empíricos, WOLFE (1985) tece mais considerações ao modelo psicopatológico. Citando SPINETTA (1978) e MILNER & WIMBERLEY (1980), narra que esses autores descreveram que os pais agressores são mais susceptíveis a sentir medo e infelicidade, bem como terem mais dificuldades em adaptar-se às exigências parentais, o que sugere mais dificuldades em lidar com as normas e regras do seu papel social. CONGER, BURGESS & BARRET (1979) reportaram-se aos agressores como pessoas mais dispostas a revelar problemas mentais e a controlá-los, o que propicia que tenham dificuldades adicionais à conquista e manutenção da qualidade de vida, permitindo a manifestação de comportamentos descontrolados como a ação de violência contra os próprios filhos.

MASH, JOHSON & KOVITZ (1983) verificaram que os pais agressores relatam mais problemas de estresse no tocante ao seu senso de competência e frustração no papel parental que os não agressores. LAHEY, CONGER, ATKENSON & TREIBER (1984) indicaram que os progenitores que investem contra seus filhos apresentam mais sintomas de depressão e distresse emocional e físico que os que não agredem.

KELLY (1983) e WOLFE (1985) sugerem que, nas famílias agressoras, o comportamento de auto-controle excessivo (caracterizado pela depressão e o relato de queixas físicas dos pais) e o de baixo auto-controle (caracterizado pelas atitudes agressivas e o descontrole verbal nos comportamentos parentais) podem demonstrar as tentativas frustradas dos pais em controlar o estresse que experimentam na execução dos seus papéis sociais. Consideram, também, que a baixa tolerância ao estresse, a submissão aos modelos parentais inadequados, a carência de oportunidades para a aprendizagem do papel parental adequado e um repertório pobre em habilidades para lidar com os desafios da vida são possíveis estímulos estressores que podem provocar a violência contra a criança.

WOLFE (1985) apontou que existem pais que têm pouca compreensão sobre o *modus operandi* do comportamento infantil, sendo este mais um dos fatores que predispõem à ação de violência contra a criança. Apesar de toda a controvérsia sobre o modelo psiquiátrico ou psicopatológico e sua função na etiologia da violência doméstica de pais contra filhos, a literatura demonstra um ponto de convergência: o papel do estresse na condução dos atos agressivos contra a infância, o que não poderia ser diferente, mesmo porque, sem estresse ninguém agride, até por razões biológicas. Segundo LIPP et al. (1986, p. 19-20), “estresse é uma reação psicológica com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundam uma pessoa”. Frisa a autora que qualquer mudança na vida de uma pessoa gera algum estresse. Sua qualidade negativa refere-se por definição ao estresse excessivo, também conhecido por distresse.

Um evento ou estímulo gera estresse ou porque ele é intrinsecamente aversivo devido às suas características reais ou à interpretação que o indivíduo lhe dá. LIPP et al. (1986) sugere que a grande maioria das respostas de estresse excessivo são auto-produzidas, isto é, ocorrem em consequência ao significado que o indivíduo dá a estímulos relativamente inócuos. Considerando estes aspectos parece que a ênfase está nas contingências que envolvem a ação da

violência contra as crianças, tais como a maneira que os antecedentes do fato são julgados pelos pais e a sua capacidade de discriminá-los e de administrá-los, e não, no estresse propriamente dito.

EGELAND, BREITENBUCHER & ROSEMBERG (1980) apontam a influência do papel cultural, da força social e do estresse decorrente da vida em sociedade na etiologia da violência contra a criança. Consideram que as condições sociais adversas, como a pobreza e as limitações advindas desta condição, bem como as normas sociais que desculpam o uso da força física na disciplina das crianças, reforçam o comportamento agressivo de pais contra filhos.

Esses fatos levam à análise das condições exploradas pelo modelo sociológico, que dá ênfase aos fatores situacionais como, o baixo status sócio-econômico; as famílias com um só dos pais; o desemprego; o isolamento social da família; a falta de entendimento familiar, as dificuldades de trabalho regular; as famílias numerosas e a interpretação negativa que os pais dão ao apoio e à satisfação das necessidades dos filhos, como precipitadoras da ação de violência intra-familiar.

Algumas destas variáveis situacionais têm sido associadas a altos índices de estresse como por exemplo, os problemas de trabalho; as discórdias conjugais; os conflitos decorrentes do baixo desempenho escolar; as doenças e o choro das crianças (GELLES, 1980). Esse modelo, isoladamente, não é suficiente para explicar a ação da violência contra a criança, uma vez que nem todas as famílias que experimentam situações semelhantes a essas agredem seus filhos (WALKER et al., 1988).

GALDSTON (1965) afirma que os pais que espancam têm educação e meios financeiros limitados. GIL (1971) relata que a educação, a ocupação e a renda dos agressores infantis são mais baixas do que as da população em geral. GELLES (1980) argumenta que as pressões sócio-econômicas na classe baixa enfraquecem os mecanismos psicológicos de auto-controle das pessoas que cuidam das crianças, acreditando que a pobreza pode produzir frustração, que por sua vez é

liberada numa ação violenta contra a criança.

PELTON (1978) relata que a maioria das estatísticas e avaliações sobre a violência contra crianças mostram a classe baixa desproporcionalmente representada nos casos de agressão de pais contra filhos, indicando que uma porcentagem considerável dessas famílias são pobres ou vivem em circunstâncias próximas à pobreza. Quanto às famílias de classe média ou alta, raramente, acusadas perante os órgãos públicos na questão da violência familiar, parece haver um consenso que procuram ajuda nos profissionais do âmbito privado e estão menos vulneráveis à ação pública. Afirma que a baixa distribuição sócio-econômica, representada nos casos conhecidos de violência contra a criança, não é um retrato fiel da realidade, uma vez que a hegemonia que cerca as famílias de classe média e alta, permanece inalterada. Há que se considerar, também, que o maior envolvimento do nível sócio-econômico mais baixo pode se reportar à distribuição de renda na qual a sociedade se divide. Portanto, as famílias de baixa renda que tão largamente povoam os dados registrados em casos de violência contra a criança, estão mais sujeitas à ação e ao conhecimento público do que outras, colocando-as como foco dos problemas políticos e sociais, já que também representam, numericamente, a maioria da população mundial.

SIMONS et al. (1991) indicam que a classe social de baixa renda se relaciona com este tipo de prática parental através das gerações de duas maneiras: primeiro, o poder de transmissão entre as gerações está representado pela tendência de continuidade do estilo de vida e dos estressores dos adultos para as crianças, sendo que estes podem promover a irritabilidade, aumentando a probabilidade da violência parental. Segundo, a comunidade é influenciada a se envolver nas práticas exercidas por essas famílias para a criação de filhos, tendendo a serem mais sensíveis as faltas com os valores adequados para o exercício desta tarefa. Apontam quatro caminhos para a transmissão da violência parental. Primeiro, as pessoas expostas a altos níveis de disciplina agressiva podem desenvolver uma filosofia parental que os aproxima da crença que disciplinar fisicamente é o mesmo que educar filhos. Segundo, a violência parental pode favorecer à hostilidade, conduzindo a comportamentos agressivos para com os próprios filhos. Terceiro, quando são

privilegiadas a disciplina física ou a criação de um estilo interpessoal agressivo, a violência parental pode resultar no uso do poder irracional. Finalmente, relatam que a disciplina física e o maltrato de crianças são mais comuns nas classes sociais baixas, uma vez que a carência de recursos propicia maior fragilidade emocional, dificultando o auto-controle parental. O modelo interacional para a compreensão da violência contra a criança enfatiza que a agressão de pais contra filhos é fruto da atuação desses dois grupos de fatores, o psiquiátrico e o sociológico. Nesse sentido, GELLES (1980) e HAMILTON et al. (1987) indicam a tendência de um modelo social-psicológico para a compreensão do problema, norteando suas pesquisas em busca da compreensão para a etiologia da violência doméstica.

BELSKY (1980) propõe que a violência física contra a criança é resultado de forças múltiplas como o desenvolvimento ontogenético, referindo-se aos fatores individuais; o micro-sistema referindo-se à família; o ambiente social figurando a comunidade; e o macro-sistema representando a cultura. Quanto ao desenvolvimento ontogenético, o modelo sugere que o agressor tem história de agressão física, negligência ou rejeição explícita de seus pais e de observação de comportamentos agressivos, tendo uma pequena compreensão das experiências de cuidados com os filhos. Para o aspecto do micro-sistema, sugere que as famílias, onde ocorre a violência, são caracterizadas por uma interação afetiva pobre e negativa, derivada da tendência em considerar as crianças como adultos (papéis reversos) e pela inabilidade ou baixa resistência à frustração para lidar com os déficits físicos, comportamentais ou psicológicos dos filhos. Para o aspecto do ambiente social, o modelo discute a força das condições estressoras da vida em comunidade, dando ênfase à pobreza e à insatisfação com o trabalho associadas à ausência de apoio social sistematizado, contribuindo para a ação da violência. Para o aspecto do macro-sistema, o modelo explicita o acobertamento da violência familiar pelos valores sociais vigentes na comunidade.

Uma das hipóteses desenvolvidas por aqueles que estudam a violência familiar é que o comportamento violento é uma resposta aprendida (WITT, 1987). A teoria da aprendizagem social sugere que a contínua e recíproca interação entre o indivíduo e o ambiente (por exemplo, crianças e seus pais, crianças e o meio,

crianças e seus amigos de escola) formam a base pela qual as consequências do comportamento são aprendidas e o comportamento desenvolvido (BANDURA, 1973). Nesse sentido, estudos têm mostrado a consistência entre a submissão à violência, as atitudes violentas na infância e/ou juventude e as manifestações comportamentais violentas na vida adulta (WITT, 1987).

DOLLARD et al. (1939) definem a agressão como “uma seqüência de comportamentos que objetivam causar dano a uma pessoa” (p. 2), adotando que a intencionalidade em causar dano é o aspecto essencial a ser observado no comportamento agressivo. A maior limitação nessas definições reside no fato de assumirem que a agressão serve ao propósito exclusivo de causar dano a uma pessoa (BANDURA, 1973) desconsiderando, em tese, as influências e as determinações da modelação e dos seus processos vicários. Estes, demonstram o poder dos modelos na aprendizagem dos comportamentos. Uma das dificuldades gerados pela idéia da intenção é que é inferida do comportamento agressivo, minimizando o poder da socialização através da exposição constante a modelos com respostas inadequadas à qualidade dos estímulos

Na teoria da aprendizagem social, a agressão é tratada como um evento complexo, que inclui os comportamentos destrutivos para causar dano, o julgamento social, a força dos modelos e os antecedentes do ato violento, como determinantes da qualidade agressiva da ação. A questão do julgamento social envolve os critérios relativos ao senso comum, exemplificados por BANDURA (1973) como as ações parentais disciplinatórias, geralmente não identificadas como agressivas, mas sim como uma atitude de responsabilidade, cuidado e consistência na tarefa de educar filhos.

Três correntes teóricas explicam o fenômeno agressivo: a teoria do instinto, a teoria do impulso e a própria teoria da aprendizagem social (BANDURA, 1973). A primeira delas, indica um instinto agressivo no indivíduo, determinando seu comportamento violento. A teoria do impulso considera que, estando o indivíduo em situação de frustração, determinará o impulso agressivo manifestado no comportamento violento. A teoria da aprendizagem social, manifesta que as

experiências aversivas somadas a uma antecipação de conseqüências da mesma qualidade, geram estímulos emocionais baseados nas motivações que reforçam os comportamentos de dependência, realização, resignação, agressão, psicossomatização e esquiva.

GLUECK & GLUECK (1950) relatam a alta incidência dos modelos agressivos paternos em meninos delinquentes quando comparados a meninos não delinquentes. As informações sobre a análise das condições familiares coletadas por McCORD et al. (1959) baseadas em filhos de criminosos que se tornaram criminosos, especialmente de pais muito cruéis e negligentes, indicaram ser esse um modelo na manifestação dos comportamentos criminosos. O comportamento de gênero violento, favorecendo a violência foi estudado por SILVER et al. (1969). Seus estudos informaram que o sofrimento pelo tratamento brutal, ocasionado pelas mãos dos pais, levou à manifestação de comportamentos violentos quando do seu desempenho, na vida adulta, do papel parental. Tendo como base os estudos comparativos entre os modelos parentais com desenvolvimento de personalidades hiperagressivas e os modelos não agressivos, BANDURA (1973) delineou uma das contribuições para o entendimento do comportamento agressivo, afirmando que este é um comportamento aprendido e transmitido pela família, numa ação geracional secular.

O desenvolvimento desses estudos demonstram a força da modelação e dos processos vicários para a transmissão e a aprendizagem do comportamento agressivo. A pesquisa realizada dentro do quadro de referência da teoria da aprendizagem social mostra que os fenômenos da aprendizagem resultantes da experiência direta podem ocorrer em base vicária, através da observação do comportamento de outras pessoas e de suas conseqüências. Assim uma pessoa pode adquirir complicados padrões de respostas simplesmente observando o desempenho de modelos. Respostas emocionais podem ser condicionadas, observando as reações afetivas de outras pessoas, enquanto passam por experiências dolorosas ou agradáveis. Comportamentos de medo ou de esquiva podem ser extintos através da observação de comportamentos de aproximação ou, modelado em direção aos objetivos desejados, sem que nenhuma

consequência adversa ocorra para o sujeito envolvido. Inibições podem ser induzidas pela observação da punição do comportamento de outros, e a expressão de respostas pode ser acentuada e socialmente regulada, através de modelos influentes.

Na teoria da personalidade, o processo de identificação foi diferenciado da imitação com base no pressuposto de que, a imitação envolve a reprodução de respostas discretas, enquanto a identificação envolve tanto a adoção de diversos padrões de comportamento quanto as representações simbólicas do modelo ou sistemas de significados semelhantes. Os estudos desenvolvidos por BANDURA (1979) indicaram que a aquisição de respostas imitativas isoladas e de repertórios inteiros de comportamento é determinada pelo mesmo tipo de condição antecedente, mediada pela representatividade dos estímulos modeladores.

O mesmo autor defende que existe evidências, que a exposição a influências modeladoras têm três efeitos claramente diferentes, cada um dos quais determinado por um conjunto também diferente de variáveis. Primeiro, um observador pode adquirir novos padrões de respostas que não existiam previamente em seu repertório comportamental. Segundo, a observação de ações modeladas e suas consequências para o modelo pode fortalecer ou enfraquecer respostas inibitórias nos observadores. Terceiro, o comportamento de outras pessoas serve como estímulo discriminativo para o observador, facilitando a ocorrência de respostas da mesma classe, previamente aprendidas, demonstrando como os processos de modelação e de aprendizagem vicária influenciam e/ou determinam a transmissão social dos padrões violentos e seus efeitos sobre a criança.

CAPÍTULO DOIS

REVISÃO DA LITERATURA ESPECIALIZADA SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS

"(...) Minha mãe tinha que ser punida, eu sei. Mas eu fico preocupado ... se ela for presa, quem vai cuidar dos meus irmãos? Porque meu pai não sabe nem fazer comida ..."

Azevedo & Guerra, 1995.

A violência doméstica contra crianças passou a ser reconhecida como um problema clínico e social durante a década de 60. Numa evolução natural, desde meados da década de 70, há um interesse crescente em se pesquisar o problema da violência contra a criança, sendo que uma grande variedade de métodos tem sido utilizados para tal.

Pela delicadeza do tema, BRADLEY & LINDSAY (1987) alertam para a necessidade de se ter um especial cuidado metodológico e ético na condução desses estudos, considerando relevantes e fundamentais os seguintes aspectos: a importância de se definir a população a ser investigada; a especificação criteriosa do problema a ser estudado; o gênero dos sujeitos envolvidos, considerando-se a possibilidade de ser um fator contributivo para ação da violência; o recrutamento dos sujeitos, tomando-se o cuidado para não viciar a amostra com envolvimento emocional pela força do problema; a obtenção da permissão para a divulgação das informações; a atenção redobrada para não fraudar as informações com interpretações teóricas ou pessoais acerca dos fatos; a garantia do sigilo na pesquisa, a fim de não se comprometer, socialmente, as vítimas e os agressores.

O estudo da violência doméstica de pais contra filhos tem se mantido muito mais pelo ideal dos pesquisadores do que pela operacionalização e comparabilidade entre si (BRADLEY & LINDSAY, 1987). Uma das razões para este fato, está na constatação de que a ênfase nas ações disciplinatórias parentais, na ocorrência das lesões e na averiguação das agressões perpassam pelo envolvimento do julgamento do profissional que estuda a questão. Os pesquisadores envolvidos com esse tema o estudaram conforme sua área de formação, tendendo a discutir o problema frente ao seu referencial teórico. Assim, os psicólogos tendem a olhar a questão através do modelo psiquiátrico, e os assistentes sociais, através do modelo sociológico. No entanto, devido à complexidade do assunto e os seus efeitos na vida pessoal e social da comunidade, é preciso observá-lo por inteiro, o que significa tentar não fragmentá-lo - fazendo da parte, o todo e generalizando suas conclusões (LUTZKER & RICE, 1987).

BRADLEY & LINDSAY (1987) conduziram uma revisão bibliográfica que cobriu o período entre os anos de 1980 e 1985, na qual caracterizaram 17 estudos sobre a violência contra a criança. Alguns desses estudos foram realizados experimentalmente, comparando grupos de sujeitos com origem clínica diversa, referindo-se além dos clientes de consultórios e dos pacientes clínicos de hospitais em tratamento ambulatorial, os das agências de serviço social, instituições de proteção à infância, voluntários de grupos de educação de pais, além daqueles que foram recrutados através de jornais e associações de pais agressores anônimos.

Essas pesquisas focaram a interação entre pais e filhos; a rotina da família numa tarde comum; o conhecimento das mães sobre o que os filhos sentem ou pensam; as razões por que uma criança se comporta de uma ou outra maneira; as expectativas sobre o comportamento dos filhos e as reações dos adultos frente ao comportamento infantil. Em nove estudos a amostra foi remunerada entre US\$ 4,00 e US\$ 90,00. Nos outros oito estudos, não foi recebida nenhuma remuneração. Os instrumentos para a coleta dos dados foram, fundamentalmente, de natureza psicológica (Anexo 1).

Nota-se a preocupação dos autores em desenvolver seus estudos à luz da ética e do controle metodológico, sendo que dois aspectos chamam a atenção. Primeiro, a maioria das publicações falharam em incluir informações sobre o acesso às práticas e procedimentos utilizados, ocasionando limites para a interpretação dos resultados. Segundo, os estudos incluíram procedimentos detalhados de zelo científico na exploração e no entendimento do problema da criança vítima de violência, demonstrando a relevância empírica desta questão. Percebe-se que as investigações fixaram-se, quase que exclusivamente, na qualidade do comportamento parental e na sua contribuição aos atos de violência.

Os estudos desenvolvidos por SALZINGER et al. (1983), CRITENDEN (1985) e WEBSTER-STRATTON (1985) incluíram medidas sobre a influência do contexto social, da rede de relacionamentos dos pais e dos acontecimentos recentes em sua vida, demonstrando a preocupação em não se considerar as ações agressivas como fatos de responsabilidade individual, restrita tão somente aos membros da família. Outros estudos visando demonstrar que as questões sociais são igualmente relevantes às psicológicas, comportamentais e cognitivas foram conduzidos por JAFFE et al. (1986); CHRISTOPOULOS et al. (1987); HUGHES et al. (1989); STAGG et al. (1989) e KOLBO et al. (1996) estes chamaram a atenção para a necessidade de outras investigações, uma vez que os dramas pessoais manifestam-se nas interações sociais das vítimas e dos agressores.

KOLBO et al. (1996) realizaram um levantamento na literatura científica, cobrindo o período de 1985 a 1993 detiveram sua atenção nas práticas agressivas em que as vítimas foram testemunhas de violência marital ou parental. Observaram que os estudos utilizaram grupos de controle para avaliar o impacto das variáveis que procuravam medir, entre elas, o funcionamento comportamental, emocional, social, cognitivo e físico que envolveu a violência familiar (Anexo 2). Concluíram que a vitimização de crianças ainda é um estigma social, o que justificaria a concentração de estudos sobre a influência dos fatores individuais e psicológicos no comportamento violento familiar.

O complô do silêncio sob o qual se desenvolvem as relações entre pais e filhos é abordado por BRADLEY & LINDSAY (1987) ao sugerirem que a sociedade parece considerar adequado o espancamento como prática disciplinatória. Os autores afirmam que os cientistas sociais têm a responsabilidade de explorar todos os fatores que contribuem para o processo da violência, diferenciando o papel do indivíduo na agressão contra as crianças e delimitando as influências sócio-culturais na condução desses atos. Nesse sentido, HELFER (1982) argumentou que o problema da violência de pais contra filhos tinha uma incidência nos Estados Unidos de, aproximadamente, 1,5% de todas as crianças, o que justificaria investimentos no aprofundamento de pesquisas sobre esse problema. LUTZKER & RICE (1987) afirmam ser desejável que qualquer pesquisa que se proponha nessa área contemple, quer em seu corpo de estudo quer na informação à comunidade, os tipos de tratamento para os casos de violência familiar, levando em conta sua eficiência a curto prazo, e atendendo os pais, a criança e o ambiente social que os envolve. WAHLER (1980) e VASTA (1982) indicaram três nichos de fatores que contribuem para a ação da violência doméstica contra crianças: as características parentais somadas aos distúrbios emocionais, aos impulsos agressivos, às personalidades rígidas e dominantes, ao alcoolismo, depressão e ansiedade; as características infantis de hiperatividade, retardo mental, choro ou riso excessivo e prematuridade; e a instabilidade do ambiente social familiar, desencadeando o desequilíbrio nas relações entre pais e filhos.

O projeto denominado “12 Caminhos”, desenvolvido por LUTZKER & RICE (1987) teve como objeto de preocupação os aspectos relativos ao ambiente social familiar para o tratamento e a prevenção da violência contra a criança. Tomando como referência os pais, os autores desenvolveram um programa que oferecia a redução do estresse cotidiano na prática de criação de filhos, proporcionando, também, treinamento para o auto-controle, para a habilidade de buscar trabalho, para a administração do dinheiro doméstico e a orientação para a distribuição do tempo de lazer. Suporte social, serviços de atendimento ao alcoolismo e treinamento para a habilidade de resolução de problemas também foram contemplados pelo programa. Com o intuito de beneficiar pais e filhos, o programa foi

implementado na própria residência da família, sendo providenciados o treinamento parental, pré-natal e pós-natal para pais solteiros, e o treinamento básico para o entendimento das habilidades infantis. Visando interferir no ambiente social foram alocados os serviços de segurança e faxina da casa.

Entre 1979 e 1985, o projeto foi implantado e desenvolvido, em 10 regiões rurais do Sul de Illinois, nos Estados Unidos, atendendo, aproximadamente, 1000 famílias. O programa foi avaliado em termos de evolução clínica, através de pesquisas de caso único, análise de sujeitos solteiros com família múltipla e projetos de grupo. Apesar de cada uma dessas estratégias contribuir para a avaliação da efetividade de uma ou mais variáveis da violência doméstica, somente a avaliação metodológica do projeto poderia traduzir o impacto de sua aplicação para as famílias que se submeteram a ele.

Nesse sentido, estudos posteriores, desenvolvidos pelos autores, demonstraram que poucos programas comunitários, visando à redução da violência de pais contra filhos, foram abrangentes no levantamento de dados para a avaliação do problema. Informações sobre o recidivismo (referindo-se ao caráter de constância e frequência do comportamento reincidente), localização da criança em casa, ou em casa adotiva foi sugerido na continuidade da sua aplicação, uma vez que ofereceriam respostas que permitiriam avaliar melhor os resultados alcançados. A localização de crianças adotadas foi utilizada para demonstrar a eficácia desse projeto. Analisando os resultados obtidos, LUTZKER & RICE (1987) apresentaram dados, que mostraram uma taxa de recidivismo de 10% para cada 50 famílias tratadas pelo programa, em comparação a uma taxa de 21% para um grupo de 47 famílias não beneficiadas. Os autores ainda examinaram e compararam três grupos de famílias, obtendo informações seguras que demonstraram que as famílias não beneficiadas pelo programa tinham uma tendência maior ao comportamento de recidivismo, que as beneficiadas.

SKINNER & CASTLE (1969); FRIEDMAN (1975); HERRENKOHL et al. (1979); COHN (1979); TAITZ (1980); BUTTERFIELD (1980) e BROWNE (1986) notaram que uma quantidade substancial dos seus clientes se reportavam a atos de

autoridade como iniciantes do comportamento violento contra a criança. BROWNE (1986) aprofundou-se no estudo dessa questão, examinando seus clientes e suas famílias em casos característicos de recidivismo de agressão, com pelo menos um relato de incidente inicial de autoridade na relação entre pais e filhos, que tenha derivado na ação de violência. Os estudos desenvolvidos pelo autor sugerem que os atos de violência doméstica contra crianças estão diretamente ligados ao baixo auto-controle dos adultos diante das situações provocativas de estresse. Criar filhos não é uma situação relaxante. Ter sob guarda e responsabilidade a educação para a vida de um ser humano é uma situação que pode gerar tensão.

Dando continuidade aos seus estudos, o autor analisou as contingências e as variáveis envolvidas na ação da violência contra a criança. A demonstração de tipos específicos de violência associada a cenas de ataques agressivos graves, à severidade da situação doméstica, à raça, ao desemprego e ao conflito familiar, foram considerados como eventos estressores, associados ao recidivismo de atos violentos contra a criança. Em suas conclusões enfatizou a força dos eventos estressores como contribuintes para os ataques violentos contra a criança, sugerindo que os clínicos (médicos e psicólogos) e os pesquisadores, dediquem atenção a essas características. Os estudos desenvolvidos por ABIDIN (1990); AMMERMAN (1990); WEBSTER-STRATTON (1990); BELSKY (1993) e HILLSON & KUIPER (1994) observaram que os modelos teóricos para o entendimento do processo de desenvolvimento e de manutenção da violência contra crianças envolvem um complexo de interações entre múltiplas variáveis, tais como as características dos pais e das crianças, suas interações, as relações familiares e maritais, o ambiente social familiar e o estresse decorrente dessa cadeia relacional.

HOLDEN & BANEZ (1996) conduziram estudos sobre a influência do estresse na perpetração dos atos agressivos de pais contra filhos. Nestes, contemplaram o tipo de violência ocorrida e a possibilidade potencial de novas ocorrências, tomando como indicadores o estresse parental e o da criança na relação entre ambos. A análise exploratória indicou que pais agressores parecem ser mais sensíveis ao estresse relacional que os não agressores. Mais especificamente, o estresse parental associado ao senso de competência pareceu ser um mediador

significativo no relacionamento entre a percepção dos adultos, a incidência da tensão ocasionada pelas características infantis e o potencial de agressividade imposto pela relação entre a prática de educar, o comportamento de autoridade e o sentimento de amor.

No entanto, os autores reconhecem as limitações existentes nessas pesquisas e sugerem que seus resultados sejam interpretados com cautela. Em primeiro lugar, alertam que não incluíram a comparação dos resultados com grupos de controle, o que permite a ponderação de que o estresse parental pode ser natural na relação familiar. Apesar de, estatisticamente, seus resultados indicarem a influência do estresse na ação agressiva, a falta de grupos de controle não permite saber com clareza sua magnitude e, tão pouco, a diferença desse fator entre pais agressores e não agressores. Consideraram, também, que, apesar de terem utilizado dois instrumentos reconhecidos para a avaliação do potencial agressivo de pais contra os filhos, o Inventário Potencial sobre o Abuso Infantil (MILNER & AYOUB, 1980) e o Índice de Stress Parental (ABIDIN, 1990) indicam que novos métodos de investigação precisam ser propostos e desenvolvidos.

A literatura sobre a violência de pais contra filhos sugere a necessidade de se conhecer e reconhecer as causas e os fatores que potencialmente desencadeiam os comportamentos de agressão parental, quer para o estabelecimento dos programas preventivos, dos procedimentos curativos ou dos projetos de acompanhamento e controle do recidivismo. Frente as essas condições, as pesquisas desenvolvidas por MILNER (1978) e os seus resultados permanecem atuais após 20 anos das primeiras publicações. As investigações do pesquisador foram baseadas na revisão de 700 títulos da literatura sobre crianças vítimas de agressão física e negligência dos seus pais (MILNER & WILLIAMS, 1978).

MILNER & WIMBERLEY (1979), preocupados com a questão relativa as condições de risco envolvidas na ação da violência e a consistência de alguns fatores emocionais na personalidade dos pais, distribuíram-nas em quatro dimensões psicológicas: os sentimentos de solidão, de rigidez, os problemas e o auto-controle, procedendo investigações para o seu reconhecimento que visaram à

construção de um Inventário para identificar pais agressores. A dimensão relativa à solidão foi caracterizada como os sentimentos de solidão e abandono do adulto, de não ser amado pelo filho, de ser uma pessoa quieta, de que foi deixado só ou rejeitado na infância, e de que não é importante para qualquer pessoa. A segunda dimensão, a rigidez, focou as relações parentais, nas quais o adulto acredita que as crianças devem manter seus brinquedos e roupas em ordem, tem medo de mimar os filhos, medo que outras pessoas o destruam, tem sentimentos que as crianças são más, que nunca devem desobedecer e que precisam ser punidas para que seu comportamento seja controlado. A terceira dimensão é caracterizada pela atenção que dá aos problemas dos pais consigo mesmos, com a família, amigos e a comunidade em geral. A quarta, e última dimensão, considerou o controle pessoal e social, envolvendo seus medos e sentimentos em relação às outras pessoas e suas expectativas quanto ao desempenho parental, somado às expectativas de avaliações que podem ser feitas do seu comportamento.

MILNER & WIMBERLEY (1979) justificaram esse estudo relatando que os sujeitos que agredem ou negligenciam seus filhos foram, longamente, caracterizados pela literatura, por uma ampla série de traços de personalidade e de tipificação comportamental. Ressaltaram que no momento em que deram início ao desenvolvimento dos seus trabalhos havia a escassez de medidas que avaliassem as características parentais passíveis de serem indicadas como fatores de risco propícios aos atos da violência doméstica contra as crianças. Suas abordagens para diagnosticar os indivíduos agressores foram, geralmente, empregadas após o fato. MILNER & WIMBERLEY (1979) exemplificaram essa ocorrência, sugerindo uma lista de indicadores para os comportamentos de agressão e negligência usada nos hospitais para a identificação dos agressores. Relataram que mesmo o uso dessas medidas objetivas para o diagnóstico da violência doméstica contra a criança eram frágeis enquanto instrumento de investigação. Mesmo quando a sua utilização produziu dados de pesquisa interessantes, o diagnóstico dos comportamentos de agressão física e negligência através desses instrumentos sofisticados, dificultavam sua aplicação pelos profissionais que atuavam na ação direta de proteção às vítimas. Conseqüentemente, o desenvolvimento de uma técnica simples, objetiva e sistematicamente construída era um objetivo a ser alcançado.

Uma vez que continuavam as dúvidas sobre que características de personalidade seriam os indicadores mais eficazes do potencial do indivíduo para a violência, a pesquisa de MILNER & WIMBERLEY (1979) com uma abordagem empírica e não reacional sobre as quatro dimensões psicológicas envolvidas na caracterização de pais agressores, contribuiu para demonstrar que a rigidez e os problemas têm um impacto mais forte para a ação agressiva, que o auto-controle e a solidão (Anexo 3). Baseados nessas informações e nos traços de personalidade encontrados na literatura, passaram a construir o Inventário Potencial Sobre o Abuso Infantil. Preliminarmente testaram uma amostra de 15 a 20 itens sobre cada área dos traços de personalidade que supostamente interagem com o comportamento violento. Observando que a redação e a leitura, forma empregada para a apresentação do instrumento da pesquisa, possibilitava a condução da resposta, a mesma questão foi escrita duas vezes em momentos diferentes, com uma pequena variação em seu enunciado. Por exemplo: “às vezes eu me sinto inteiramente sozinho” e “eu, freqüentemente, me sinto sozinho por dentro”. O Inventário inicial foi modificado várias vezes. As mudanças envolveram a adição de novos itens e a simplificação da escrita. A forma inicial do Inventário envolveu 334 assertivas. Os sujeitos foram solicitados a concordar ou discordar de cada afirmativa.

Para reduzir a bilateralidade da resposta, as questões foram apresentadas numa ordem aleatória. O Inventário foi testado e indicou um bom nível de confiabilidade. Baseados na análise dos dados obtidos nesse estudo, o Inventário inicial passou a ter 160 pontos para investigação. O primeiro teste de validação do Inventário considerou sua aplicação em um grande grupo de pais agressores e não agressores. Os dados obtidos nesse teste conduziram ao segundo estudo de validade do instrumento, quando foi submetido a um sistema de pontuação que incluiu a construção de um “grau de mentira”, visando à fidedignidade das respostas. Num estudo posterior, MILNER & AYOUB (1980) investigaram a habilidade do Inventário Potencial Sobre o Abuso Infantil para distinguir indivíduos de risco. Justificaram que, apesar dos estudos indicarem que o Inventário era preciso e confiável para o apontamento dos agressores e dos não agressores, não existiam dados disponíveis quanto à sua habilidade para diferenciá-los dos pais de risco -

aqueles que nunca haviam sido registrados como agressores, mas que teoricamente teriam um ou mais indicadores que sugeriam a sua agressividade potencial contra crianças. Passaram, então, a desenvolver um estudo que determinasse se o Inventário poderia ser empregado na distinção dos pais de risco em relação aos pais agressores e não agressores.

Participaram dessa pesquisa desenvolvida pelos autores um total de 67 pais de risco do Programa de Crianças e Pais de Risco, de Tulsa, Oklahoma, EUA. Aproximadamente 97% da amostra foi constituída de mulheres. A média de idade foi de 22.1 anos e o nível educacional médio de 10.7 anos. Aproximadamente 73% da amostra foi de pessoas de cor branca; 30% casados; 38% solteiros; 16% separados, divorciados ou viúvos e 16% não indicaram o estado civil. Os sujeitos tinham uma média de 1.9 filhos. O Inventário é um mecanismo de seleção administrado ao sujeito, com 160 itens, projetado para avaliar o potencial de um indivíduo para agredir suas crianças. Foi pedido aos sujeitos que concordassem ou discordassem de cada uma das afirmações apresentadas. Os dados de validade e confiabilidade foram disponibilizados através das amostras coletadas em departamentos de serviço social e hospitais. Os resultados indicaram que o Inventário foi eficaz na discriminação dos indivíduos agressores dos ainda não agressores. Os dados obtidos nos estudos de validade demonstraram que o Inventário teve um índice de acerto de 96% na classificação dos indicadores para o comportamento agressivo (MILNER & AYOUB, 1980).

O Inventário foi aplicado em pais agressores como parte do componente da avaliação de rotina do Programa de Crianças e Pais de Risco. Os pais responderam ao Inventário voluntariamente e foram acompanhados durante um período de 2 anos: de agosto de 1977 a setembro de 1979. Sua aplicação foi implementada por profissionais das equipes de atendimento aos casos de risco. Estes, incluíam um coordenador de saúde pública, um assistente social e um clínico psico-pediatra, responsáveis pela avaliação dos sujeitos quanto à determinação antecedente se agressores de risco ou não. Um resumo dos critérios de avaliação empregados no Programa de Pais e Crianças de Risco são apresentados a seguir:

- ◇ baixo peso do bebê ao nascimento (2,5 Kg ou menos);
- ◇ crianças com dificuldades congênitas;
- ◇ bebês ou crianças com problemas na alimentação;
- ◇ bebês ou crianças com dificuldades de crescimento;
- ◇ indisposições físicas da mãe no puerpério;
- ◇ pais dependentes de álcool ou drogas;
- ◇ história de doença, morte ou dificuldades de crescimento de outros filhos;
- ◇ agressões passadas a outros filhos;
- ◇ negligência passada a outros filhos;
- ◇ pais adolescentes (17 anos ou menos);
- ◇ atraso múltiplo no desenvolvimento da criança;
- ◇ história de violência entre os adultos da casa;
- ◇ história de atividades ilegais, prisão;
- ◇ pais com problemas emocionais;
- ◇ pais culturalmente privados ou atrasados;
- ◇ crises maritais ou familiares;
- ◇ história pobre de emprego;
- ◇ nutrição, higiene e cuidados com a saúde física insuficientes;
- ◇ falta de cuidado e acompanhamento medicamentoso;
- ◇ situação social pobre;
- ◇ problemas de criação;
- ◇ negação da gravidez e considerações de abandono;
- ◇ história infantil dos pais, de agressão;
- ◇ história infantil dos pais, de negligência.

Diante desse rol, os fatores de risco envolvem condições ligadas à criança, aos seus pais, à família e a todo o contexto que os cerca. Nos estudos conduzidos por MILNER et al. (1979, 1980), as famílias identificadas como “de risco”, foram aquelas onde esses critérios foram julgados como causadores de impacto substancial na habilidade em resolver problemas e manter o seu funcionamento positivo. Os pais que compuseram a amostra responderam ao instrumento da

pesquisa e foram entrevistados pelos pesquisadores que também entrevistaram a equipe profissional que acompanhava o caso no Programa de Pais e Crianças de Risco. Nessa etapa, esclareciam suas dúvidas e levantavam o detalhamento das informações necessárias ao seu julgamento de validade. Os pesquisadores concluíram que, quando pelo menos um dos critérios era positivo, o sujeito poderia ser identificado como “de risco”. Talvez a tarefa mais árdua para os profissionais e pesquisadores que se dedicam ao cuidado das crianças vitimizadas e dos adultos agressores seja identificar o potencial agressivo e violento de pais contra filhos, podendo antecipar-se à ocorrência. Por outro lado, igualmente importante é encontrar os indicadores que explicam o comportamento violento de pais contra filhos, podendo sugerir os pontos que precisam ser considerados no delineamento das estratégias curativas e preventivas.

CAPÍTULO TRÊS

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA: CONHECENDO A REALIDADE BRASILEIRA

"(...) A lição que devemos tirar deste relato é a de proteger e de acreditar na integridade de nossas crianças, e a de aprender a quebrar o silêncio que as ameaça. (...)

Guerra & Azevedo (1989)

A violência familiar é um problema secular que atinge indistintamente pessoas de todas as sociedades e classes sociais. A falta de segurança e a noção de fragilidade faz com que essas questões sejam objeto de preocupação e estudo. Neste século, as atitudes agressivas mudaram sua forma de expressão em função da evolução social e tecnológica. Os instrumentos de agressão se diferenciaram e especializaram. Porém, os levantamentos estatísticos comprovam que os ferimentos e mortes por agressão continuam ocorrendo igualmente a outros momentos da história. Se antigamente matava-se por abafamento, hoje se sufoca e continua se enforcando. Matava-se por alquimia e hoje por substâncias químicas, biológicas e nucleares. Matava-se por afogamento, tanto quanto agora. Por gás e envenenamento. Por arma branca e de fogo. Sempre se matou por fome, miséria, abandono, tortura e rejeição.

As estatísticas internacionais comprovam a violência e a agressão que vitimiza a infância: "multidões de crianças são diariamente maltratadas, mutiladas, queimadas, estupradas e humilhadas em sociedades e ambientes onde se

luta por direitos humanos, pela liberdade da mulher e pela erradicação dos programas armamentistas. Sem dúvida, “um progresso”, ironiza KRINSKY et al. (1985, p. 4). No Brasil os estudos estatísticos são precários e deficientes. A literatura disponível foi desenvolvida principalmente nas Universidades, Instituições Governamentais de Saúde e Instituições Privadas de Pesquisa. Todos sugerem que a incidência da violência contra a criança no Brasil é grave. Num estudo realizado na cidade de São Paulo durante o ano de 1981, que consultou 309.313 documentos oficiais entre Boletins de Ocorrência, Laudos do Instituto Médico Legal, Processos Judiciais das Varas da Infância e Juventude e Criminal, além de Prontuários da FEBEM, detectou 168 casos de violência doméstica sexual contra crianças e adolescentes e 415 casos de violência física (GUERRA & AZEVEDO, 1989). Outro estudo realizado durante os anos de 1988 a 1990 na cidade de São Paulo junto ao Serviço de Advocacia da Criança mostrou 1972 ocorrências de violência física e 203 de violência sexual (AZEVEDO & GUERRA, 1995) contra a criança, tendo como agressores os seus pais.

DESLANDS (1993) num levantamento de dados de violência em instituições especializadas, obtido em cidades do estado de São Paulo durante os anos de 1987 a 1990, indica que 4203 casos de maltrato contra a criança foram notificados. Frisa a autora que 17,7% das denúncias foram feitas por profissionais ligados à infância, refletindo o pouco conhecimento e envolvimento com essa problemática. Sobre esses dados estatísticos, AZEVEDO & GUERRA (1995, p. 67-68) tecem as seguintes considerações:

“1. são esparsas, relativas a casos notificados a instituições governamentais e não governamentais, bem como se originam de pesquisas ligadas à produção acadêmica;

2. revelam que não fazem parte de uma preocupação constante com a evolução do fenômeno uma vez que foram feitas em determinados períodos (muitas vezes curtos) e nem sempre antecedidos ou precedidos por outros levantamentos sistemáticos;

3. acompanham algumas tendências internacionais, principalmente

no que tange:

- a distribuição por sexo entre as vítimas (há mais meninas do que meninos);
- ao grau de relacionamento agressor/vítima (há mais pais biológicos)

4. mostram que o papel dos profissionais, no tocante à notificação dos fatos é extremamente tímido (tendência, aliás, que já vem de longa data) e que os vizinhos ou os telefonemas anônimos procuram cumprir esta tarefa, em muitos casos."

RIBEIRO et al. (1994), num levantamento feito junto ao Conselho Tutelar de Menores de São Paulo sobre os motivos que determinaram sua procura, analisou 263 prontuários incluindo os anos de 1992 e 1993. Verificou que 31,2% dos casos denunciados e atendidos foram de crianças vítimas de agressão física ou negligência. Destes 82,7% foram vítimas da violência dos seus próprios pais.

AZEVEDO & GUERRA (1995, p. 100) discutindo as dificuldades que os profissionais têm em envolver-se nos casos de violência doméstica pondera que "(...) muitas vezes, apesar das lesões características, médicos, paramédicos, assistentes sociais (...), ficam resistentes quanto a reconhecer a violência dos pais. É mais fácil diante de uma criança que sofreu este problema, acreditar numa possibilidade de acidente ou apenas cuidá-la sem dar prosseguimento ao seu caso, não querendo perceber que este é um sintoma de problemas familiares que se deve tomar em consideração. As intervenções no seio destas famílias fazem com que os profissionais vivam momentos emocionais intensos e paralisantes ligados à confrontação do reconhecimento das falhas dos pais; da posição de rivalidade com os pais e da situação de fragilidade da criança (...)".

Na ótica brasileira, observa-se que não há abordagens ou conceituações diferentes das internacionais. Assim, LIPPI (1985) define a Síndrome da Criança Maltratada como uma condição clínica de crianças e jovens que recebem agressões físicas, geralmente de pais ou parentes próximos. Esta condição é

também descrita como trauma não reconhecido pelos radiologistas, ortopedistas, pediatras e assistentes sociais, e constitui uma das causas de problemas e mortes. É freqüentemente não reconhecida, e quando diagnosticada é inadequadamente manejada pelos especialistas devido à sua exatidão em encaminhar o caso à atenção das autoridades constituídas, governamentais ou não governamentais.

O conceito de negligência envolve os pais que não atendem às necessidades materiais e/ou psicológicas dos filhos, independentemente de pobreza ou abundância de recursos. Desta forma, criam e facilitam a ocorrência das situações lesivas, com reflexos no desenvolvimento biológico, psicológico e social da criança, caracterizando as dificuldades relacionais e afetivas. ARANGO et al. (1989); RUIZ (1990); AZEVEDO & GUERRA (1995) e MARQUES et al. (1994) definem a agressão física como qualquer ação, isolada ou repetida, não acidental, perpetrada por um agente agressor adulto, que provoque dano físico à criança ou adolescente. O detrimento provocado pela agressão pode variar da lesão leve a conseqüências extremas, como a morte. Quanto à negligência, MARQUES et al. (1994) afirmam que este comportamento envolve a postura de não oferecer à criança aquilo que necessita, quando tal suprimento é essencial ao seu desenvolvimento sadio.

Os estudos desenvolvidos por GARBARINO et al. (1988) e RUIZ (1990), descrevem a violência psicológica como a interferência negativa do adulto sobre a competência social da criança, categorizando um padrão de comportamento destrutivo que pode ser dividido em seis formas distintas de agressão. Primeiro a rejeição, em que o adulto não reconhece o valor da criança, nem a legitimidade das suas necessidades. Segundo, o isolamento, quando o adulto afasta a criança das experiências sociais normais, impedindo-a de ter amigos e fazendo-a crer que está só no mundo. Terceiro, o terror, em que, através das agressões verbais à criança, o agressor instaura um clima de medo e pânico fazendo-a crer que o mundo lhe é hostil. Quarto, o abandono, pelo qual o adulto não estimula o crescimento emocional e intelectual da criança. Quinto, a cobrança, baseada nas suas expectativas irreais ou nas exigências extremas de rendimento escolar, intelectual ou esportivo, ocorrendo com maior freqüência nas classe média e alta. E, finalmente, a corrupção, quando o adulto corrompe a criança à prostituição, ao crime e ao uso de drogas.

GIOVANNONI & BECERRA (1987), ZAVASCHI (1989); GUERRA (1984) e NOGUEIRA (1991) compreendem a violência sexual como o ato ou o jogo sexual, cujo agressor esteja num estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima. São práticas eróticas e sexuais impostas às crianças pela violência física, por ameaças ou pela indução da sua vontade. Variam desde os atos onde não existem contato sexual (voyerismo e exibicionismo), aos atos com contato sexual sem penetração e com penetração, até a exploração sexual, visando a lucros, como a prostituição e a pornografia.

Frente à gravidade dessa problemática e as dificuldades de se caracterizá-la com segurança, DELUQUI (1982) desenvolveu um roteiro para observação de casos suspeitos de espancamento. Sugere que numa situação de avaliação de pais agressores tem-se mostras da sua perda de controle ou do medo de perdê-lo. Em geral, relatam histórias contraditórias. Costumam responsabilizar outras pessoas ou situações pela violência. Demoram a buscar atendimento à vítima e não apresentam qualquer justificativa para esse comportamento. Mostram desinteresse pelo estado do filho, demonstrando não ter compreensão apropriada quanto à severidade da situação. Também costumam relatar fatos irrelevantes ou sem relação com os ferimentos; histórias de ferimentos repetidos e tendem a fazer uso abusivo do álcool e/ou drogas. Não se responsabilizam quando a criança está em apuros; relutam a fornecer qualquer informação e não consentem acompanhamento ou estudos diagnósticos posteriores ao atendimento de emergência, sendo difíceis de localização posterior. É comum demonstrarem cumplicidade diante do ocorrido ao filho. São freqüentadores habituais de hospitais, podem ser psicóticos ou psicopatas, não demonstram interesse parental pela criança e têm expectativas irreais sobre o estado clínico da criança.

Em relação às vítimas, a autora observa que têm ferimentos inexplicáveis, evidências de desidratação e/ou má nutrição, e sinais de ferimentos repetidos. Podem ter recebido alimentação, bebida ou droga inapropriadas. Mostra que é mal cuidada e excessivamente retraída, tendo aspecto físico e emocional pouco apropriado. É comum responsabilizar-se pela agressão sofrida, expressando

seu sentimento de culpa pela preocupação que ocasionou aos pais. Julga-se como uma criança diferente ou má, baseada na opinião dos seus pais. O tipo de ferimento denota a punição excessivamente severa, podendo demonstrar evidências de violência sexual; repetidas lesões na pele; fraturas; ferimentos nos ossos longos (observáveis no estudo radiológico) e freqüentemente sofreram ferimentos que não são mencionados no relato dos pais.

MARCOVICH (1985, p. 22-23) retratando as conseqüências da violência física sobre as crianças, afirma que *"(...) são crianças que crescem num mundo de apatia e desconfiança com problemas de aprendizagem na escola, com defeitos de percepção como conseqüência do dano, com um conceito de infravalorização, que não são aceitas, que não são queridas, com um conceito pobre delas mesmas. Tudo isso gera ante a sociedade uma atitude de desconfiança e hostilidade, ficando incapacitadas para estabelecer relações interpessoais e com pouca capacidade para desfrutar a vida. Entre os sintomas psicológicos se encontram, numa grande maioria, a enurese, a hiperatividade, a tartamudez, e o quociente intelectual diminuído, provavelmente, devido às lesões neurológicas secundárias ao dano físico e emocional"*.

A etiologia da violência doméstica contra crianças é discutida por vários estudiosos brasileiros. SANTOS (1991) afirma que a criança vítima da violência doméstica é apenas a ponta do *iceberg*. Na verdade, a família, enquanto conceito e função, está doente. Os fatores estressores que a pressionam transformam suas relações de proteção e amor, em ódio, dor, desafeto, tortura e abandono. O estresse derivado dos fatores sócio-ambientais têm sido associado à ocorrência da violência uma vez que contribui para a descarga dos impulsos agressivos dos adultos contra as crianças, perpetuando uma ação secular entre o mais forte e o mais fraco. GARBARINO & GILIANO (1980); MARQUES (1986); MEYER (1988) e MARQUES et al. (1994) levantaram uma série de fatores facilitadores dessa ação agressiva: a tensão do meio ambiente; a dupla jornada de trabalho; as dificuldades financeiras; os problemas no relacionamento do casal e o envolvimento com drogas e álcool. Apontam, também, para as expectativas e

necessidades de consumo e lazer geradas pelos meios de comunicação de massa que podem desencadear os sentimentos de frustração pelo custo financeiro e emocional de se gerar, ter e criar filhos. Não é incomum que os pais sintam-se lesados pelos sacrifícios que precisam fazer pelos filhos, responsabilizando-os e punindo-os por seus medos, dificuldades e fracassos. No entanto, o baixo status sócio-econômico ou a pobreza não são em si mesmos determinantes da violência contra a criança. A frustração e o estresse gerados por essas condições podem contribuir para o enfraquecimento do auto-controle emocional dos pais emanado nas ações agressivas contra os filhos (MARQUES et al., 1994).

No Brasil, como ocorre em outros países, parece haver uma crença generalizada de que na educação de filhos, o comportamento agressivo é necessário para a formação de cidadãos fortes e respeitáveis e que a surra é prova de amor, justificando-se assim a violência de pais contra filhos. Especialistas brasileiros estão de acordo com a noção de seus congêneres em outros países quanto a que essa é uma epidemia secreta cujo caráter privado parece permitir sua incidência e disseminação (AZEVEDO & GUERRA, 1995). Em resumo, com base em evidências da literatura teórica e empírica, pode-se afirmar que, em grande parte, o comportamento violento de pais contra filhos é transmitido educacionalmente de geração em geração. É culturalmente justificado pelo dever dos pais de educar sem poupar os filhos da punição que, inclusive, é vista como elemento fortalecedor do caráter (BANDURA, 1973; KRINSKY et al., 1985; GARBARINO, 1979; LUNG & DARO, 1996). Por outro lado, reconhece-se que tais conceitos e práticas oferecem sério risco à integridade da criança e da própria sociedade, e além disso, podem criar, intensificar e disseminar comportamentos violentos que excedem o âmbito educacional da família e atingem todo o corpo social. Essas razões são mais do que suficientes para justificar e apontar a alta relevância social de estudos descritivos que possam caracterizar e dimensionar a ocorrência desse problema, bem como de estudos educacionais e clínicos que apontem caminhos de prevenção e tratamento.

OBJETIVOS:

O presente estudo se insere na primeira ótica e tenta levantar, no âmbito de um serviço educacional não governamental brasileiro, um conjunto de indicadores de violência doméstica de pais contra filhos. Paralelamente, para melhorar conta desse objetivo, e também para oferecer uma contribuição metodológica à área, propõe um instrumento estruturado para avaliação de fatores de risco.

CAPÍTULO QUATRO

A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DE PAIS CONTRA FILHOS

É preciso escutar o que uma criança quer nos dizer para poder entendê-la, acompanhá-la e amá-la. É preciso que haja um processo dialético entre adulto e criança.

Guerra & Azevedo (1989)

Este estudo comportou a construção de um instrumento para a identificação de eventos associados à violência física doméstica contra a criança. Por violência física entende-se as ações agressivas que causam danos físicos, tais como espancamentos e queimaduras; a negligência, definida em termos de omissão intencional de cuidados físicos e de saúde e o abandono, significando a entrega da criança a uma instituição de abrigo, outra família ou adulto(s) estranhos(s) à família. Foram considerados como pais, os adultos responsáveis pelo cuidado, o sustento e a proteção da criança nos aspectos físico, social, afetivo e educacional.

O estudo considerou que crianças maltratadas e abuso físico têm sido as expressões que definem com mais propriedade o comportamento violento que se discute na relação de pais contra filhos. Maltratar implica no tratamento violento que inflige dano ou prejuízo a alguém. Abusar retrata o mau uso ou uso errado, excessivo, injusto e exorbitante da força e do poder. Neste estudo, optou-se pelas expressões violência contra a criança, no lugar de maltrato, para configurar o ambiente de poder que circunda a relação parental, e agressão, em lugar de abuso, para caracterizar o uso da força na ação perpetrada. Foram opções de forma, uma

vez que o senso comum parece indicar que, aos falantes brasileiros, os substantivos violência e agressão remetem mais facilmente ao significado de maltrato e abuso que os próprios verbos.

Definiu-se que o estudo seria desenvolvido a partir dos dados coletados junto ao CRAMI - Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância de Piracicaba. Instituição, não governamental, sem fins lucrativos, que visa ao atendimento, apoio, proteção, promoção e acompanhamento de crianças vítimas de violência dos seus pais, bem como a reeducação parental e a reorganização familiar.

Após a análise da literatura disponível, nacional e internacional, num intervalo de tempo correspondente há duas décadas (1970-1990), em busca de um referencial metodológico ao objetivo deste estudo, optou-se pelos trabalhos conduzidos por MILNER et al. (1978, 1979, 1980). A escolha desse referencial foi motivada pelo fato de o mesmo ter sido gerado num contexto de pesquisas realizadas com amostras de vários tamanhos, escolhidas no universo das organizações especializadas no atendimento de casos de violência de pais contra filhos, similares ao ambiente desta investigação. Além disso, cobriu uma considerável variedade de eventos de natureza psicológica, social, econômica, cultural e biológica tanto ligados ao agressor, quanto à vítima. O instrumento desenvolvido por MILNER (1978) foi testado e submetido à prova, em oportunidades distintas, por colaboradores associados ao autor (MILNER & WILLIAMS, 1978; MILNER & WIMBERLEY, 1979; MILNER & AYOUB, 1980) e demonstrou ser eficaz na identificação dos fatores de risco, preditores do comportamento violento parental.

Para os fins propostos, realizou-se a tradução desses critérios (Quadro 1) indicadores do potencial agressivo familiar (MILNER & AYOUB, 1980), com vistas à sua adaptação ao português e a posterior construção de um questionário aplicável aos falantes brasileiros. A partir dessas informações, passou-se a formulação de um questionário preliminar que foi discutido com os especialistas no atendimento às crianças vítimas de violência física dos seus pais.

Observou-se, em primeira instância, que alguns termos usados na versão original, não se aplicavam à maioria dos falantes brasileiros já que eram expressões incomuns ao vocabulário local.

QUADRO 1: Critérios de risco utilizados por MILNER & AYOUB (1980) para o desenvolvimento do Child Abuse Potential - CAP- Inventory

CRITÉRIOS DE RISCO
baixo peso do bebê ao nascimento (2,5 Kg ou menos);
crianças com dificuldades congênitas;
bebês ou crianças com problemas na alimentação;
bebês ou crianças com dificuldades de crescimento;
indisposições físicas da mãe no puerpério;
pais dependentes de álcool ou drogas;
história de doença, morte ou dificuldades de crescimento de outros filhos;
agressões passadas a outros filhos;
negligência passada a outros filhos;
pais adolescentes (17 anos ou menos);
atraso múltiplo no desenvolvimento da criança;
história de violência entre os adultos da casa;
história de atividades ilegais, prisão;
pais com problemas emocionais;
pais culturalmente privados ou atrasados;
crises maritais ou familiares;
história pobre de emprego;
nutrição, higiene e cuidados com a saúde física pobres;
falta de cuidado e acompanhamento medicamentoso;
situação social pobre;
problemas de criação;
negação da gravidez e considerações de abandono;
história infantil dos pais, de agressão;
história infantil dos pais, de negligência.

À expressão “pais culturalmente carentes ou atrasados”, fez-se corresponder uma investigação sobre o nível educacional, ocupacional e econômico que a representavam. À “história pobre de emprego”, correspondeu a análise das duas últimas ocupações desempenhadas pelos responsáveis pela criança. “Bebês ou crianças com dificuldades de crescimento”, e “atrasos múltiplos no desenvolvimento da criança” foram condições agregadas ao levantamento sobre as condições em que

se deu o desenvolvimento físico da vítima.

O questionário resultante dessa análise contemplou os seguintes fatores que após debates com os técnicos especialistas do CRAMI de Piracicaba, foram julgados apropriados como roteiro para a coleta dos dados.

1. Qual o peso da criança ao nascer?
2. A criança tem problemas congênitos?
3. A criança apresenta dificuldades para se alimentar?
4. O desenvolvimento físico está ocorrendo normalmente?
5. A mãe teve algum tipo de problema durante a dieta do pós-parto?
6. Os pais usaram ou usam drogas ou álcool?
7. Os outros filhos têm algum problema físico ou mental?
8. Houve alguma morte na família?
9. Os outros filhos foram agredidos ou negligenciados?
10. Qual a idade dos pais?
11. Os adultos se agridem?
12. Alguém da família já teve algum envolvimento com a polícia?
13. Emocionalmente como são os pais?
14. Qual o nível de escolaridade dos pais?
15. Qual a ocupação dos pais?
16. O casal briga muito?
17. Quais foram os empregos que o casal já teve?
18. Como é a alimentação, a higiene e a saúde dos filhos?
19. Levam as crianças regularmente ao médico, ou os pais, parentes ou vizinhos as medicam?
20. Qual a renda familiar?
21. Enfrentam algum problema para criar filhos?
22. Não queriam ter esses filhos e portanto os rejeitam?
23. Os pais foram espancados e/ou negligenciados na sua infância?

As questões da entrevista foram testadas em oito casos, cujos atos de violência haviam sido notificados ao Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância - CRAMI - de Piracicaba. Estas foram realizadas pela assistente social da Instituição, na sala do departamento técnico, e acompanhadas pela pesquisadora, que foi identificada como psicóloga da Instituição. Constatou-se que eram pessoas pobres, com uma renda mensal igual ou menor, a 3 salários mínimos. Tinham cursado os primeiros anos do ciclo básico escolar e sua idade média era de 30 anos, variando entre 24 anos e 35 anos. Em todos os casos, os agressores foram as mães biológicas das vítimas.

Ao se analisar as informações obtidas, percebeu-se a necessidade de aprimoramento do roteiro para o levantamento dos dados. Supunha-se que, uma vez melhorado, poderia ser utilizado para a coleta dos dados, através da leitura dos arquivos da Instituição, sem a necessidade da presença física do agressor. Isso parecia importante, já que a experiência indicava que, no primeiro momento, a situação criada pela tríade, agressão - denúncia - socorro à vítima, costuma gerar dificuldades peculiares ao acompanhamento inicial do caso, e que tende a ser superada com o seu desenvolvimento.

Por outro lado, conhecendo as dificuldades financeiras e a pequena disponibilidade temporal dos técnicos da Instituição frente ao número de casos notificados, confirmou-se a necessidade de se construir um instrumento que, além de servir aos objetivos deste estudo, facilitasse o trabalho dos técnicos. Desenvolveu-se assim, um formulário que incluía itens que ofereciam indicadores de ordem demográfica e social da vítima, do agressor e da sua família, que não constavam no roteiro original. Também, definiu-se que o pesquisador realizaria, pessoalmente, o levantamento de dados nos arquivos da Instituição. Se fosse necessário complementar ou verificar, tais dados, os técnicos ou o próprio agressor poderiam ser consultados.

Incluídos os itens de natureza demográfica e social, esse roteiro foi testado, com outros oito casos de violência física, sorteados dentre os existentes nos arquivos da Instituição. Os dados obtidos nessas duas etapas foram confrontados com as informações obtidas nos arquivos e nas entrevistas, e depois o material foi discutido e analisado pelos técnicos especialistas, em associação com o pesquisador. Como resultado dessas tarefas, verificou-se que o questionário testado era um instrumento superficial para os objetivos deste estudo e as necessidades da Instituição, e que, além disso, havia pouca concordância entre os resultados que oferecia e os registros dos casos contidos nos arquivos, quer na forma quer no conteúdo.

Decidiu-se, então, tentar construir um formulário que melhor contemplasse o levantamento e a organização das informações nos casos de violência física contra a criança. Seu conteúdo cobriu quesitos derivados do roteiro original e das necessidades institucionais, tais como: a identificação demográfica da vítima, seus pais, seus irmãos, a renda familiar, o tipo de habitação, a situação marital dos pais, o tipo de família e da agressão. Também foram estabelecidos indicadores relativos ao ambiente emocional e relacional entre os envolvidos. Procurou-se, através do levantamento da saúde dos envolvidos (vítima, agressor, irmãos da vítima), a existência de fatores estressores que facilitassem a ação violenta dos pais contra os filhos. Da mesma forma, através das histórias antecedentes de agressão, investigou-se a força dos modelos parentais, que poderiam conduzir aos atos de violência no desempenho parental. Nesse momento, o roteiro teve a seguinte forma e conteúdo:

FORMA PRELIMINAR DO FORMULÁRIO PARA A IDENTIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA FÍSICA DE PAIS CONTRA FILHOS.

A) A vítima:

- 01) Nome:
- 02) Data de nascimento:
- 03) Sexo:
- 04) Raça:
- 05) Escolaridade:
- 06) Rua: nº.
- 07) Bairro:
- 08) Cidade:

B) Os pais:

- 09) Pai:
- 10) Data de nascimento:
- 11) Ocupação:
- 12) Escolaridade:
- 13) Mãe:

14) Data de nascimento:

15) Ocupação:

16) Escolaridade:

C) Os irmãos:

17) Número:

18) Idade de cada um:

19) Sexo de cada um:

20) Escolaridade de cada um:

21) Ocupação de cada um:

D) A renda familiar:

22) Menos de 01 salário mínimo:

23) 01 A 03 salários mínimos:

24) 04 A 05 salários mínimos:

25) 06 A 10 salários mínimos:

26) Mais de 10 salários mínimos:

E) A habitação:

27) Casa:

28) Barraco:

29) Cômodo:

30) Pensão:

31) Hotel:

32) Rua:

33) Cortiço:

34) Própria:

35) Alugada:

36) Alvenaria:

37) Madeira:

F) A situação marital dos pais:

38) Casados:

39) Separados:

40) Desquitados:

41) Divorciados:

42) Amasiados:

- 43) Viúvos:
44) Solteiros:

G) O tipo de família:

- 45) Pai, mãe e filhos:
46) Só mãe e filhos:
47) Só pais e filhos:
48) Mãe, parentes e filhos:
49) Pai, parentes e filhos:
50) Pais, avós e filhos:
51) Mãe, padrasto e filhos:
52) Pai, madrasta e filhos:
53) Mãe, padrasto, filhos e parentes:
54) Pai, madrasta, filhos e parentes:

H) O tipo de violência ocorrida:

- 55) Agressão física:
56) Negligência:
57) Abandono:
58) Violência sexual:

I) Os indicadores de saúde:

- 59) A criança agredida nasceu com 2,5 kg ou menos?
() sim () não
- 60) A criança agredida tem problemas congênitos?
() sim () não
- 61) Quais? () não
- 62) A criança agredida tem problemas para se alimentar?
() sim () não
- 63) Quais? () não
- 64) A criança agredida tem problemas de desenvolvimento físico?
() sim () não
- 65) Quais? () não
- 66) A mãe teve doenças ou indisposições físicas durante a dieta do pós-parto?
() sim () não
- 67) Quais? () não
- 68) A mãe é portadora de alguma doença sexualmente transmissível?
() sim () não
- 69) Quais? () não

- 70) A mãe é portadora de alguma doença ou deficiência?
() sim () não
- 71) Quais?
- 72) A mãe esteve doente durante a gestação da criança agredida?
() sim () não
- 73) Quais?
- 74) O pai é dependente de drogas?
() sim () não
- 75) Quais?
- 76) A mãe é dependente de drogas?
() sim () não
- 77) Quais?
- 78) O pai é alcoólatra?
() sim () não
- 79) A mãe é alcoólatra?
() sim () não
- 80) Algum dos irmãos é ou está doente?
() sim () não
- 81) Quais?
- 82) Diagnóstico:
- 83) Algum dos irmãos morreu?
() sim () não
- 84) Qual?
- 85) Quando?
- 86) De quê?
- 87) Algum dos irmãos tem problemas de desenvolvimento físico?
() sim () não
- 88) Qual?
- 89) Quais?
- 90) Algum dos filhos tem atraso múltiplo no desenvolvimento?
() sim () não
- 91) Quais?

J) A história de agressão da família:

- 92) Algum dos irmãos já foi agredido pelos pais?
() sim () não
- 93) Quais?
- 94) Algum dos irmãos já foi negligenciado pelos pais?
() sim () não
- 95) Quais?
- 96) Algum dos irmãos já foi abandonado pelos pais?
() sim () não
- 97) Quais?
- 98) Algum dos irmãos já sofreu violência sexual dos pais?
() sim () não
- 99) Quais?

- 100) Que tipo?
() sim () não
- 101) Os pais são adolescentes?
() sim () não
- 102) Os adultos da casa se agriem?
() sim () não
- 103) Que tipo de agressão?
- 104) O pai teve problemas com a polícia?
() sim () não
- 105) Quais?
- 106) O pai teve problemas com a justiça?
() sim () não
- 107) Quais/
- 108) A mãe teve problemas com a polícia?
() sim () não
- 109) Quais?
- 110) A mãe teve problemas com a justiça?
() sim () não
- 111) Quais?
- 112) O pai tem problemas emocionais?
() sim () não
- 113) Quais?
- 114) A mãe tem problemas emocionais?
() sim () não
- 115) Quais?
- 116) O pai foi vítima de agressão na sua infância?
() sim () não
- 117) O pai foi vítima de negligência na sua infância?
() sim () não
- 118) O pai foi vítima de abandono na sua infância?
() sim () não
- 119) A mãe foi vítima de agressão na sua infância?
() sim () não
- 120) A mãe foi vítima de negligência na sua infância?
() sim () não
- 121) A mãe foi vítima de abandono na sua infância?
() sim () não

L) Os indicadores sócio-econômicos e educacionais:

- 122) O pai teve sub-emprego?
() sim () não
- 123) O pai tem sub-emprego?
() sim () não
- 124) A mãe teve sub-emprego?
() sim () não
- 125) A mãe tem sub-emprego?
() sim () não

126) Os filhos estão mal nutridos?

☐ sim

☐ não

127) As crianças estão em más condições de higiene?

☐ sim

☐ não

128) Os pais tem cuidados com a saúde dos filhos (vacinas, remédios, assistência médica)?

☐ sim

☐ não

129) Existe falta de cuidado ou de continuidade no uso da prescrição medicamentosa?

☐ sim

☐ não

M) Os indicadores do clima emocional da família:

130) Existem dificuldades no relacionamento familiar?

☐ sim

☐ não

131) O casamento está em crise?

☐ sim

☐ não

132) A situação social da família é de pobreza?

☐ sim

☐ não

133) Os pais consideram que têm problemas de criação dos filhos?

☐ sim

☐ não

134) A gravidez da vítima foi rejeitada?

☐ sim

☐ não

135) O pai já considerou possibilidades de abandonar algum ou todos os filhos?

☐ sim

☐ não

136) Quais?

137) O pai considera possibilidades de abandonar algum ou todos os filhos?

☐ sim

☐ não

138) Quais?

139) A mãe já considerou possibilidades de abandonar algum ou todos os filhos?

☐ sim

☐ não

140) Quais?

141) A mãe considera possibilidades de abandonar algum ou todos os filhos?

☐ sim

☐ não

142) Quais?

Esse material foi submetido a uma nova análise e discussão com os especialistas do CRAMI, que observaram serem necessárias algumas alterações e inclusões, tanto na forma quanto no conteúdo do formulário e atestaram que seus arquivos não continham todas as informações desejadas.

Quanto à forma de coleta de dados, definiu-se que o pesquisador coletaria os dados entrevistando, pessoalmente o agressor, uma vez que esta técnica é mais adequada para a obtenção de respostas em profundidade. Quanto ao conteúdo do instrumento ponderaram que, em relação à categorização demográfica e social do universo a ser pesquisado, o item relativo à habitação deveria incluir a possibilidade de ter sido “invadida ou emprestada”.

Quanto à situação marital, julgaram que os verbetes “desquitados, divorciados ou amasiados” eram irrelevantes, uma vez que se buscava saber se havia um casal, não importando se legalmente constituído.

Sobre o tipo de família, sugeriram as opções: “casal e filhos; só mãe e filhos; só pai e filhos; mãe, padrasto e filhos; pai, madrasta e filhos; família extensa e outros”. Também, chamaram a atenção para o fato de que, nesse roteiro, não havia nenhuma questão que identificasse o agressor.

Expressões como, “problemas congênitos, problemas para se alimentar, problemas no desenvolvimento físico, atraso múltiplo no desenvolvimento, dificuldades no relacionamento familiar, casal em crise, crianças mal nutridas, más condições de higiene e problemas na criação dos filhos”, suscitaram dúvidas e um intenso debate sobre o seu significado. Como esse é um problema central à avaliação comportamental, decidiu-se tentar operacionalizar esses termos.

Dessa forma, os psicólogos e assistentes sociais que trabalhavam na Instituição produziram as seguintes definições: *Problemas congênitos*, são os de saúde física e/ou mental com os quais a criança nasceu, de origem genética, pré-natal ou peri-natal. *Problemas para se alimentar*, são os provocados por dificuldades relacionadas a doenças ou deficiências, como também a recusa da criança em se alimentar e aos comportamentos de birra na hora da alimentação. *Problemas de desenvolvimento físico*, referem-se às dificuldades gerais de atrasos e déficits no crescimento infantil. *Atraso múltiplo no desenvolvimento*, são os que ocorrem no crescimento físico, mental, cognitivo, emocional, sensorial e ósseo. *Dificuldades no relacionamento familiar*, envolvem a qualidade da comunicação verbal e afetiva entre

os membros da família ou entre alguns deles. *Casal em crise*, refere-se às dificuldades de convívio entre os pares, desde que explicita sua eminente separação ou seu desejo de fato. *Crianças mal nutridas*, são portadoras de deficiência nutricional, uma vez que a alimentação oferecida não satisfaz o mínimo necessário para o seu desenvolvimento, colocando em risco sua qualidade e quantidade de vida. O problema se evidencia pela pele quebradiça e sem brilho, palidez e magreza excessiva. A suspeita desse déficit requer, para sua confirmação, a avaliação médica e antropométrica. *Más condições de higiene*, caracteriza-se pela situação que oferece risco à saúde física dos moradores de uma residência, tal como sujeira, insetos, ratos, ausência de esgoto coberto, águas poluídas, alimentos poluídos, consumo de alimentos deteriorados e manuseio inadequado dos alimentos. *Problemas de criação dos filhos*, envolvem os de ordem financeira, os relativos à frustração das expectativas de vida pessoal, a responsabilização da criança pela perda da liberdade pessoal, expectativas irreais quanto aos filhos, o uso abusivo de autoridade ou a ausência de limites no exercício parental.

Procurando uniformizar a compreensão dos tipos de família, resolveu-se adotar a divisão didática oferecida por MINUCHIN (1982) que as categoriza em três modelos relacionais. O primeiro seria a *família ampla*, freqüentemente encontrada nos grupos debilitados pela pobreza, onde as funções de cada membro são compartilhadas por todos os adultos. O companheirismo e as múltiplas fontes de apoio e ajuda, tornam esse tipo de relação a única possível para sua convivência e subsistência. O segundo seria a *família com um filho a quem é delegado o poder parental*. Segundo o autor, esse é um arranjo natural em proles numerosas com apenas um dos pais, e mesmo com ambos, mas que permanecem grande parte do tempo ausentes. Aqui, os filhos mais jovens são cuidados pelo filho parental que desenvolve um comportamento de responsabilidade, competência e autonomia inapropriados para sua idade cronológica. Por último, considera a *família em transição*, referente aos casos de separação do casal, sua re-união ou uma nova união, determinando um conjunto de adaptações nos papéis e funções que devem ser negociadas entre todos os envolvidos.

Após esses arranjos, o formulário foi novamente analisado e avaliado em sua totalidade pela autora e os especialistas no trato da violência doméstica contra crianças. Essa análise conduziu à decisão de se definir critérios relativos à frequência e gravidade dos fatos que se propunha conhecer. A literatura foi novamente consultada, quando se observou que alguns adjetivos utilizados nesse formulário, mudavam sua conceituação conforme o autor e o contexto do estudo e que, assim, parecia difícil adotar quaisquer critérios. Em busca de maior confiabilidade e adequação ao contexto brasileiro, foi tomada nova decisão quanto à operacionalização dos termos relativos à frequência e gravidade.

Para tanto, foram convidados especialistas médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, fisioterapeutas, pedagogos, técnicos no acompanhamento à deficiência física e mental, drogadicção e alcoolismo. Também foi consultado um representante do Ministério Público e um da Polícia Civil e, de novo, os especialistas do serviço de atendimento a episódios de violência de pais contra filhos.

Para a definição de saúde e seu comprometimento, a categorização de gravidade foi estabelecida por profissional da área médica, o qual considerou como indicador básico para a saúde os indivíduos que estejam qualitativamente equilibrados do ponto de vista clínico, laboratorial e cronológico. Para a ausência de saúde, indicou a presença de doenças debilitantes e restritivas que impeçam a normalidade da sua vida. Sua classificação de qualidade ficou estabelecida como mostra o Quadro 2.

QUADRO 2: Categorização de qualidade da saúde.

SAÚDE	
Extremamente Deficiente	Portador de doença grave de base ou doença debilitante e restritiva, por exemplo: insuficiência cardíaca congênita (dos dois lados do coração) ou AVC (acidente vascular cerebral).
Deficiente	Portador de doença grave de base, mas que não é tão debilitante e restritiva, por exemplo: isquemia cerebral transitória (é quando falta oxigenação ao cérebro por 1 ou 2 minutos consecutivos).
Regular	Apresenta doença grave mas com resolução, por exemplo: neoplasia operável (é um câncer que submetido ao ato cirúrgico tem resolução satisfatória).
Boa	Apresenta patologias corriqueiras, mas está clinicamente bem, por exemplo, gripe.
Excelente	Apresenta-se clínica, laboratorial e cronologicamente bem (uma pessoa de 80 anos, não tem os mesmos referenciais de saúde que um jovem de 20 anos).

Os critérios para a qualidade dos cuidados com a saúde foram operacionalizados por uma enfermeira habilitada. Considerou para tal, a procura de assistência médica para a manutenção da qualidade de vida e o seguimento da prescrição medicamentosa e terapêutica (Quadro 3).

QUADRO 3: Classificação de qualidade para os cuidados com a saúde.

CUIDADOS COM SAÚDE	
Extremamente deficiente	Não procura assistência médica em hipótese alguma.
Deficiente	Procura assistência médica em algumas ocasiões devido à dor, mas sem consciência do fato (vai ao médico porque alguém falou que deveria ir). Não segue a medicação ou a orientação prescrita.
Regular	Tem alguma consciência da importância da assistência médica, mas quando procura não segue a medicação devidamente. Comumente para de tomar o remédio assim que melhoram os sintomas.
Boa	Tem consciência da importância da assistência médica. Procura o profissional sempre que necessário e segue 90% das suas recomendações, no entanto, não com a regularidade indicada ao problema.
Excelente	Vai regularmente (em geral uma avaliação por ano) ao médico e segue rigorosamente suas determinações e recomendações. Mantém a periodicidade ideal no acompanhamento da qualidade da sua saúde, seguindo 100% das orientações clínicas.

Para problema congênito, um médico pediatra com especialização em neonatologia definiu o critério básico, como relativo ao comprometimento vital da patologia. Considera sua graduação desde o que impede a vida até o que nada interfere na sua continuidade, passando por patologias que exigem intervenção cirúrgica e medicamentosa com risco de vida, até o cuidado medicamentoso que garante sua qualidade (Quadro 4).

QUADRO 4: Gravidade do problema congênito.

PROBLEMAS CONGÊNITOS	
Gravíssimo	Em, aproximadamente, 90% dos casos não há sobrevivência, caracterizando o alto risco de vida. Por exemplo, <i>genesia pulmonar</i> (ausência de um dos pulmões).
Muito Grave	Em, aproximadamente, 60% dos casos o risco de sobrevivência é sério e, quando é mantida, sua qualidade sofre muitas restrições. Por exemplo, <i>tetralogia de Fallot</i> (patologia cardíaca).
Grave	O risco de vida é de, aproximadamente, 40%, sendo corrigido por cirurgia e tratamento medicamentoso. Por exemplo, <i>mielomeningocele</i> (abertura do canal da medula, sendo que há vazamento do líquido).
Leve	O risco de vida é pequeno, os problemas corrigidos cirurgicamente ou medicamentosamente, e a qualidade de vida não sofre restrições severas. Por exemplo, <i>PCA</i> (persistência do canal arterial, é uma cardiopatia).
Insignificante	Não há risco de vida, e em geral o problema não ocasiona restrições na qualidade de vida. Por exemplo, <i>polidactilia</i> (um dedo a mais).

Problemas de comportamento na infância foram caracterizados pelo psicólogo. Seu critério básico focalizou a funcionalidade e adequação do comportamento para a boa qualidade de vida emocional e psicológica. Envolve o grau de comprometimento na adaptação e qualidade relacional, bem como as possibilidades de interação e aprendizagem que cercam a vida de qualquer pessoa (Quadro 5).

QUADRO 5: Gravidade dos problemas de comportamento.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	
Gravíssimo	Rejeição materna, desejos de suicídio, apatia, comportamentos auto-destrutivos, medos, não querer crescer, auto-rejeição, abandono.
Muito Grave	Rejeição paterna, não aceitação do próprio sexo, baixo auto-conceito, baixa auto-estima, enurese, encoprese, terror noturno, sensualidade precoce.
Grave	Roubo, insegurança, dificuldades na interação social, comer em excesso, falta de hábitos de estudo, gagueira, tiques, inveja, agressão, sonolência, negativismo, desobediência.
Leve	Mentira, birra, ciúmes.
Insignificante	Ausência de problemas.

Os critérios e a categorização para os problemas em se alimentar foram estabelecidos por uma enfermeira habilitada, que o definiu como os impedimentos e dificuldades para a ingestão e metabolização dos alimentos, quer por via oral, quer parenteral. A variação ficou estabelecida pela reversibilidade do quadro e a atenção exigida para tal, sem deixar de observar o comprometimento na manutenção da vida (Quadro 6).

QUADRO 6: Gravidade dos problemas para se alimentar.

PROBLEMAS PARA SE ALIMENTAR	
Gravíssimo	Doenças em fase terminal (câncer, AIDS).
Muito Grave	Coma, estado de choque.
Grave	Cirurgias do estômago, AVC (acidente vascular cerebral).
Leve	Cesarianas, cirurgias da próstata, amigdalite, inflamação na garganta.
Insignificante	Birra, fraturas, inapetência, negação em se alimentar.

Um nutricionista analisou a questão relativa aos problemas de nutrição. Definiu que o critério básico é a qualidade nutricional para a vida,

implicando na saúde orgânica e psicológica de boa qualidade. Sua variação se dá desde a ausência de alimentação e nutrição, independentemente do motivo, até a qualidade da dieta nutricional (Quadro 7).

QUADRO 7: Qualidade da nutrição.

PROBLEMAS DE NUTRIÇÃO	
Extremamente deficiente	Anorexia. Não come (independentemente de motivos financeiros, físicos ou psicológicos).
Deficiente	Dieta alimentar incorreta. Come 70% de coisas com pouco valor nutritivo, conhecidas como <i>bobagens</i> , e 30% de alimentos nutritivos.
Regular	Dieta balanceada: 50% de alimentos nutritivos e 50% de <i>bobagens</i> (esta é a alimentação da grande maioria dos brasileiros).
Boa	70% de alimentos nutritivos e 30% de <i>bobagens</i> . Normalmente é orientada por nutricionista em resposta à busca de reeducação alimentar.
Excelente	Nutrição balanceada de acordo com as necessidades e o metabolismo individual (normalmente, é orientada por médico e nutricionista).

A questão da higiene foi discutida pela enfermeira habilitada juntamente com uma assistente social. Definiram que o critério básico é o banho, seguido dos cuidados de limpeza das mãos e pés (unhas), cabelos, dentes e vestimentas (Quadro 8).

QUADRO 8: Qualidade dos cuidados com a higiene.

CUIDADOS COM A HIGIENE	
Extremamente deficiente	Não toma banho, unhas das mãos e dos pés cumpridas e sujas, cabelos sem corte e sujos, dentes em estado de precariedade, roupas sujas, cheiro ruim, grande incidência de doenças do aparelho reprodutor.
Deficiente	Banho uma vez por semana, cheiro característico, cabelo sujo, pés sujos, unhas das mãos sujas.
Regular	Toma banho duas a três vezes por semana, dentes razoáveis (têm poucas cáries), cabelos cortados e relativamente limpos, não tem roupas asseadas (usa a mesma roupa por três ou quatro dias consecutivos).
Boa	Toma banho quatro a cinco vezes por semana, cabelos limpos, unhas cortadas e limpas das mãos e dos pés, dentes bons (não acumula cáries, procura assistência odontológica), não tem cuidados regulares com as roupas (usa a mesma roupa por dois dias consecutivos).
Excelente	Toma banho diariamente e mantém a higiene do corpo e das roupas adequadamente, lava roupas com água limpa, procura assistência médica e odontológica regularmente (a cada seis meses).

Os critérios e a categorização para a qualidade da saúde da mãe durante a gestação foram estabelecidos por um médico ginecologista-obstetra. A boa qualidade da saúde durante a gestação envolve a ausência de doenças terminais,

debilitantes e venéreas, além da presença de uma boa dieta nutricional, higiene e freqüência regular ao acompanhamento médico pré-natal (Quadro 9).

QUADRO 9: Qualidade da saúde da mãe durante a gestação.

SAÚDE DA MÃE DURANTE A GESTAÇÃO	
Extremamente deficiente	Risco de vida alto (aproximadamente 80%), não freqüenta o pré-natal, não tem cuidado com a sua higiene pessoal. Por exemplo, mãe portadora de desnutrição grave e severa, portadora de câncer, AIDS etc.
Deficiente	Risco de vida médio (aproximadamente 60%), freqüenta 30% do pré-natal, não tem constância no seguimento da prescrição medicamentosa. Por exemplo, talassemia, hipertensão, cardiopatia descompensada.
Regular	Risco de vida diretamente relacionado ao seguimento da prescrição medicamentosa e cuidados cotidianos, freqüenta 50% do pré-natal. Por exemplo, diabetes clínica anterior à gestação.
Boa	Freqüenta 80% do pré-natal, tem boa nutrição e higiene.
Excelente	Não tem nenhuma alteração orgânica, tem boa nutrição, freqüenta 100% do pré-natal.

O mesmo profissional discutiu a saúde da mãe durante o puerpério. Estabeleceu seu critério básico como a ausência de infecções puerperais somada à nutrição e higiene adequadas (Quadro 10).

QUADRO 10: Qualidade da saúde da mãe durante o puerpério.

SAÚDE DA MÃE DURANTE O PUERPÉRIO	
Extremamente deficiente	Infecção puerperal severa, não tem hábitos de higiene, não se alimenta adequadamente às necessidades dessa fase.
Deficiente	Má nutrição (come 70% de bobagens), dificuldade para amamentação, dificuldades para a normalização metabólica e estética, toma banho duas a três vezes por semana.
Regular	Nutrição regular (come 50% de bobagens), têm dificuldades iniciais na amamentação, sua normalização e estética é lenta mas progressiva, toma banho quatro a cinco vezes por semana.
Boa	Nutrição e higiene boas. Qualquer alteração orgânica não terá complicações.
Excelente	Ausência de infecções. Nenhuma alteração orgânica. Boa saúde física e mental durante o puerpério. Boa nutrição.

Os indicadores para a freqüência das agressões foram estabelecidos pelos técnicos de atendimento aos casos de violência do CRAMI de Piracicaba, correlacionados aos indicados na literatura especializada (WALKER et al. 1988). Seu

critério básico foi o número de eventos médios que acometem uma vítima durante um ano (Quadro 11).

QUADRO 11: Indicadores de frequência para as agressões.

FREQÜÊNCIA DAS AGRESSÕES	
Nunca	Um evento isolado durante um ano.
Raramente	Dois a três eventos durante um ano.
Às vezes	Quatro a cinco eventos durante um ano.
Com frequência	Seis a dez eventos durante um ano.
Muito frequentemente	Mais que dez eventos durante um ano.

A mesma estratégia foi utilizada para definir a severidade das agressões, que se focalizou na gravidade, reversibilidade e localização da lesão corporal decorrente da ação violenta (Quadro 12).

QUADRO 12: Indicadores da gravidade das agressões.

GRAVIDADE DAS AGRESSÕES	
Gravíssima	Quando há lesão cerebral, óssea, sensorial e/ou de órgãos vitais (pulmão, fígado e rim) irreversíveis.
Muito Grave	Quando há lesão cerebral, óssea, sensorial e/ou de órgãos vitais, mas reversível.
Grave	Quando há lesão óssea reversível e hematomas profundos generalizados.
Leve	Quando há hematomas de profundidade média concentrados nas pernas, nádegas e costas.
Insignificante	Quando há de um a três hematomas superficiais caracterizados por marca típica (mão, cinto) na região das pernas, nádegas ou braços.

Um fisioterapeuta estabeleceu (Quadro 13) que a deficiência física implica no grau de dependência e limitação de vida doméstica, profissional e social que vitimiza uma pessoa nas suas atividades de vida diária (AVD) e na sua percepção sensorial (audição, visão, fala, tato e dor).

QUADRO 13: Indicadores de gravidade da deficiência física.

DEFICIÊNCIA FÍSICA	
Gravíssima	Quando perde todos os AVD (atividades de vida diária) e tem partes sensoriais afetadas (audição, visão, fala, tato e dor).
Muito Grave	Quando perde todos os AVD (atividades de vida diária) mas não tem partes sensoriais afetadas.
Grave	Quando tem restrições sensoriais e perde alguns AVD, necessitando de ajuda constante, em 50% das atividades cotidianas.
Leve	Tem limitações que dificultam a realização dos AVD necessários à sobrevivência básica, necessitando de ajuda regular, em 30% das atividades.
Insignificante	É limitada na realização de alguns AVD, mas não o suficiente para restringir a sua rotina doméstica, de trabalho e social, necessita de ajuda esporádica, em 20% das atividades, no máximo.

O problema da deficiência mental foi estabelecido pela equipe técnica da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de Piracicaba, determinando como seus indicadores de gravidade a dependência total e parcial nos AVD (atividades de vida diária), AVP (atividades de vida prática), bem como a variação na capacidade de assimilação e acompanhamento em programas de alfabetização (Quadro 14).

QUADRO 14: Indicadores de gravidade da deficiência mental.

DEFICIÊNCIA MENTAL	
Gravíssima	Deficiência severa, total dependência para AVD (atividades de vida diária) e AVP (atividades de vida prática).
Muito Grave	Deficiência treinável. São capazes de realizar atividades de AVD e AVP e adquirir noções básicas na área pedagógica.
Grave	Deficiência educável. Indivíduo com capacidade de acompanhar programas especiais de alfabetização.
Leve	Indivíduo com capacidade para a alfabetização e o ingresso nas classes especiais da rede formal de ensino.
Insignificante	Indivíduo com dificuldades cognitivas de aprendizagem, necessitando, para o seu suprimento, do acompanhamento psico-pedagógico especializado.

Para a internação psiquiátrica foi consultado um médico psiquiatra que definiu o critério para esta ação clínica como, o sofrimento comportamental, vivencial e relacional que acomete um indivíduo e suas relações consigo e com o ambiente que o cerca (Quadro 15).

QUADRO 15: Indicadores para a gravidade da internação psiquiátrica.

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	
Gravíssimo	Devido ao sofrimento comportamental e vivencial, atacou gravemente, podendo, inclusive, ter matado membros da família ou pessoas que o cercavam.
Muito Grave	Devido ao sofrimento comportamental e vivencial, há possibilidade de causar dano a si mesmo e ao ambiente que o cerca.
Grave	Sofrimento comportamental e vivencial, levando a segregação social e auto-anulação.
Leve	Sofrimento comportamental e vivencial, levando a um estado depressivo, ativo ou passivo, que na verdade não necessitaria de internação, mas sim de tratamento ambulatorial.
Insignificante	Sofrimento comportamental e vivencial, derivado de uma situação atípica de estresse, cuja internação tem o caráter de recuperação do equilíbrio físico e emocional.

Psiquiatra e psicólogo estabeleceram que o tratamento psiquiátrico e psicológico é derivado do sofrimento comportamental, vivencial, relacional e emocional que vitimiza um indivíduo em suas relações afetivas e sociais adequadas, tanto em relação a si mesmo quanto aos seus grupos de referência (Quadro 16).

QUADRO 16: Indicadores de gravidade para o tratamento psiquiátrico ou psicológico.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO OU PSICOLÓGICO	
Gravíssimo	Em casos onde devido à problemática emocional, comportamental e/ou vivencial o indivíduo coloca em grave e iminente risco a vida dos que o cercam, além da sua própria vida.
Muito Grave	A problemática comportamental e/ou vivencial determina dano ao ambiente que o cerca, atitudes de auto-agressão e isolamento.
Grave	A problemática comportamental determina a segregação e a auto-anulação.
Leve	A problemática comportamental e/ou vivencial determina o sofrimento emocional, sem contudo, fazer com que o indivíduo perca suas referências vitais e do grupo afetivo.
Insignificante	A problemática comportamental e/ou vivencial determina restrições à qualidade de vida emocional, sem contudo, haver sofrimento ou perda das referências vitais e do grupo afetivo.

Para a caracterização da dependência de drogas foi consultada a Associação dos Narcóticos Anônimos que definiu que o drogadicto se diferencia do usuário ocasional pela frequência e necessidade da droga. Chamam atenção para que não se considere a qualidade química da droga, mas sim a quantidade e o limite relacional e vital que seu uso impõem ao drogadicto (Quadro 17).

QUADRO 17: Indicadores de gravidade da dependência de drogas

DEPENDÊNCIA DE DROGAS	
Gravíssimo	Droga-se a cada 4 horas ou 6 horas, compulsiva e progressivamente.
Muito Grave	Droga-se a maior parte dos dias progressivamente e tendendo à compulsividade.
Grave	Droga-se aos finais de semana progressivamente.
Leve	Droga-se em todas as oportunidades festivas.
Insignificante	Droga-se ocasionalmente em uma reunião festiva.

Da mesma forma, para o estabelecimento do critério que caracteriza a dependência de álcool, a Associação dos Alcoólicos Anônimos estabeleceu que a dependência está associada ao grau de tolerância e à necessidade crescente e compulsiva do seu uso (Quadro 18).

QUADRO 18: Indicadores de gravidade do alcoolismo.

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	
Gravíssimo	Crônico: bebe todos os dias compulsiva e progressivamente.
Muito Grave	Habitual: bebe a maior parte dos dias progressivamente e tendendo à compulsividade.
Grave	Social: bebe demasiadamente em todas as oportunidades festivas.
Leve	Ocasional: bebe demasiadamente em uma ou outra reunião festiva.
Insignificante	Normal: bebe em reuniões festivas ou ocasionalmente no limite ditado pela sobriedade.

Problemas com a justiça e com a polícia foram categorizados por um Promotor Público da Vara Criminal e um Delegado da Polícia Civil. Definiram como

critério para esta condição, a qualidade do crime cometido e o número de ocorrências durante um ano (Quadro 19).

QUADRO 19: Indicadores de freqüência para os problemas com a polícia ou com a justiça.

PROBLEMAS COM A POLÍCIA E COM A JUSTIÇA	
Nunca	Um problema cível em um ano. Por exemplo: separação, ação de despejo.
Raramente	Duas ações cíveis em um ano.
Às vezes	Uma ocorrência criminal em um ano.
Com freqüência	De 2 a 5 ocorrências criminais em um ano.
Muito freqüentemente	Mais que 5 ocorrências criminais em um ano.

Foi consultada uma assistente social para a definição da situação social. Considerou como parâmetros, a administração da renda e a utilização dos recursos comunitários para a manutenção da qualidade de vida básica (Quadro 20).

QUADRO 20: Categorização da situação social.

SITUAÇÃO SOCIAL	
Indigência	É a situação de acomodação, ou seja, poucos recursos financeiros (em geral menos que metade de um salário mínimo mensal) e a não utilização dos recursos comunitários, derivando numa qualidade de vida precária e sofrível.
Extrema Pobreza	1 a 3 salários mínimos mensais. Pouca utilização dos recursos comunitários. Habitação em mau estado de higiene e limpeza.
Pobreza	Mais que 3 salários mínimos mensais a 5 salários mínimos mensais. Utilização adequada dos recursos comunitários. Habitação em bom estado de higiene e limpeza. Motivação para a educação formal. Motivação para a busca de melhor situação social.
Média	Mais que 5 salários mínimos mensais a 10 salários mínimos mensais. Boa utilização dos recursos comunitários. Habitação de boa qualidade. Envolvimento ativo com a educação formal.
Boa	Mais que 10 salários mínimos mensais. Conhecimentos dos recursos comunitários, apesar de pouca ou nenhuma necessidade de utilização.

Os conceitos, critérios e categorias operacionalizados, foram submetidos à análise por técnicos especialistas no atendimento à violência de pais contra filhos, um pesquisador treinado e o autor deste estudo, tendo sido considerado adequado aos fins a que se destinava. Conseqüentemente a esta etapa, o instrumento de pesquisa consolidou-se no seguinte inventário escalar nominal e ordinal:

INVENTÁRIO DE RISCO ASSOCIADO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS

A VÍTIMA

- 01. Número do registro do caso na Instituição:
- 02. Idade:
- 03. Sexo:
- 04. Raça:
- 05. Escolaridade:

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA VÍTIMA:

- 06. Peso ao nascimento:
- 07. A vítima nasceu com algum problema?

() sim
() não
- 08. Qual?
- 09. Esse problema é:

() gravíssimo
() muito grave
() grave

() leve
() insignificante
- 10. A vítima tem algum problema de comportamento?

() sim
() não
- 11. Qual?
- 12. Esse problema é:

() gravíssimo
() muito grave
() grave

() leve
() insignificante
- 13. A vítima tem algum problema para se alimentar?

() sim
() não
- 14. Qual?

15. Esse problema é:
☐ gravíssimo ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
16. A nutrição da vítima é:
☐ extremamente deficiente ☐ deficiente
☐ regular ☐ boa ☐ excelente
17. A higiene da vítima é:
☐ extremamente deficiente ☐ deficiente
☐ regular ☐ boa ☐ excelente
18. A saúde da vítima é:
☐ extremamente deficiente ☐ deficiente
☐ regular ☐ boa ☐ excelente
19. Os cuidados que a vítima recebe quanto à saúde são:
☐ extremamente deficientes ☐ deficientes
☐ regulares ☐ bons ☐ excelentes

HISTÓRIA ANTERIOR DE VIOLÊNCIA DA VÍTIMA:

20. A mãe teve problemas de saúde durante a gestação?
☐ sim ☐ não
21. Qual?
22. A saúde da mãe durante a gestação foi:
☐ extremamente deficiente ☐ deficiente
☐ regular ☐ boa ☐ excelente
23. A mãe teve problemas de saúde durante o puerpério?
☐ sim ☐ não
24. Qual?
25. A saúde da mãe durante o puerpério foi:
☐ extremamente deficiente ☐ deficiente
☐ regular ☐ boa ☐ excelente
26. A mãe rejeitou a gravidez da vítima?
☐ sim ☐ não
27. Houve desejo de abandonar a vítima?
☐ sim ☐ não
28. Por quem?
29. Houve negligência nos cuidados à vítima?
☐ sim ☐ não

A VIOLÊNCIA:

30. Tipo:
☐ agressão física ☐ negligência
☐ abandono ☐ agressão sexual

31. Com que frequência a vítima é agredida?
☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ muito frequentemente
32. As agressões são:
☐ gravíssimas ☐ muito graves ☐ graves
☐ leves ☐ insignificantes

O AGRESSOR

33. Idade:
 34. Sexo:
 35. Raça:
 36. Escolaridade:
 37. Ocupação:
 38. Situação trabalhista:
☐ com registro ☐ sem registro
39. Origem geográfica:
☐ rural ☐ urbana
☐ migrante outra cidade/mesmo estado ☐ migrante outro estado
40. Relação de parentesco com a vítima:

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DO AGRESSOR:

41. O agressor tem problemas de saúde?
☐ sim ☐ não
42. Qual?
43. A saúde do agressor é:
☐ extremamente deficiente ☐ deficiente
☐ regular ☐ boa ☐ excelente
44. O agressor tem deficiência física?
☐ sim ☐ não
45. Qual?
46. Essa deficiência é:
☐ gravíssima ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
47. O agressor tem deficiência mental?
☐ sim ☐ não
48. Essa deficiência é:
☐ gravíssima ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
49. O agressor já esteve internado em hospital psiquiátrico?
☐ sim ☐ não
50. Por quê?

51. Esse problema é:
☐ gravíssima ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
52. O agressor está em tratamento psiquiátrico ou psicológico?
☐ sim ☐ não
53. Por quê?
54. Esse problema é:
☐ gravíssimo ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
55. O agressor é dependente de drogas?
☐ sim ☐ não
56. Qual?
57. O grau de dependência é:
☐ gravíssima ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
58. O agressor é alcoólatra?
☐ sim ☐ não
59. O grau de dependência é:
☐ gravíssima ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
60. O agressor já teve problemas com a polícia ou com a justiça?
☐ sim ☐ não
61. Esse problema acontece:
☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ muito frequentemente
62. O agressor está passando por alguma situação difícil em sua vida?
☐ sim ☐ não
63. Qual?
64. O agressor perdeu alguém importante (por morte ou abandono) durante a gestação da vítima?
☐ sim ☐ não
65. O agressor perdeu alguém importante (por morte ou abandono) durante o puerpério da vítima?
☐ sim ☐ não

HISTÓRIA INFANTIL DE VIOLÊNCIA DO AGRESSOR:

66. O agressor viveu em Instituição na sua infância?
() sim () não
67. Por quanto tempo?
68. O agressor viveu em família substituta na sua infância?
() sim () não
69. Por quanto tempo?
70. O agressor sofreu violência na sua infância?
() sim () não

71. De que tipo?

☐ agressão física

☐ negligência

☐ abandono

☐ agressão sexual

72. A violência ocorria:

☐ nunca

☐ raramente

☐ às vezes

☐ com frequência

☐ muito frequentemente

73. Por quem?

74. Essa violência era:

☐ gravíssima

☐ muito grave

☐ grave

☐ leve

☐ insignificante

A FAMÍLIA DA VÍTIMA

75. Tipo de família:

76. A situação marital do casal:

77. A idade de todas as crianças da família:

78. A situação social da família é:

☐ indigência

☐ extrema pobreza

☐ pobreza

☐ média

☐ boa

79. A renda familiar é:

80. Em que tipo de casa a família mora?

81. A casa tem:

☐ água encanada

☐ luz elétrica

☐ esgoto coberto

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DOS IRMÃOS DA VÍTIMA:

82. Os irmãos da vítima têm problemas de saúde?

☐ sim

☐ não

83. Qual?

84. A saúde dos irmãos da vítima é:

☐ extremamente deficiente

☐ deficiente

☐ regular

☐ boa

☐ excelente

85. Algum dos irmãos da vítima é deficiente físico?

☐ sim

☐ não

86. Como?

87. Quem?

88. Essa deficiência é:

☐ gravíssima

☐ muito grave

☐ grave

☐ leve

☐ insignificante

89. Algum dos irmãos da vítima é deficiente mental?

☐ sim

☐ não

90. Como?

91. Quem?

92. Essa deficiência é:
☐ gravíssima ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
93. Algum dos irmãos da vítima tem problemas psiquiátricos ou psicológicos?
☐ sim ☐ não
94. Qual?
95. Esse problema é:
☐ gravíssimo ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
96. Algum dos irmãos da vítima é dependente de drogas?
☐ sim ☐ não
97. Qual?
98. Essa dependência é:
☐ gravíssima ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
99. Algum dos irmãos da vítima tem problemas de comportamento?
☐ sim ☐ não
100. Qual?
101. Esse problema é:
☐ gravíssimo ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante
102. A nutrição dos irmãos da vítima é:
☐ extremamente deficiente ☐ deficiente
☐ regular ☐ boa ☐ excelente
103. A higiene dos irmãos da vítima é:
☐ extremamente deficiente ☐ deficiente
☐ regular ☐ boa ☐ excelente
104. Os irmãos da vítima recebem cuidados gerais quanto à saúde?
☐ sim ☐ não
105. Esses cuidados são:
☐ extremamente deficientes ☐ deficientes
☐ regulares ☐ bons ☐ excelentes

HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA DOS IRMÃOS:

106. Algum dos irmãos já foi agredido?
☐ sim ☐ não
107. Que tipo?
☐ agressão física ☐ negligência
☐ abandono ☐ violência sexual
108. Por quem?
109. Com que frequência?
☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ muito frequentemente
110. A violência foi:
☐ gravíssima ☐ muito grave ☐ grave
☐ leve ☐ insignificante

HISTÓRIA INFANTIL DE VIOLÊNCIA DO CÔNJUGE NÃO AGRESSOR:

111. O cônjuge não agressor foi vítima de violência na sua infância?
() sim () não
112. Que tipo?
() agressão física () negligência
() abandono () violência sexual
113. Com que frequência ocorria a violência?
() nunca () raramente () às vezes
() com frequência () muito frequentemente
114. A violência foi:
() gravíssima () muito grave () grave
() leve () insignificante

O formato acima apresentado foi considerado como produto final para efeito deste trabalho. Assim foi planejado o seu primeiro teste, cujo resultado aparecerá no próximo capítulo.

Como se viu, o instrumento construído contém um grande número de indicadores que caracterizam cada uma das situações propostas, tendo em sua forma final, 114 itens. Cuidou-se para que as questões, que inicialmente eram dicotômicas, fossem analisadas mediante escalas ordinais de frequência ou gravidade, a fim de melhor caracterizar as respostas a serem obtidas e de evitar que os valores pessoais do pesquisador interferissem na coleta de dados.

Todos os itens que ancoraram as escalas ordinais foram operacionalizados, discutidos e analisados por especialistas em violência, juntamente com os técnicos treinados em cada uma das áreas investigadas e o autor deste estudo. Além disso, foram submetidos à avaliação de um pesquisador treinado. Em todos os casos o objetivo foi o de construir indicadores claros e objetivos, baseados na experiência e formação dos especialistas que tratam desses casos corroborando-os aos dispostos na literatura.

À luz da literatura especializada na área, o instrumento foi construído para levantar e organizar os dados etiológicos do comportamento violento, sugerindo uma forma de ordenamento das informações que contribuam ao melhor delineamento das ações diagnósticas, programas de intervenção e de controle do recidivismo.

Desta forma, ao se propor a organização das informações nas dimensões da vítima e sua família, buscou-se o reconhecimento dos fatores individuais e do ambiente familiar na perpetração da agressão. Igualmente, ao serem dispostas na dimensão do agressor e sua história infantil, procurou-se a identificação dos modelos familiares, enquanto estímulos vicários na reprodução social do comportamento violento.

Uma vez que a literatura especializada aponta causas de natureza física, psicológica e social, como precipitadoras da violência de pais contra filhos (McRAE, FERGUNSON & LEDERMAN, 1973; HELFER, 1973; GREEN, 1976 e WALKER et al., 1988), seja pelo estresse que ocasionam ou pela frustração nas expectativas parentais, as mesmas questões foram propostas, ampliando-as também aos irmãos da vítima. Também foram contemplados questionamentos que investigassem a influência dos valores sociais, da história passada da família e das suas variáveis socio-culturais, como parte do comportamento agressivo.

O estresse associado aos problemas físicos, psicológicos e sociais, apontado como precipitador e facilitador da agressão parental (BELSKY, 1980; WALKER et al., 1988; CORSI, 1992; MARQUES et al., 1994; AZEVEDO & GUERRA, 1995) foi atendido pela investigação da saúde, da ocorrência de problemas de deficiência física e mental, internação e tratamento psiquiátrico ou psicológico, dependência de álcool e drogas, problemas com a polícia, justiça e situações de crise.

CORSI (1992) afirmou que não há apenas um motivo, mas uma combinação de condições e fatores, que permitem explicar a violência doméstica. Estas incluem a história de agressão do adulto na família de origem, os seus

sentimentos de baixa auto-estima expressos na necessidade de controle sobre o outro. Geralmente, tais fatos, são desencadeados por crises relacionadas a situações familiares, contrariedades ocupacionais e/ou econômicas, frustração, doenças além de outras que causem dano à auto-estima do adulto (LANGHINRICHSSEN-ROHLING & NEIDIG, 1995).

Diante desses fatos, o instrumento procura contribuir para que os dados sejam levantados e organizados, sistematicamente, possibilitando também que sejam agrupados frente aos grupos de variáveis que o influenciam (WITT, 1987). Nesse sentido, os fatores ontogenéticos, encontram-se no questionamento dos aspectos individuais das vítimas e dos agressores; o micro-sistema é focalizado no conhecimento do sistema familiar; o ambiente, está figurado no reconhecimento da inserção familiar na comunidade da qual é parte; e o macro-sistema, encontra-se identificado na investigação dos fatores socio-demográficos.

O instrumento construído propõe um caminho para o ordenamento dos dados e informações relativos aos casos de violência física doméstica contra crianças. Também sugere formas para a organização dos dados numa seqüência histórica, temporal e/ou situacional, possibilitando que sejam arranjados frente às condições que o antecederam, o envolveram e às que o desencadearam. Acredita-se que, com esta disposição, o instrumento possa ser útil ao atendimento dos casos de violência doméstica e ao delineamento de estratégias para lidar com eles a partir da melhor compreensão de seus determinantes.

CAPÍTULO CINCO

LEVANTAMENTO DE DADOS ATRAVÉS DO INVENTÁRIO DE RISCO ASSOCIADO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Constituição da República Federativa do Brasil, Capítulo VII, Art. 227, p. 148, Brasília, 1988.

Este estudo utilizou o Inventário de Risco Associado à Violência Doméstica Contra a Criança, como roteiro para o conhecimento, dos elementos de risco nas ações de violência doméstica contra crianças, notificados ao Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância - CRAMI - de Piracicaba, anonimamente, por telefone. As entrevistas foram feitas com os pais agressores, logo após ao primeiro atendimento do caso realizado pelos técnicos do CRAMI.

O Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância de Piracicaba recebe, aproximadamente, 800 notificações de violência contra a criança anualmente, sendo que todas são atendidas. A equipe técnica da Instituição é composta por três assistentes sociais e dois psicólogos contratados, três estagiários de serviço social e três de psicologia. Divide-se, operacionalmente, em duas equipes: uma, coordenada por uma assistente social, responsável pela avaliação dos casos que tem início em até cinco dias após sua notificação; e outra,

responsável pelo acompanhamento dos casos, coordenada por uma assistente social e uma psicóloga.

Para a testagem do instrumento, foi definido que a amostra seria composta numericamente por 10% do total de casos notificados à Instituição, no período relativo aos últimos 12 meses, perfazendo um total de 100 casos. Estabeleceu também que a escolha dar-se-ia pela ordem de chegada das notificações, as primeiras 100 ocorrências de violência física de pais contra filhos. Os dados foram analisados por critérios de frequência, intensidade e temporalidade. Foi levantado o perfil sócio-demográfico da amostra.

Dentre as vítimas, 38% tinha entre um e cinco anos, 37% entre seis e dez anos, 21% entre 11 e 16 anos e 4% menos de um ano (Tabela 1). Esse fato parece mostrar que as agressões ocorreram num período do desenvolvimento infantil, caracterizado por intensa atividade psicomotora, a qual exige dos adultos muita atenção e dedicação para o desempenho da tarefa parental. As agressões vitimaram 53% de meninos e 47% de meninas. Sessenta e cinco por cento 65% das vítimas foram brancas, 28% negras e 7% mulatas ou pardas (Tabela 1).

TABELA 1: Caracterização das vítimas por idade, sexo, raça e escolaridade

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA
IDADE	
entre 1 ano e 5 anos	38%
entre 6 anos e 10 anos	37%
entre 11 anos e 16 anos	21%
menor que 1 ano	4%
SEXO	
masculino	53%
feminino	47%
RAÇA	
brancas	65%
negras	28%
mulatas ou pardas	7%
ESCOLARIDADE	
não frequenta escola	58%
1ª série do 1º grau	12%
2ª série do 1º grau	10%
3ª série do 1º grau	8%
5ª série do 1º grau	4%
4ª série do 1º grau	3%
jardim e pré primário	2%
berçário e maternal	1%
2ª série do 2º grau	1%
não informou	1%

Oitenta e cinco por cento das vítimas nasceram com o peso na faixa da normalidade, ou seja, acima de 2500 grs. Destas 89% não têm problemas congênitos (Tabela 2). Nos casos em que estes problemas se apresentaram, seu diagnóstico clínico foi submetido à apreciação do especialista que definiu e caracterizou a gravidade para esse item.

TABELA 2: Caracterização da saúde e desenvolvimento das vítimas

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA		
PESO AO NASCIMENTO			
até 2180 grs.		9%	
entre 2180 grs. e 2500 grs.		6%	
entre 2500 grs. e 2760 grs.		12%	
entre 2760 grs. e 3050 grs.		23%	
entre 3050 grs. e 3280 grs.		24%	
entre 3280 grs. e 3550 grs.		20%	
acima de 3550 grs.		6%	
PROBLEMAS CONGÊNITOS		GRAVIDADE DOS PROBLEMAS	
ausência de problemas	89%	55%	leve
presença de problemas	11%	27%	grave
		9%	insignificante
		9%	não se aplica
PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO		GRAVIDADE DOS PROBLEMAS	
ausência de problemas	80%		
presença de problemas	20%	80%	grave
		20%	leve
PROBLEMAS PARA SE ALIMENTAR		GRAVIDADE DOS PROBLEMAS	
ausência de problemas	91%		
presença de problemas	9%	67%	insignificante
		11%	gravíssimo
		11%	muito grave
		11%	leve
QUALIDADE DA NUTRIÇÃO			
regular		52%	
deficiente		24%	
boa		20%	
excelente		3%	
extremamente deficiente		1%	
QUALIDADE DA HIGIENE			
deficiente		38%	
regular		34%	
boa		23%	
excelente		3%	
extremamente deficiente		2%	
QUALIDADE DA SAÚDE			
regular		50%	
boa		35%	
deficiente		14%	
excelente		1%	
CUIDADOS COM A SAÚDE			
regular		37%	
deficiente		33%	
bom		17%	
extremamente deficiente		10%	
excelente		3%	

Sua análise classificou as patologias encontradas como 55% leves, para mudez, surdez parcial, deficiência mental, braço torto, criança prematura, 27%

graves, nos casos de pseudo-artrose-tibial e surdez total, e 9% insignificantes, no caso de polidactilia. Hérnia na virilha (9%), apontada como problema congênito pelo agressor foi descaracterizada, no julgamento do especialista, por ter sido uma patologia adquirida e, portanto, incompatível com o que se investigava (Tabela 2). Na opinião dos agressores, em 80% dos casos, a vítima não tem problemas de comportamento. Os 20% restantes foram analisados pelo psicólogo que considerou 80% desses problemas graves (desobediência, agressividade, mudez psicológica e dificuldade para assimilar ordens) e 20% leves (não aceitação das dificuldades financeiras da mãe e instabilidade emocional).

Ao investigar a alimentação e a nutrição das crianças, notou-se que 91% não têm problemas para se alimentar. Nos casos em que ocorrem, 11% dos problemas foram considerados gravíssimos, uma vez que a mãe não tem leite e a criança não aceita qualquer outro tipo; 11% muito graves, pois a vítima não consegue se alimentar em decorrência de um acidente; 11% leves, decorrente de uma infecção na garganta e 67% insignificantes, nos quais a criança não gosta de comer, faz birra na hora das refeições, come demais, seleciona os alimentos ou não come sozinha (Tabela 2).

Analisando a questão sob o ponto de vista da qualidade, a criança que não aceita outro tipo de leite na ausência do da mãe tem a nutrição extremamente deficiente (1%). As demais foram classificadas como 24% tendo nutrição deficiente; 52%, regular; 20%, boa e 3%, excelente. A vítima, em 2% das ocorrências, apresentou a higiene extremamente deficiente; 38% deficiente; 34% regular; 23% boa e 3% excelente. Quarenta por cento não apresentaram os padrões mínimos de cuidado com a higiene, oportunizando o aparecimento de dificuldades físicas, sociais e psicológicas adversas à sua qualidade de vida pessoal. Em 50% das situações, a saúde foi classificada como regular; 35% boa; 14% deficiente e 1% excelente. Trinta e sete por cento das vítimas recebem cuidados regulares com a saúde; 33% cuidados deficientes; 10% cuidados extremamente deficientes, 17% bons e 3% excelentes (Tabela 2).

Setenta e oito por cento das mães não relataram problemas de saúde durante a gestação das vítimas. Ao opinarem sobre sua saúde, neste período, 85% afirmaram ter sido boa. No entanto, quando suas informações foram submetidas ao médico especialista, o julgamento clínico indicou que 30% tiveram a saúde regular, 11% deficiente (acidente vascular cerebral de pequena importância, doenças venéreas, infecção uterina, problemas respiratórios, anemia, rubéola, câibras, agressões físicas com ferimentos) e 1% extremamente deficiente (desnutrição, grave e severa). Cinquenta e seis por cento tiveram a saúde classificada como boa e 2% excelente, mostrando que, em alguns casos, houve incompatibilidade entre o julgamento pessoal e o profissional (Tabela 3).

TABELA 3: Caracterização da história anterior da vítima

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA
SAÚDE DA MÃE DURANTE A GESTAÇÃO	
ausência de problemas	78%
ocorrência de problemas	22%
QUALIDADE DA SAÚDE DA MÃE DURANTE A GESTAÇÃO	
boa	56%
regular	30%
deficiente	11%
excelente	2%
extremamente deficiente	1%
SAÚDE DA MÃE DURANTE O PUERPÉRIO	
ausência de problemas	91%
ocorrências de problemas	9%
QUALIDADE DA SAÚDE DA MÃE DURANTE O PUERPÉRIO	
boa	63%
regular	27%
deficiente	6%
extremamente deficiente	2%
excelente	2%
REJEIÇÃO PELA MÃE DA GESTAÇÃO	
ausência de rejeição	91%
ocorrência de rejeição	9%
DESEJO DE ABANDONAR A VÍTIMA	
ausência do desejo	70%
ocorrência do desejo	30%
NEGLIGÊNCIA NOS CUIDADOS INICIAIS	
ausência de negligência	62%
ocorrência de negligência	38%

Quanto à saúde durante o puerpério, 91% das mães não relataram a ocorrência de problemas e 63% afirmaram que sua saúde foi boa, nesse período. As informações obtidas foram submetidas à análise do médico ginecologista que configurou sua qualidade da seguinte maneira: 27% regular (sangramento, dor de cabeça, fraqueza e indisposição); 6% deficiente (hemorragia, febre, doenças venéreas, infecção uterina e fome), 2% extremamente deficiente (infecções e

dificuldades de cicatrização da cirurgia cesariana), 63% boa e 2% excelente. Em 91% dos casos não houve referência de rejeição materna à gestação das vítimas. Em 30% foi manifestado o desejo de abandono e em 38% houve negligência nos seus cuidados iniciais (Tabela 3).

As crianças que compuseram a amostra deste estudo foram vítimas (Tabela 4) de agressão física (41%), negligência (38%), agressão física e negligência (11%), abandono intencional (6%), agressão física seguida de abandono (2%) e agressão física, negligência e abandono (2%).

TABELA 4: Caracterização da violência

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA
TIPO DA VIOLÊNCIA	
agressão física	41%
negligência	38%
agressão física e negligência	11%
abandono intencional	6%
agressão física e abandono	2%
agressão física, negligência e abandono	2%
FREQUÊNCIA DAS AGRESSÕES	
com frequência	43%
às vezes	26%
muito frequentemente	18%
raramente	11%
nunca	2%
GRAVIDADE DAS AGRESSÕES	
grave	52%
leve	36%
muito grave	10%
insignificante	2%

Em 43% dos casos, as agressões ocorriam com frequência (de cinco a dez eventos durante um ano); 26%, às vezes, (de três a cinco eventos durante um ano); 18% muito frequentemente (mais que dez eventos num ano); 11% raramente (de dois a três eventos num ano) e 2% nunca (a agressão foi uma situação isolada na rotina parental entre agressor e vítima). Estas agressões foram analisadas quanto à gravidade, tendo sido classificadas como 52% graves (lesão óssea reversível e hematomas graves generalizados); 36% leves (hematomas graves concentrados nas pernas, nádegas e costas); 10% muito graves (lesão cerebral, óssea, sensorial e/ou de órgãos vitais - pulmão, fígado e rim - irreversíveis) e 2% insignificantes (um a três hematomas caracterizados por marca típica - mão, cinto - na região das pernas, nádegas ou braços).

Cumprindo a etapa da investigação, que depositou seu foco de luz sobre a vítima, a atenção voltou-se para o agressor. Dentre eles, 48% têm entre 25 e 34 anos; 43% têm 35 ou mais e 19% têm 24 anos ou menos. Sessenta e quatro por cento das agressões foram perpetradas pela mãe biológica, 16%, pelo pai biológico, 11% por ambos, 5% pelo padrasto, 3% pela madrasta e 1% por estranhos. O agressor é branco (61%) ou negro (35%), e 67% têm o 1º grau incompleto (Tabela 5).

TABELA 5: Caracterização sócio-demográfica do agressor

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA
IDADE	
menos que 20 anos	3%
entre 20 anos e 24 anos	16%
entre 25 anos e 29 anos	23%
entre 30 anos e 34 anos	25%
entre 35 anos e 39 anos	16%
entre 40 anos e 44 anos	10%
entre 45 anos e 50 anos	7%
SEXO	
feminino	75%
masculino	25%
RAÇA	
branca	61%
negra	35%
mulata ou parda	4%
ESCOLARIDADE	
alfabetizado funcional	67%
analfabeto	28%
superior incompleto	3%
alfabetizado rudimentar	2%
OCUPAÇÃO	
trabalhador não especializado	57%
não trabalha	21%
dona de casa	7%
trabalhador agrícola	6%
operário especializado	4%
serviços de higiene e serventia	3%
traficante de drogas	1%
prostituta	1%
SITUAÇÃO TRABALHISTA	
sem registro	60%
não se aplica	31%
com registro	9%
ORIGEM GEOGRÁFICA	
zona urbana	42%
periferia	39%
migrante outro estado	8%
zona rural	6%
migrante do estado de São Paulo	5%
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM A VÍTIMA	
mãe biológica	64%
pai biológico	16%
pai e mãe biológicos	11%
padrasto	5%
madrasta	3%
estranhos	1%

Cinquenta e sete por cento são trabalhadores não especializados. Destes, 60% trabalham sem registro. Considerando sua origem geográfica, 42% dos agressores são provenientes da zona urbana, 39% da periferia; 8% são migrantes de outro estado; 6% são da zona rural e 5% são migrantes de outra cidade do estado de São Paulo (Tabela 5). Em geral, não relataram problemas de saúde (93%), considerando-a boa (60%) ou regular (40%). Também não são portadores (97%) de deficiência física (Tabela 6) ou deficiência mental (99%).

TABELA 6: Caracterização da saúde e desenvolvimento do agressor

CARACTERÍSTICAS		FREQÜÊNCIA	
PROBLEMAS DE SAÚDE			
ausência de problemas		93%	
ocorrência de problemas		7%	
QUALIDADE DA SAÚDE			
boa		60%	
regular		40%	
DEFICIÊNCIA FÍSICA		GRAVIDADE DA DEFICIÊNCIA FÍSICA	
ausência de deficiência física		97%	
presença de deficiência física		3%	
DEFICIÊNCIA MENTAL		GRAVIDADE DA DEFICIÊNCIA MENTAL	
ausência de deficiência mental		99%	
presença de deficiência mental		1%	
INTERNAÇÃO EM HOSPITAL PSQUIÁTRICO		GRAVIDADE DOS MOTIVOS DA INTERNAÇÃO	
ausência de internação		78%	
ocorrência de internação		22%	
		63%	
		23%	
		14%	
		graves	
		leves	
		muito graves	
TRATAMENTO PSQUIÁTRICO OU PSICOLÓGICO.		GRAVIDADE DOS PROBLEMAS	
não se aplica		97%	
ocorrência de tratamento		3%	
DEPENDÊNCIA DE DROGAS		GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA	
ausência de dependência		98%	
dependência		2%	
		50%	
		50%	
		muito grave	
		leve	
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL		GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA	
ausência de dependência		64%	
dependência		36%	
		50%	
		22%	
		13%	
		9%	
		6%	
		grave	
		leve	
		muito grave	
		gravíssimo	
		insignificante	
PROBLEMAS COM A POLÍCIA OU COM A JUSTIÇA		FREQÜÊNCIA DA OCORRÊNCIA	
ausência de problemas		72%	
ocorrência de problemas		28%	
		39%	
		29%	
		18%	
		7%	
		7%	
		nunca	
		raramente	
		às vezes	
		com freqüência	
		muito freqüentemente	
SITUAÇÃO ATUAL DE CRISE			
ocorrência de situação de crise		52%	
ausência de situação de crise		48%	
PERDA AFETIVA DURANTE A GESTAÇÃO DA VÍTIMA			
ausência de perda		81%	
ocorrência de perda		19%	
PERDA AFETIVA DURANTE O PUERPÉRIO DA VÍTIMA			
ausência de perda		97%	
ocorrência de perda		3%	

Setenta e oito por cento dos agressores não relataram histórias de internação psiquiátrica. Nos 22% restantes seus motivos foram alcoolismo, drogadicção, agressividade e depressão. Ao avaliar a gravidade dos fatores que justificaram o procedimento clínico, o médico psiquiatra categorizou 14% dos casos como muito graves (agressividade, alcoolismo), 63% graves (instabilidade emocional e drogadicção) e 23% leves (alcoolismo).

Da mesma forma, os agressores que estão sob tratamento psiquiátrico têm problemas classificados como graves. Dois por cento são dependentes de drogas, sendo 50% num grau de dependência muito grave e 50%, leve. Esse percentual sobe para 36% quando se focaliza a bebida alcoólica. Destes, 50% têm um nível de necessidade grave; 22% leve; 13% muito grave; 9% gravíssimo e 6% insignificante (Tabela 6).

Questionados quanto a terem problemas com a polícia e/ou com a justiça, 72% negam esta experiência. Nos outros casos, 29% o têm raramente; 18% às vezes; 7% com freqüência e 7% muito freqüentemente. Trinta e nove por cento tiveram problemas com a polícia ou com a justiça numa freqüência equivalente a nunca, demonstrando que, no espaço de 12 meses, experimentaram um problema cível que necessitou a intervenção dessas instâncias para sua solução (Tabela 6).

Na investigação que buscou dados sobre a possibilidade de o agressor estar experimentando uma situação de crise em sua vida, 52% confirmaram tal fato (Tabela 6). Descreveram-nas como: dificuldades financeiras e desemprego (59%), dificuldades conjugais (14%), dificuldades parentais (12%), dificuldades legais e policiais (7%), mudança de cidade (2%), dificuldades no relacionamento com a família extensa (2%), dificuldades emocionais (2%) e novo casamento (2%).

Pesquisando a história emocional do agressor durante a gestação da vítima, a maioria dos respondentes (81%) não relatou a vivência de perdas afetivas. Aqueles que a provaram, tiveram por causa a morte ou o abandono do seu companheiro (74%) e o falecimento do próprio pai (26%). A mesma tendência foi observada quanto a perdas afetivas durante o puerpério da vítima (Tabela 6).

Ao examinar a história infantil dos agressores (Tabela 7) constatou-se que 96% não foram criados em orfanatos. Nos casos em que essa situação ocorreu, não souberam precisar o tempo em que lá permaneceram. Similarmente, 96% afirmaram nunca terem vivido em família substitutas. Destes, 50% não têm lembrança de quanto tempo estiveram na situação, e 50% asseguraram ter estado dois anos sob a guarda de outras famílias.

Sessenta e nove por cento dos agressores foram vítimas da violência dos seus pais na própria infância. Nesses casos, 40% sofreram agressão física; 20% agressão física e negligência; 12% abandono; 10% agressão física, negligência e abandono; 8% negligência; 3% agressão física e abandono; 2% negligência e abandono; 2% abuso sexual e 3% testemunharam agressão física entre seus pais (Tabela 7).

TABELA 7: Caracterização da história infantil de violência do agressor

CARACTERÍSTICAS		FREQUÊNCIA	
O AGRESSOR VIVEU EM INSTITUIÇÃO			
não		96%	
sim		4%	
O AGRESSOR VIVEU EM FAMÍLIA SUBSTITUTA			
não		96%	
sim		4%	
O AGRESSOR FOI VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA		O TIPO DE VIOLÊNCIA SOFRIDA	
não	31%	40%	agressão física
sim	69%	20%	agressão física e negligência
		12%	abandono
		10%	agressão física, negligência e abandono
		8%	negligência
		3%	agressão física e abandono
		2%	negligência e abandono
		2%	abuso sexual
		3%	testemunha de agressão física entre seus pais
		FREQUÊNCIA DAS AGRESSÕES	
		46%	com frequência
		29%	muito frequentemente
		19%	às vezes
		6%	raramente
		SEU AGRESSOR	
		45%	mãe biológica
		35%	mãe e pai biológicos
		17%	pai biológico
		3%	padrasto
		GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA	
		49%	grave
		20%	leve
		16%	gravíssima
		15%	muito grave

Ao serem questionados diretamente sobre terem vivido em orfanatos ou famílias substitutas, apenas 8% confirmaram essa experiência. Quando questionados sobre os tipos de violência que os vitimaram na infância, 27% citaram o abandono. Relataram que um dos seus genitores abandonou o lar, o que determinou sua entrega a um membro da sua família extensa. Chamou a atenção sua atribuição de responsabilidade pelo comportamento de abandono que os vitimaram.

No caso dos agressores, a violência acontecia em 46% das vezes com frequência; em 29% com muita frequência; 19% às vezes e 6% raramente. Quarenta e cinco por cento deles foram vítimas da sua mãe biológica, 35% da mãe e do pai biológicos; 17% do pai biológico e 3% do padrasto. As agressões em 49% dos casos foram graves; 20% leves; 16% gravíssimas e 15% muito graves (Tabela 7).

A família das vítimas, em 70% das vezes, é constituída por famílias em transição; 26% famílias com um só progenitor e 4% por famílias amplas. Setenta e quatro por cento dos agressores são casados ou têm companheiros e 26% estão sozinhos (Tabela 8). Sua situação social é em 40% das vezes de extrema pobreza, em outros, 40% de pobreza; 11% têm uma situação média; 7% de indigência e 2% têm uma situação boa (Tabela 8). Cinquenta e um por cento têm uma renda mensal entre um e três salários mínimos; 33%, menos que um salário mínimo; 7%, entre quatro e cinco salários mínimos; 7% entre seis e sete salários mínimos e 2%, mais que dez salários mínimos.

Agressores e vítimas moram, em 21% dos casos, em casa própria de alvenaria; 20% em casa alugada de alvenaria; 14% em cômodo emprestado; 12% em barraco próprio; 11% em casa emprestada de alvenaria; 6% em cômodo próprio; 5% em barraco alugado; 5% em barraco emprestado; 3% em cômodo invadido e outros 3% em cômodo alugado, barraco invadido ou são caminantes (Tabela 8). Em todos os casos, 10% não têm água encanada, luz elétrica e esgoto coberto; 6% têm luz elétrica e água encanada; 6% têm luz elétrica e esgoto coberto; 1% luz elétrica; 1% esgoto coberto; 1% água encanada e luz elétrica e a maioria, 75%, têm água encanada, luz elétrica e esgoto coberto (Tabela 8). Em média, as famílias têm 3

filhos, sendo que destes, 4% têm menos que um ano; 34% entre um e cinco anos; 37% entre seis e dez anos; 20% entre 11 e 15 anos e 5% mais que 15 anos (Tabela 8).

TABELA 8: Caracterização da família da vítima

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA
TIPO DA FAMÍLIA	
famílias em transição	70%
famílias com um só progenitor	26%
famílias amplas	4%
A SITUAÇÃO MARITAL DO CASAL	
casados	74%
sozinhos	26%
IDADE DAS CRIANÇAS DA CASA	
menor que 1 ano	4%
entre 1 ano e 5 anos	34%
entre 6 anos e 10 anos	37%
entre 11 anos e 15 anos	20%
maior que 15 anos	5%
SITUAÇÃO SOCIAL	
extrema pobreza	40%
pobreza	40%
média	11%
indigência	7%
boa	2%
RENDA MENSAL FAMILIAR	
menor que 1 salário mínimo	33%
entre 1 e 3 salários mínimos	51%
entre 4 e 5 salários mínimos	7%
entre 6 e 7 salários mínimos	7%
maior que 10 salários mínimos	2%
TIPO DE CASA EM QUE MORAM	
casa própria de alvenaria	21%
casa alugada de alvenaria	20%
cômodo emprestado	14%
barraco próprio	12%
casa emprestada de alvenaria	11%
cômodo próprio	6%
barraco alugado	5%
barraco emprestado	5%
cômodo invadido	3%
cômodo alugado	3%
INDICADORES DE CONFORTO	
água encanada, luz elétrica e esgoto coberto	75%
não tem água encanada, luz elétrica e esgoto coberto	10%
luz elétrica e água encanada	6%
luz elétrica e esgoto coberto	6%
luz elétrica	1%
esgoto coberto	1%
água encanada e luz elétrica	1%

Setenta e nove por cento dos irmãos da vítima não tinham problemas de saúde. Quando o tinham, 6% apresentaram anemia, 4% deficiência mental, 3% saúde debilitada, 3% problemas de comunicação e otopatia crônica, 1% problemas hormonais, 1% dificuldades de locomoção, 1% pneumonia de repetição, 1% problemas ortopédicos transitórios e 1% crescimento lento (Tabela 9).

TABELA 9: Caracterização da saúde e desenvolvimento dos irmãos da vítima

CARACTERÍSTICAS		FREQUÊNCIA	
PROBLEMAS DE SAÚDE			
ausência de problema		79%	
ocorrência de problema		21%	
QUALIDADE DA SAÚDE			
regular		42%	
boa		32%	
informações insuficientes para categorização da		21%	
qualidade			
deficiente		3%	
excelente		2%	
DEFICIÊNCIA FÍSICA			
ausência de deficiência		95%	
ocorrência de deficiência		5%	
		100%	leve
DEFICIÊNCIA MENTAL			
ausência de deficiência		93%	
ocorrência de deficiência		7%	
		86%	leve
		14%	grave
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS OU PSICOLÓGICOS			
ausência de problema		100%	
DEPENDÊNCIA DE DROGAS			
ausência de dependência		100%	
PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO			
ausência de problema		87%	
ocorrência de problema		13%	
		100%	grave
QUALIDADE DA NUTRIÇÃO			
regular		51%	
deficiente		15%	
boa		14%	
informações insuficientes para a classificação da		14%	
qualidade			
excelente		3%	
extremamente deficiente		3%	
QUALIDADE DA HIGIENE			
deficiente		35%	
regular		27%	
boa		18%	
informações insuficientes para a classificação da		14%	
qualidade			
extremamente deficiente		3%	
excelente		3%	
QUALIDADE DOS CUIDADOS COM A SAÚDE			
deficiente		33%	
regular		28%	
informações insuficientes para a classificação da		15%	
qualidade			
bom		14%	
extremamente deficiente		7%	
excelente		3%	

A análise do especialista mostrou que, em 21%, as informações não permitiam sua classificação de qualidade. No restante, 42% foram considerados com a saúde regular, 32% boa, 3% deficiente e 2% excelente (Tabela 9). Noventa e cinco por cento dos irmãos da vítima não têm deficiência física, 5% apresentaram surdez (caracterizando deficiência sensorial) de gravidade leve (Tabela 9).

Quanto à presença de irmãos portadores de deficiência mental, em 93% dos casos não foram observadas essas ocorrências. Nos 7% restantes, 71% tinham etiologia genética e 29% congênita, tendo sido considerados em 86% das vezes leves e 14% graves. Não foi encontrado nenhum caso de vítimas com irmãos portadores de problemas psiquiátricos, psicológicos ou drogadictos (Tabela 9). Em 13% das ocorrências foi detectado que as vítimas tinham irmãos com problemas de comportamento, identificados como desobediência (61%) e problemas de comunicação (39%). Em todos os casos, os problemas foram considerados, graves, pelo especialista (Tabela 9). Cinquenta e um por cento dos irmãos da vítima têm a nutrição regular, 15% deficiente, 14% boa, 3% excelente e 3% extremamente deficiente. Em 14% dos casos, não foram obtidas informações que permitissem a identificação da sua qualidade. Esse fato se repete para os mesmos 14%, quando do levantamento de informações sobre sua higiene. No restante, higiene foi classificada como deficiente (35%), 27% regular, 18% boa, 3% extremamente deficiente e 3% excelente (Tabela 9).

Quinze por cento não dispuseram de informações suficientes para a categorização dos cuidados com a saúde que os irmãos da vítima recebem, 33% recebem cuidados deficientes, 28% cuidados regulares, 14% bons, 7% extremamente deficientes e 3% excelentes (Tabela 9).

Sessenta e seis por cento dos irmãos da vítima haviam sofrido algum tipo de violência dos seus pais. Desses, 26% negligência, 24% agressão física, 7% agressão física, negligência e abandono, 5% agressão física e negligência, 2% negligência e abandono e 2% abandono. Foram agredidos em 39% das ocorrências

pela mãe biológica, 11% pelo pai biológico, 11% pelo pai e mãe biológicos, 3% pelo padrasto e 2% pela madrasta (Tabela 10).

TABELA 10: Caracterização da história de violência dos irmãos da vítima

CARACTERÍSTICAS		FREQUÊNCIA	
VIOLÊNCIA CONTRA OS IRMÃOS DA VÍTIMA		TIPO DE VIOLÊNCIA	
ausência de casos de violência	34%	39%	negligência
presença de casos de violência	66%	36%	agressão física
		12%	agressão física, negligência e abandono
		7%	agressão física e negligência
		3%	negligência e abandono
		3%	abandono
		IDENTIFICAÇÃO DO AGRESSOR	
		59%	mãe biológica
		17%	pai biológico
		17%	pai e mãe biológicos
		4%	padrasto
		3%	madrasta
		FREQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA	
		39%	com frequência
		38%	às vezes
		17%	muito frequentemente
		6%	raramente
		GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA	
		60%	leve
		35%	grave
		5%	gravíssima

Em 26%, as agressões se davam com frequência, 25% às vezes, 11% muito frequentemente e 4% raramente. Dessas 40% foram leves, 23% graves e 3% gravíssimas (Tabela 10). Finalmente, procurou-se resgatar a história infantil de violência vivida pelo cônjuge não agressor (Tabela 11).

Constatou-se que 57% não foram vítimas de agressão na sua infância. Nos outros casos, 47% foram vítimas de agressão física, 23% de abandono, 23% de agressão física e negligência e 7% de negligência. Estas aconteciam em 58% das vezes com frequência, 19% muito frequentemente, 14% às vezes e 9% raramente. Quarenta por cento foram de gravidade leve, 23% graves, 16% gravíssimas, 12% insignificantes e 9% muito graves (Tabela 11).

TABELA 11: Caracterização da história infantil de violência do cônjuge não agressor

CARACTERÍSTICAS		FREQUÊNCIA	
VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA		TIPOS DE VIOLÊNCIA	
ausência de casos de violência	57%	47%	agressão física
presença de casos de violência	43%	23%	agressão física e negligência
		23%	abandono
		7%	negligência
		FREQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA	
		58%	com frequência
		19%	muito frequentemente
		14%	às vezes
		9%	raramente
		GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA	
		40%	leve
		23%	grave
		16%	gravíssima
		12%	insignificante
		9%	muito grave

Ao definir uma situação familiar como um caso de violência doméstica, a relação de agressão deve ser crônica, permanente ou periódica. Portanto, não estão incluídas neste estudo, as situações de violência infrequentes ou esporádicas, que se constituem na exceção e não na regra dentro das relações familiares (CORSI, 1992). Nesse escopo, a investigação centrou-se nos espancamentos, nas queimaduras e na omissão intencional de cuidados físicos com a saúde das vítimas. Preponderantemente, a frequência das agressões foi alta, variando entre quatro eventos e mais que dez eventos em um ano, de severidade grave, já que infligiram desde hematomas de profundidade média na região das pernas, nádegas e costas até lesões cerebrais, ósseas, sensoriais e de órgãos vitais, ainda que reversíveis. Esses resultados reiteraram os constantes da literatura especializada, ao indicarem os tipos de danos e injúrias que caracterizam a agressão física contra crianças (DELUQUI, 1982, e WALKER et al., 1988).

As vítimas, foram crianças de ambos os sexos, com maior concentração do gênero masculino, geralmente com idade entre um e dez anos, brancas, com escolaridade compatível com a idade. Foram agredidas principalmente pelas mães biológicas, mulheres brancas, com idade entre 25 e 39 anos,

alfabetizadas, trabalhadoras de ocupações não especializadas e sem registro profissional. A família que os abriga é a chamada “em transição” (MINUCHIN, 1982), na qual existe um casal composto pelos pares advindos de outras uniões. Em média têm três filhos, entre um e dez anos. São oriundos da zona urbana, moram em casa, própria, alugada ou emprestada, de alvenaria, tendo água encanada, luz elétrica e esgoto coberto. A renda mensal é de até três salários mínimos, e sua situação social considerada como de pobreza.

São muitos os estudos que mostraram haver uma maior concentração de casos conhecidos de violência doméstica nos estratos sociais que apresentam maior desvantagem econômica (PELTON, 1978; CORSI, 1992 e LANGHINRICHSEN-ROHLING & NEIDIG, 1995). Mas estes e outros autores, ressaltam que essa condição não é universal, essas famílias têm maior probabilidade de serem alvo mais de atenção pública (PELTON, 1978; EGELAND et al., 1980; GELLES, 1980; TRICKETT et al., 1991; CORSI, 1992 e LANGHINRICHSEN-ROHLING & NEIDIG, 1995). De qualquer forma, segundo vários estudiosos, entre os quais se incluem as brasileiras AZEVEDO & GUERRA (1995), é bem provável que as estatísticas sejam extremamente conservadoras, representando apenas a ponta de um *iceberg*, uma vez que há vários obstáculos ao reconhecimento social da problemática em foco.

Ao se proceder a caracterização das vítimas quanto à sua saúde e ao seu desenvolvimento, notou-se que, em geral, não foram crianças prematuras, nasceram com seu peso normal e não tiveram problemas congênitos. Psicologicamente, apresentaram comportamentos funcionais e adequados à boa qualidade de vida emocional, relacional e de aprendizagem. Não apresentaram impedimentos ou dificuldades para a ingestão e metabolização dos alimentos, sendo sua dieta nutricional similar à maioria dos brasileiros, ingerindo 50% de alimentos nutritivos e 50% de não nutritivos.

Sua higiene deixou a desejar, frente aos padrões que contribuem para a preservação da qualidade da saúde e do relacionamento social. Foi classificada, pelos especialistas, como regular ou deficiente, caracterizando que

tomavam banho, entre uma e três vezes por semana, tinham os cabelos sujos ou relativamente limpos, mãos, pés e unhas, sujas ou mal cuidadas, dentes cariados e roupas mal asseadas. Em geral foram crianças que tiveram a saúde regular, portadoras de doenças graves, mas com resolução satisfatória, desde que tivessem atenção adequada. A qualidade dos cuidados dedicados à saúde foi considerada deficiente ou regular, já que apesar de serem levadas ao médico, não lhes era ministrada a medicação indicada, do modo e pelo tempo necessário.

As questões relativas à higiene, saúde e cuidados com a saúde da vítima parecem ser indicadoras de um comportamento negligente dos seus pais. Aliás, a presença de doenças é um fator estressor que dificulta a qualidade de vida emocional e o relacionamento entre as pessoas da família (LIPP, 1986), podendo representar um precipitador para a ação violenta (MASH, JOHSON & KOVITZ, 1983; LAHEY, CONGER, ATKENSON & TREIBER, 1984). A caracterização da saúde e do desenvolvimento dos irmãos da vítima indicaram que não tinham problemas de saúde. Porém, quando se realizou a categorização da sua qualidade, houve indicações da presença de problemas graves. Deficiência física ou mental, problemas psiquiátricos ou de comportamento e dependência de drogas, tiveram baixa frequência. A qualidade da sua nutrição e higiene foi regular, como as vítimas, os cuidados que receberam para sua saúde foram regulares ou deficientes. Esses dados parecem indicar que o comportamento parental não diferiu entre as vítimas ou seus irmãos. De fato, os irmãos das vítimas também haviam sofrido agressão numa frequência de quatro a dez eventos num ano, embora com menor gravidade do que a violência dirigida às vítimas notificadas ao CRAMI de Piracicaba.

Em busca dos antecedentes emocionais que pudessem indicar as possibilidades de agressão devido a problemas, dificuldades ou perdas afetivas durante a gestação e o puerpério da vítima notou-se que, corriqueiramente, as mães não relataram problemas durante esses períodos, tendo descrito sua saúde como sendo de boa qualidade. Também não relataram rejeição da gravidez, desejo de abandonar a vítima, negligência nos cuidados iniciais com o bebê ou perdas afetivas.

De forma geral, observou-se que os agressores não tinham problemas de saúde, deficiência física e deficiência mental. Tampouco estiveram internados em hospital psiquiátrico ou sob tratamento psicológico. Não eram dependentes de drogas ou álcool e não tinham problemas com a polícia ou com a justiça. Porém, quando questionados se viviam uma situação de crise, suas respostas foram positivas, tendo apontado os seguintes problemas: desemprego, dificuldades financeiras, conjugais, parentais, familiares, afetivas e legais (referindo-se a problemas que necessitaram de intervenção policial para sua resolução), mudança de cidade e novo casamento. Sem dúvida, essas são situações que estimulam, desencadeiam, mantêm ou aumentam o estresse do cotidiano.

Nesse sentido, os estudos desenvolvidos por CORSI (1992) dão mostras que existem algumas condições que ajudam a gerar e manter a violência dentro da família: a hierarquia entre os membros da família, podendo ser um facilitador para o uso da violência no exercício da autoridade; as histórias pessoais, apontando para a aprendizagem do comportamento agressivo através dos modelos familiares; os modelos sociais, que sob a égide da privacidade ao semelhante justificam o comportamento do adulto, mantendo-os em segredo e as situações de crise, como as crises econômicas, desemprego, alcoolismo, instabilidade profissional, drogadicção, entre outros.

Além da observação da ocorrência de situações de crise nas família agressoras, o levantamento revelou que, ordinariamente, o agressor, na sua infância, foi vítima de espancamentos, queimaduras e omissão intencional de cuidados físicos e com a saúde, perpetrados por sua mãe biológica, numa frequência entre quatro e mais que dez eventos em um ano, com uma severidade grave que indicava a ocorrência de lesões cerebrais, ósseas, sensoriais ou de órgãos vitais, reversíveis. Chamou a atenção a inquietante similaridade entre as agressões que os vitimaram e as que perpetravam contra seus filhos. A mesma situação foi observada no cônjuge não agressor, que também foi vítima de agressão física e negligência por sua mãe, na mesma frequência que o agressor, mas numa severidade que se igualou a encontrada nos irmãos da vítima, a qual ocasionou-lhes hematomas de profundidade média concentrados nas pernas, nádegas e costas.

Segundo BANDURA (1977), a observação é importante determinante da aprendizagem social. O'KEEFE (1995), considera que aqueles que observaram repetidamente seus pais utilizando a violência para a solução de problemas, tendem a incorporar esse comportamento em seu repertório. A exposição a uma multiplicidade de agressões familiares produz, na criança, um efeito cumulativo que favorece a repetição dessas ações com os próprios filhos quando se tornam adultos. Os dados deste estudo parecem demonstrar que a aprendizagem, através dos modelos, associada aos estressores do cotidiano e ao processo de dessensibilização sistemática, são fatores dominantes na agressão dos pais contra os filhos. Nesse sentido, a ação agressiva é produto de vários condicionantes relativos à criança, ao seu comportamento, aos pais, à sua história passada, ao seu relacionamento marital, ao estresse da sobrevivência cotidiana e ao ambiente (HOLDEN & BANEZ, 1996).

Segundo WALKER et al. (1988), os pais naturais são os maiores perpetradores da violência física, seja ela grave ou leve. WOLFGANG & FERRECUTI (1967), COSER (1971) WITT (1987) e WALKER et al. (1988) consideram que a cultura geracional da violência é mantida pelo grupo familiar, distribuindo-se, igualmente, por toda a sociedade e por todos os estratos sociais e grupos étnicos. O aumento da frequência e severidade dos atos agressivos associada à alta probabilidade de as vítimas repetirem este comportamento na vida adulta alerta para a importância desse problema social (KOLBO, BLAKELY & ENGLEMAN, 1996). Conhecer a etiologia do maltrato contra as crianças implica em reconhecer que esse é um comportamento antisocial que se perpetua através da família numa ação protegida pela cultura inter-geracional (STRAUS, et al., 1980). Os estudos desenvolvidos por ABIDIN (1990); AMMERMAN (1990); WEBSTER-STRATTON (1990); BELSKY (1993) e HILLSON & KUIPER (1994) observaram que os modelos teóricos para o entendimento do processo de desenvolvimento e de manutenção da violência contra crianças envolvem um complexo de interações entre múltiplas variáveis, tais como as características dos pais e das crianças, suas interações, as relações familiares e maritais, o ambiente social familiar e o estresse

decorrente dessa cadeia relacional.

Os resultados deste estudo sugerem que o Inventário de Risco Associado à Violência Doméstica de Pais Contra Filhos organizou a história de violência física e seus antecedentes, possibilitando sua compreensão dentro do contexto histórico, além de confirmar alguns dados dispostos na literatura especializada. No entanto, não parece prudente afirmar que é suficiente na indicação do potencial de risco para a agressão contra crianças. Tal possibilidade, necessita de estudos sistemáticos e testes de validade e confiabilidade do instrumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das hipóteses mais importantes desenvolvidas por aqueles que estudam a violência familiar é que o comportamento violento é uma resposta aprendida. Similarmente, os resultados obtidos em vários estudos têm refletido uma relação bastante consistente entre a submissão à violência ou às atitudes violentas na infância ou juventude e às manifestações comportamentais violentas na vida adulta (WITT, 1987).

A violência familiar representa um grave problema social (MacMILLAN et al., 1993; AZEVEDO & GUERRA, 1995), uma vez que se estima que, aproximadamente, 50% das famílias, sofrem ou já sofreram, alguma forma de violência interna (CORSI, 1992). Compreendê-la como tal, implica em questionar a crença baseada no senso comum de que, o que acontece dentro do âmbito de uma família é absolutamente privado. Crença, cuja validade enfraquece, ao se considerar que qualquer ato de violência constitui-se num crime, independentemente, da sua ocorrência na rua ou no seio do lar.

Proporções mais inquietantes adquirem esse problema, ao se notar que, há várias décadas, são desenvolvidos estudos alertando que as suas vítimas podem, quando adultas, desenvolver comportamentos marginais, delinquentes, violentos e destrutivos (PALMER, 1960; DONOHUE, 1995). Tomando as palavras de Diógenes de Sinope (séc. IV, aC), “louvo muito aos que podendo abusar das crianças se abstêm de fazê-lo”, a questão da violência contra a criança ganha contornos de perpetuação e gravidade históricas, já que parece ser uma prática continua que acompanha a infância.

Esses fatos contribuem para ilustrar, porque o contexto que envolve a agressão de pais contra filhos é objeto de grande atenção na literatura especializada. Sua ênfase é consistente com a precisão de se estabelecer modelos que expliquem a manutenção da violência contra crianças. Para tal, a literatura

especializada dá indicações quanto à necessidade de estudos sobre as relações entre as características das crianças e dos pais, o relacionamento familiar e marital, as interações entre pais e filhos, além do conhecimento das influências do ambiente social que os envolvem (WEBSTER-STRATTON, 1990; HOLDEN & BANEZ, 1996).

Afirmam AZEVEDO & GUERRA (1995) que “a sociedade brasileira costuma recorrer à violência como forma privilegiada de solucionar conflitos urbanos, rurais, familiares, institucionais etc.” (p. 83). Esta parece ser uma prática generalizada, já que a mídia impressa e eletrônica dá conta desse comportamento para outras sociedades mundiais. As estimativas norte americanas apontaram que, em 1995, 1,215 milhão de crianças foram vítimas de agressão física ou negligência, significando um aumento de 39% em relação aos dados de 1985. Baseados nesses números, avalia-se que morrem mais que três crianças por dia vítimas da violência perpetrada por seus pais (LUNG & DARO, 1996).

Desnecessário dizer quão contundente parece ser a gravidade dessa problemática, ao se constatar que é um problema milenar, que ocorre em todas as sociedades (CORSI, 1992). No Brasil, não diferentemente de outros países, “há a necessidade de estudos aprofundados que retratem, fidedignamente, este fenômeno” (AZEVEDO & GUERRA, 1995, p. 66).

Frente à magnitude desse comportamento, e em virtude das questões culturais e educacionais nele envolvidas, a necessidade de pesquisas sistemáticas que determinem a efetividade dos programas nacionais, de controle e redução da incidência dos casos de violência doméstica contra a criança, é premente. Nesse sentido, parece adequado sugerir estudos que determinem a qualidade e a efetividade dos processos de aprendizagem social, no controle da transmissão geracional e parental do comportamento violento.

Finalmente, num eco aos pesquisadores brasileiros na área, reafirma-se a importância de estudos estatísticos nacionais, que apontem à incidência da ocorrência desse problema, num país de dimensões continentais. A

definição de políticas claras para o estabelecimento de uma base de dados e de programas de pesquisas sistemáticas compatíveis à gravidade e à necessidade de controle desse fenômeno, são condições a serem alcançadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIDIN, R. R. Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal Clinical Child Psychology*, v. 19, p. 298-301, 1990.
- AMMERMAN, R. T. Ethiological models of child maltreatment: A behavioral perspective. *Behavior Modeling*, v. 14, p. 230-154, 1990.
- ARANGO, M. I.; MAZUERA, M. G. *Estudo de casos y controles sobre gactores de riesgo asociados al maltrato al menor*. Medellín, Universidad Antioquia, 1989.
- ARIËS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- AZEVEDO, M. A., GUERRA, V. A. *A violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo, Robe, 1995.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BANDURA, A. *Agression learning analysis*. New Jersey, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1973.
- BANDURA, A. *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.
- BANDURA, A. *Social learning theory*. New Jersey, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1977.
- BAUER, W.D., TWENTYMAN, C.T. Abusing, neglectful and comparison mother's responses to child-related and non-child-related stressors. *Journal Consulting Clinical Psychology*, vol. 53, p. 335-343, 1985.

- BELSKY, J. Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, v. 35, p. 320-335, 1980.
- BELSKY, J. Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, v. 14, p. 413-434, 1993.
- BESHAROV, D. J. Toward better research on child abuse and neglect: Making definitional issues an explicit methodological concern. *Child Abuse and Neglect*, v. 5, p. 383-390, 1981.
- BESHAROV, D., BESHAROV, S. Why do parents harm their children? *National Council of Jewish Women*, (Winter), p. 6-8, 1977.
- BLUMBERG, M. L. Psychopathology of the Abusing Parent. *American Journal of Psychotherapy*, v. 28, p. 21-29, 1973.
- BOUSHA, D.M., TWENTYMAN, C.T. Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *Journal Abnormal Psychology*, vol. 93, p. 106-114, 1984.
- BRADLEY, E. J. LINDSAY, R. C. L. Methodological and Ethical Issues in Child Abuse Research. *Journal of Family Violence*, v. 2, n. 3, p. 239-255, 1987.
- BROWNE, D. H. The Role of Stress in the Commission of Subsequent Acts of Child Abuse and Neglect. *Journal of Family Violence*, v. 1, n. 4, p. 289-297, 1986.
- BURGESS, R. L., CONGER, R. Family interactions in abusive, neglectful, and normal families. *Child Development*, v. 49, p. 1163-1173, 1978.
- BUTTERFIELD, A. M. Child Abuse: A two-year follow-up. *Child Abuse Neglect*, v. 3, p. 491-496, 1980.

- CAFFEY, J. Multiple fractures of long bones in infants suffering from subdural hematoma. *American Journal of Roentgenology*, v. 56, n. 163, 1946.
- CAFFEY, J. Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations, clinical and radiological fractures. *Britanic Journal Radiology*, v. 30, n. 225, 1957.
- CANEVACCI, M. *Dialética da família*. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- CHRISTOPOULOS, C., COHN, D.A., SHAW, D.S., JOYCE, S., SULLIVAN-HANSON, J., KRAFT, S., EMERY, R. E. Children of abused women: Adjustment at time of shelter residence. *Journal of Marriage and the Family*, v. 49, p. 611-619, 1987.
- COHN, A. Essential Elements of Successful Child Abuse and Neglect Treatment. *Child Abuse Neglect*, v. 3, p. 491-496, 1979.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Centro gráfico do Senado Federal, Brasília, 1988.
- CORSI, J. *Algunas cuestiones basicas sobre la violencia familiar*. In: Texto apresentado em seminário promovido pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde), julho de 1992.
- COSER, L. A. *Masters of sociological thought: Ideas in historical and social context*. New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1971.
- CRITTENDEN, P. M. Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merwill-Palmer Quart.* Vol. 27, p. 201-218, 1982.

- CRITTENDEN, P. M. Social Networks, Quality of Child Rearing and Child Development. *Child Development*, v. 56, p. 1299-1313, 1985.
- DELUQUI, C. G. A síndrome da criança espancada. *Pediatrics*, São Paulo, n. 4, p. 26-34, 1982.
- DESLANDS, S. F. *Maus tratos na infância: Um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação CRAMI-Campinas*. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, 1993.
- DOLLARD, J. DOOB, L. W., MILLER, N. E., MOWRER, O. H., SEARS, R. R. *Frustration and aggression*. New Haven, Yale University Press, 1939.
- DONOHUE, B. Understanding child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, v. 10, n. 1, p. 135-136, 1995.
- EGELAND, B., BREITENBUCHER, M., ROSEMBERG, D. Prospective Study of the Significance of Life Stress in the Etiology of Child Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 48, n. 2, p. 195-205, 1980.
- FANTUZZO, J.W., DePAOLA, L.M., LAMBERT, L., MARTINO, T., ANDERSON, G., SUTTON, S. Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competence of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, p. 258-265, 1991.
- FRIEDMAN, R. M. *Child abuse: A review of the psychological research*. Spriengfield, 1975.
- FRODI, A. M. Contributions of infant characteristics to child abuse. *American Journal of Mental Deficiency*, v. 85, p. 341-349, 1981.
- FRODI, A. M., LAMB, M. E. Child abuser's responses to infant smiles and cries. *Child Development*, v. 51, p. 238-241, 1980.

- GALDSTON, R. Observation on children who have been physically abused and their parents. *American Journal of Psychiatric*, v. 122, p. 440-443, 1965.
- GARBARINO, J. The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal Marriage Family*, v. 39, p. 721-730, 1979.
- GARBARINO, J., GILIANO, G. *Understanding abusive families*. Massachusets, Lexington Books, 1980
- GARBARINO, J., GUTTMANN, E., SELEY, J.W. *The psychologically battered child*. Londres, Jossey-Bass, 1988.
- GELLES, R. J. Child abuse as psychopathology: A sociological critique and reformulation. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 43, p. 611-621, 1973.
- GELLES, R. J. Violence in the family: A review of research in the seventies. *Journal Marriage of Family*, v. 42, p. 873-884, 1980.
- GELLES, R.J., & STRAUS, M. Violence in the american family. *Journal Social Issues*, v. 35, p. 15-37, 1980.
- GIL, D. *First steps in a nation-wide study on child abuse*. *Social work practice*, New York, Columbia University Press, 1971.
- GIOVANNONI, J. M., BECERRA, R. M. *Defining child abuse*. Londres, Free Press, 1987.
- GLUECK, S., GLUECK, E. *Unraveling juvenile delinquency*. Cambridge, Harvard University Press, 1950.

- GREEN, A. H. A psychodynamic approach to the study and treatment of child-abusing parents. *Journal of the Academy of Child Psychiatry*, v. 15, p. 414-429, 1976.
- GUERRA, V. N. A. *Violência de pais contra filhos: Procuram-se vítimas*, São Paulo, Cortez, 1984.
- GUERRA, V. N. A., AZEVEDO, M. A. *Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder*. São Paulo, Iglu, 1989.
- HAMILTON, A., STILES, N. B. MELOWSKY, F., BEAL, D. G. A Multilevel Comparison of Child Abusers with Non Abusers. *Journal of Family Violence*, v. 2, n.3, p. 215-225, 1987.
- HELPER, R. E. A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse Neglect*, v. 6, p. 251-261, 1982.
- HELPER, R. E. The etiology of child abuse. *Pediatrics*, v. 51, n. 777, 1973.
- HELPER, R., KEMPE, C. H. *Child abuse and neglect: The family and the community*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing, 1976.
- HERBERT, M. What Principals Should Know About Child Abuse? *Principal*, n. 11, p. 9-14, 1985.
- HERRENKOHL, R., HERRENKOHL, E. EGOLF, B., SEECH, M. The Repetition of Child Abuse: How Frequently does it Occur? *Child Abuse Neglect*, v. 3, p. 67-72, 1979.
- HILLSON, J. M. C., KUIPER, N. A. A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, v. 14, p. 261-285, 1994.

- HOLDEN, E. W., BANEZ, G. A. Child abuse potential and parenting stress within maltreating families. *Journal of Family Violence*, v. 11, n. 1, p. 1-12, 1996.
- HUGHES, H. M.; PARKINSON, D., VARGO, M. Witnessing apouse abuse and experiencing physical abuse: A "double whammy?". *Journal of Family Violence*, v. 4, p. 197-209, 1989.
- ILFELD, F. W. Overview of the Causes and Prevention of Violence. *Arch Gen Psychiat*, v. 20, p. 675-689, 1969.
- JAFFE, P., WOLFE, D., WILSON, S., ZAK, L. Family violence and child adjustment: A comparative analysis of 'girls' and 'boys' behavioral symptoms. *American Journal of Psychiatric*, v. 143, p. 74-77, 1986.
- JOURILLES, E. N., O'LEARY, K. D. Interpersonal reliability of reports of marital violence. *Journal Consulting Clinical Psychology*, vol. 53, p. 419-421, 1988.
- KELLY, J. *Treating child-abusive families*. New York, Plenum Press, 1983.
- KEMPE, C. H. New vistas in the prevention of child abuse. *Report of the 8th Ross Roundtable on Critical Approaches to Commom Pediatric Problems*, 1978.
- KEMPE, C. H., SILVERMAN, F., STEELE, B., DROEGMUELLER, W., SILVER, H. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, v. 181, p. 17-24, 1962.
- KEMPE, R., KEMPE, H. *Niños maltratados*. Madrid, Morata, 1979.
- KOLBO, J. R.; BLAKELY, E. H., ENGELMAN, D. Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interperssoal Violence*, v. 11, p. 281-293, 1996.

- KRINSKY, S., LIPPI, J. R. S., CELIA, S. A .H. *A criança maltratada*. São Paulo, Almed, 1985.
- LAHEY, B. B., CONGER, R. D., ATKENSON, B. M., TREIBER, F. A. Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 52, p. 1062-1071, 1984.
- LANGHINRICHSEN-ROHLING, J., NEIDIG, P. Violent backgrounds of economically disadvantaged youth: Risk factors for perpetrating violence? *Journal of Family Violence*, v. 10, n. 4, p. 379-397, 1995.
- LARRANCE, D.T., TWENTYMAN, C.T. Maternal attributions and child abuse. *Journal Abnormal Psychology*, vol. 92, p. 449-457, 1983.
- LIPP, M. N., ROMANO, A. S., COVOLAN, M. A., NERY, M. J. *Como enfrentar o stress*. Campinas, Icone, Universidade Estadual de Campinas, 1986.
- LIPPI, J. R. Maltrato: Um grave problema humano. In: KRYNSKI, S. et al. *A criança maltratada*. São Paulo, Almed, 1985.
- LISTON, T. E., LEVINE, P.L., ANDERSON, C. Polymicrobial bacteremia due to polle syndrome: The child variant of Münchausen by proxy. *Pediatrics*, v. 72, p. 211-213, 1983.
- LUNG, C. T., DARO, D. *Current trends in child abuse reporting and fatalities: the results of the 1995 annual fifty state survey*. Chicago, IL.: NCPCA, 1996.
- LUTZKER, J. R., RICE, J. M. Using recidivism data to evaluate project 12-ways: An ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, v. 2, n. 4, p. 284-301, 1987.
- MacMILLAN, H. L., MacMILLAN, J. H., OFFORD, D. R. Primary prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, n. 148, p. 151-163, 1993.

- MAHER, P. Child abuse: The secret epidemic. *Early Child Development and Care*, v. 22, p. 59-64, 1985.
- MARCOVICH, J. A criança maltratada. In: KRYNSKI, S. et al. *A criança maltratada*. São Paulo, Almed, 1985.
- MARQUES, M. A. B. *An exploratory study on violence against children in a favela in Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, New York, Columbia University, 1986.
- MARQUES, M. A. B., ASSIS, S. G., DESLANDS, S. F. FRANCO, D. C. F., PAIVA, C. M., AZEVEDO, M. A., GUERRA, V. N. A., BARISON, M. S. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Petrópolis, Vozes, 1994.
- MASH, E., JOHNSON, C., KOVITZ, K. A comparison of the mother-child interactions of physically abused and non-abused children during play and task situations. *Journal of Clinical Child Psychology*, v. 12, p. 337-346, 1983.
- McCORD, W., McCORD, J., ZOLA, I. K. *Origins of crime: A new evaluation of the Cambridge-Somerville youth study*. New York, Columbia University Press, 1959.
- McRAE, K. N., FERGUNSON, C. A., LEDERMAN, R. S. The battered child syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, v. 108, p. 859-866, 1973.
- MEADOW, R. Management of Münchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, v. 60, p. 385-393, 1985.
- MELNICK, B., HURLEY, J. R. Distinctive personality attributes of child-abusing mothers. *Journals of Consulting and Clinical Psychology*, v. 33, p. 746-749, 1969.
- MEYER, M. *A violência contra a criança: Uma questão social emergente*. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, PUC/RS, 1988.

- MILNER, J. S. A preliminary reports on a clinical screening instrumental for assessing an individual's potential for child abuse. *Proceedings of the Second National Conference on Child Abuse and Neglect*, v. 2, p. 275-279, 1978.
- MILNER, J. S., AYOUB, C. Evaluation of "at risk" parents using the child abuse potential inventory. *Journal of Clinical Psychology*, v. 36, p. 945-948, 1980.
- MILNER, J. S., WILLIAMS, P. P. Child abuse and neglect: A bibliography. *Journal Supplemental Abstract Service*, n. 1690, 1978.
- MILNER, J. S., WIMBERLEY, R. C. An inventory for the identification of child abusers. *Journal of Clinical Psychology*, v. 35, p. 95-100, 1979.
- MILNER, J. S., WIMBERLEY, R. C. Prediction and explanation of child abuse. *Journal of Clinical Psychology*, v. 36, p. 875-884, 1980.
- MINUCHIN, S. *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- NEWBERGER, C.M., COOK, S.J. Parental awareness and child asbuse: A cognitive developmental analysis of urban and rural samples. *American Journal Orthopsychiat*, vol. 53, p. 512-524, 1983.
- NOGUEIRA, M. A. *Early identification of potential or actual child abuse and neglect*. Leuveu-Belgium, Dissertação de Mestrado, 1991.
- O'KEEFE, M. Predictors of child abuse in maritally violent families. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 10, n. 1, p. 3-25, 1995.
- OCHOTORENA, J. P. *Maltrato y abandono infantil: Identificación de factores de riesgo*. Victoria Gastiez, Universidad del Pais Vasco/Ministerio de Justicia, 1988.

- PALMER, S. *The psychology of murder*. Thomas Y. Crowell, New York, 1960.
- PAPERNY, D., HICKS, R., HAMMAR, S. L. Münchausen syndrome. *American Journal of Diseases of Children*, v. 134, p. 794-796, 1980.
- PARKE, R. D., COLLMER, C. W. Child abuse: An interdisciplinary analysis. *Review of Child Development Research*, v. 5, p. 509-590, 1975.
- PELTON, L. H. Child abuse and neglect: The myth of classlessness. *American Journal Orthopsychiat*, v. 48, p. 608-617, 1978.
- PLOTKIN, R. C., AZAR, S., TWENTYMAN, C. T., PERRI, M. G. A critical evaluation of the research methodology employed in the investigation of causative factors of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, v. 5, p. 449-455, 1981.
- POSTER, M. *Teoria crítica da família*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
- PRUITT, D.L., ERICKSON, M.T. The child abuse potential inventory: A study of concurrent validity. *Journal Clinical Psychology*, vol. 41, p. 104-111, 1985.
- RAMOS, G. *Infância*. Rio de Janeiro, Record, 1980.
- RIBEIRO, S. M. P., BARRETO, R. A. Violência contra a criança. *Anais (Comunicação) SBPC*, 46ª. *Reunião Anual*, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, jul., 1994.
- ROSENBERG, M.S., REPUCCI, N.D. Abusive mothers: Perceptions of their own and their children's behavior. *Journal Consulting Clinical Psychology*, vol. 51, p. 674-682, 1983.
- RUIZ, Z. A. *Características de las distintas modalidades de abuso al menor en la República Dominicana*. República Dominicana, Onaplan, Unicef, 1990.

- SALZINGER, S., KAPLIN, S., ARTEMYEFF, C. Mother's personal social networks and child maltreatment. *Journal Abnormal Psychology*, v. 92, p. 68-76, 1983.
- SANTOS, H. O., *Crianças violadas*. São Paulo, FCBIA, 1991.
- SHNAPS, Y., FRAND, M., ROTEM, Y., TROSH, M. The chemically abused child. *Pediatrics*, v. 68, p. 119-121, 1981.
- SILVER, L. B., DUBLIN, C. C., LOURIE, R. S. Does violence breed violence? Contributions from study of the child abuse syndrome. *American Journal of Psychiatry*, v. 126, p. 404-407, 1969.
- SILVERMAN, F. N. Roetgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in young infants. *Americam Journal Roentgenology*, v. 69, n. 539, 1955.
- SIMONS, R. L., WHITBECK, L. B., CONGER, R. D., CHYI-IN, W. Intergenerational transmission of harsh parenting. *Development Psychology*, v. 27, p. 159-171, 1991.
- SKINNER, A. E., CASTLE, R. E. *Seventy-eight battered children: A retrospective study*. London, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 1969.
- SPINETTA, J. J. Parental personality factors in child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 46, p. 1409-1414, 1978.
- STAGG, V., WILLS, G.D., HOWELL, M. Psychopathology in early childhood witnesses of family violence. *Topics in Early Childhood Special Education*, v. 9, p. 73-87, 1989.
- STEELE, B.F., POLLOCK, C. A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. In R. Helfer & C. Kempe, *The Battered Child* 1968, p. 89-113, Chicago, 1968.

- STERNBERG, K. J., LAMB, M. E., GREENBAUM, C., CICCHETTI, D., DAWUD, S., CORTES, R. M., KRISPIN, O. LOREY, F. Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Development Psychology*, vol. 29, p. 44-52, 1993.
- STRAUS, M., GELLES, R., STEINMETZ, S. *Behind closed doors: Violence in the american family*. New York, Anchor/Doubleday, 1980.
- SUSMAN, E.J., TRICKETT, P. K., IANNOTTI, R. J., HOLLENBECK, B. E. ZAHN-WAXLER, C. Child-rearing patterns in depressed, abusive and normal mothers. *American Journal Orthopsychiat*, vol. 55, p. 237-251, 1985.
- TAITZ, L. S. Effects on growth and development of social: Psychological and enviromental factors. *Child Abuse Neglect*, v. 4, p. 55-65, 1980.
- TRICKETT, P. K., ABER, J. L., CARLSON, V., CICCHETTI, D. Relationship of socioeconomic status to the etiology and developmental sequelae of physical child abuse. *Developmental Psychology*, v. 27, n. 1, p. 148-158, 1991.
- TWENTYMAN, C.T., PLOTKIN, R.C. Unrealistic expectations of parents who matreat their children: An educational deficit pertaineing to child development. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 38, p. 497-503, 1982.
- VASTA, R. Physical child abuse: A dual component analysis. *Development Review*, v. 2, p. 125-149, 1982.
- WAHLER, R. G. The insular mother: Her problems in parent-child treatment. *Journal Behavior Analysis*, v. 13, p. 207-219, 1980.
- WALKER, C. E.; BONNER, B. L., KAUFMAN, K. L. *The physically and sexually abused child: Evaluation and treatment*. New York, Pergamon Press, 1988.

- WEBSTER-STRATTON, C. Comparison of abusive and nonabusive families with conduct disorders children. *American Journal Orthopsychiat.* vol. 55, p. 59-69, 1985.
- WEBSTER-STRATTON, C. Stress: A potential disrupter of parent perceptions and family interactions. *Clinical Child Psychology*, v. 19, p. 302-313, 1990.
- WITT, D. D. A conflict theory of family violence. *Journal of Family Violence*, v. 2, n. 4, p. 291-301, 1987.
- WOLFE, D. A. Child-Abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, v. 97, p. 462-482, 1985.
- WOLFE, D. A., FAIRBANK, J. A., KELLY, J. A., BRADLYN, A. S. Child abusive parents physiological responses to stressful and non-stressful behavior in childrens. *Behavior Assessement*, vol. 5, p. 363-371, 1983.
- WOLFE, D.A .,JAFFE, P., WILSON, S.K., ZAK, L. Children of battered women: the relation of child behavior to family violence and maternal stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, p. 657-665, 1985.
- WOLFGANG, M., FERRECUTTI, F. *The subculture of violence*. Barnes and Noble, New York, 1967.
- WOOLLCOTT, P., ACETO, T., RUTT, C., BLOOM, M., GLICK, R. Doctor shopping with the child as proxy patient: A variant of child abuse. *Journal of Pediatrics*, v. 101, p. 297-301, 1982.
- WOOLLEY, P. V., EVANS, W. A .Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. *Journal of the American Medical Association*, n. 158, p. 539-543, 1955.

ZALBA, S. R. The abused child: A typology for classification and treatment. *Social Work*, v. 12, p. 70-79, 1967.

ZAVASCHI, M. L. S. Abuso sexual em crianças: Uma revisão. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 67, n. 3 / 4, p. 130-133, 1989.

ZIGLER, E. *Child abuse: An agenda for action*. New York, 1980.

ANEXOS

ANEXO 1:

Revisão bibliográfica - 17 estudos sobre a violência doméstica BRADLEY & LINDSAY (1987)

Autor e Ano	Métodos e procedimentos
MILNER & WIMBERLEY, 1979	Aplicação do questionário sobre a criança potencialmente vítima de violência.
FRODI & LAMB, 1980	Exame da resposta fisiológica quando da apresentação de videotape estimulando situações estressoras e não estressoras com as crianças.
CRITENDEN, 1982	Quatro visitas domiciliares, envolvendo intervenção na rede de contatos sociais, sendo que pais e filhos participaram de uma situação diferente de aproximação em laboratório.
TWENTYMAN & PLOTKIN, 1982	Completar o questionário de expectativas de desenvolvimento.
LARRANCE & TWENTYMAN, 1983	Exame das atribuições e das expectativas maternas estimuladas pela apresentação de seis seqüências fotográficas de seus filhos e de outras crianças, incluindo comportamentos infantis estressores e não estressores.
MASH et al., 1983	Observação comportamental da interação mãe e filho, questionário de aproximação sobre o stress parental, competência e classificação do comportamento da criança.
NEWBERGER & COOK, 1983	Aproximação das razões parentais para a interação pais-filhos.
ROSENBERG & REPPUCCI, 1983	Exploração das percepções e interpretações sobre o comportamento infantil quando apresentadas três vinhetas sobre situações problema.
SALSINGER et al., 1983	Utilização de estrutura padrão na intervenção para o acesso a rede social parental.
WOLFE et al., 1983	Aproximação subjetiva a respostas fisiológicas na apresentação de vídeo-tape de interações estressantes e não estressantes entre pais e filhos.
BOUSHA & TWENTYMAN, 1984	Três sessões de 90 minutos para observar o comportamento dentro de casa.
LAHEY et al., 1984	Questionário de aproximação de depressão, ansiedade e queixas somáticas.
BAUER & TWENTYMAN, 1985	Ouvir sete vezes, fitas de 90 segundos sobre a interação estressante entre pais e filhos e avaliarem as atribuições parentais
CRITENDEN, 1985	Vídeo-tape por um a três minutos enquanto brincam com as crianças.
PRUITT & ERICKSON, 1985	Exame das respostas fisiológicas a filmes de crianças chorando e sorrindo.
SUSMAN et al., 1985	Aproximação das atitudes de criação dos filhos, valores, comportamentos e objetivos, usando o relatório das práticas desenvolvidas na criação de filhos.
WEBSTER-STRATTON, 1985	Questionário de aproximação aos comportamentos da criança e o ajustamento psicológico aos eventos da vida, observação domiciliar da interação mãe e filho e suas intervenções disciplinares.

ANEXO 2:

***Estudos sobre os efeitos da violência doméstica em suas testemunhas
(KOLBO et al., 1996)***

Autor e ano	Grupo controle	Variável Independente	Variável Dependente
WOLFE et al., 1985	Sim	Violência familiar	Comportamento, emoções e interações sociais da criança
JAFFE et al., 1986	Sim	Violência familiar	Comportamento, emoções e interações sociais da criança
JAFFE et al., 1986	Sim	Violência familiar e parental	Comportamento, emoções e interações sociais da criança
CHRISTOPOULOS et al., 1987	Sim	Violência interparental (intergeracional)	Comportamento, emoções, interações sociais e desempenho cognitivo da criança
JOURILES et al., 1988	Não	Violência marital e parental	Comportamento e emoções da criança
HUGHES et al., 1989	Sim	Violência marital e parental	Comportamento, emoções e interações sociais da criança
FANTUZZO et al., 1991	Sim	Violência parental	Comportamento, emoções e interações sociais da criança
STERNBERG et al., 1993	Sim	Violência parental	Comportamento e emoções da criança

ANEXO 3:

***IMPACTO DOS SENTIMENTOS DE SOLIDÃO, RIGIDEZ, PROBLEMAS E
CONTROLE NA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA (MILNER & WIMBERLEY,
1979, p. 100)***

DIMENSÕES	COEFICIENTE
Solidão	-.11
Rigidez	-.54
Problemas	.56
Controle	-.21

ESPECIALISTAS QUE PARTICIPARAM DA CONSTRUÇÃO DO INVENTÁRIO

PSICÓLOGAS

Profª Fátima Aparecida Bastos Oshiro

Rosélis Barbosa

FISIOTERAPEUTAS

Benedita Barbosa

Lucimeire Souza Carvalho

NUTRICIONISTAS

Profª Maria Aparecida Santos

Equipe da Santa Casa de Misericórdia de
Piracicaba

ENFERMEIRAS HABILITADAS

Profª Maria Aparecida Maluf
(responsável)

Equipe da Santa Casa de Misericórdia de
Piracicaba

MÉDICOS

Dr. José Eduardo Hellmeister Ferraz

Dr. Jacob Bergamim

Dr. Lúcio Ferraz de Arruda

Dr. José Mario Angeli

PSIQUIATRA

Dr. Luis Fernando Paulin

Equipe do Hospital Dr. Cesário Motta
Junior

PROMOTOR PÚBLICO

Dr. Edson Meneghetti

CRAMI

Sonia Cárnio (assistente social)

Therezinha Serafin (advogada)

Marivete Sendin (assistente social)

PEDAGOGOS

Maria Cecília Ferreira

DELEGADO SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

Dr. Sergio Bastos

ASSOCIAÇÃO DOS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Norival Tedesco

ASSOCIAÇÃO DOS NARCÓTICOS ANÔNIMOS

Norival Tedesco

APAE DE PIRACICABA

Equipe Técnica

CENTRO DE REABILITAÇÃO DE PIRACICABA

Rosa Pompeu