UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Maus-tratos físicos de crianças: contribuições para a avaliação de
fatores de risco psicossociais”

Aluna: Lílian Paula D. Bérghamo

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências
para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área:
Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Maus-tratos físicos de crianças: contribuições para a avaliação de
fatores de risco psicossociais”

Aluna: Lílían Paula D. Béríamo

Orientadora: Profa. Dra. Marina Rezende Bazon

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2007

Bérgamo, Lillian Paula Degobbi

Maus-tratos físicos de crianças: contribuições para a avaliação de fatores de risco psicossociais. Ribeirão Preto, 2007.

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.
Orientador: Profa. Dra. Marina Rezende Bazon

1. Maus-tratos. 2. Fatores de risco. 3. Abuso físico

Canção para a menina maltratada –

Não, não será com métrica
nem com rima.
Uma coisa sem nome violentou uma menina.
Ação barata sem a prata
do pensamento
o ouro do sentimento
o dia da empatia. Noite.
Uma coisa. Não era o lobo
nem o ogro nem a bruxa,
era a fúria do real
sem o carinho do símbolo.
Stop, a poesia parou.
Ou foi a humanidade?
Stop nada, a menina sente e segue
com métrica, rima, graça, vida.
Onde está tua vitória, ignomínia?
Uma prosa continua
poética como era
saltitante o bastante
para não perder a poesia.
A coisa (homem?) é punida como um lobo
no conto de verdade. E imprime-se um nome
na ignomínia.
A menina liberta expressa
ri e chora, volta a ser
qualquer (única) menina.
Pronta para a métrica
pronta para a rima
pronta para a vida
(canto de cicatriz),
pronta para o amor a dois,
à espera, suave, escolhido.

(Celso Gutfreind)

Dans le domaine de la science... chacun sait que son
oeuvre aura vieilli d'ici dix, vingt ou cinquante ans.
Toute oeuvre scientifique « achevée » n'a d'autres sens que
celui de faire naître de nouvelles questions : elle
demande donc à être « dépassée » et à vieillir.

(Max Weber)

Dedico este trabalho, em especial ao meu esposo, que sempre esteve ao meu lado, desde o início, com palavras e gestos de incentivo e apoio; e também a meus pais e irmãos, que torceram pelo êxito desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Marina Rezende Bazon, primeiramente pela confiança e oportunidade oferecida em realizar este estudo, e também pelo envolvimento tão profundo com a temática e com o fazer científico.

Às famílias que participaram deste estudo, abrindo a porta de suas casas e confiando na proposta de estudo apresentada, obrigada por tornar possível a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Hugo Celso Dutra de Souza por ter auxiliado na confecção do banco de dados deste estudo e também na análise dos dados.

Às Professoras-Doutoras Edna Maria Marturano, Ruth Estevão e Sônia Regina Pasian, pela disponibilidade em discutir questões de ordem metodológica, além do incentivo e apoio oferecidos em momentos de dificuldades.

Aos amigos e colegas de pesquisa do grupo GEPDIP (Grupo de Estudos e Pesquisa em Desenvolvimento e Intervenção Psicossocial), pelas oportunidades de discussão e colaboração com o aperfeiçoamento deste trabalho; em especial, à Ida Leyda Martinez Ávila e Eulálio Arteaga Piñon, pela trajetória compartilhada na busca do conhecimento, e pela amizade; e também à Juliana Martins Faleiros, sempre disposta a colaborar e incentivar.

À CAPES, pelo auxílio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente obra, por meio de forma convencional ou eletrônica, desde que citada a fonte.

Lílian Paula Degobbi Bérghamo

Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo

Ribeirão Preto-SP

li.bergamo@uol.com.br

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	12
APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	16
JUSTIFICATIVA	45
OBJETIVOS	47
METODOLOGIA	48
RESULTADOS	68
DISCUSSÃO	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	117
ANEXOS	125

Resumo

Sabe-se que o fenômeno dos maus-tratos se constitui em uma problemática complexa que envolve na sua etiologia vários fatores, sendo necessária a observação deste fenômeno por uma perspectiva multidimensional. A abordagem Ecológico-Sistêmica do desenvolvimento humano e o modelo teórico Transacional pressupõem, respectivamente, a existência de diversos contextos e variáveis de risco que se influenciam mutuamente para a produção dos maus-tratos. Dentro disto, numerosas pesquisas, principalmente no âmbito internacional, têm encontrado associação significativa entre a problemática dos maus-tratos e variáveis no nível ontogenético, no microsistema, e no exossistema, dispondo-se inclusive de um conhecimento quanto às especificidades referentes a cada tipo de maus-tratos em particular. Neste panorama, o presente trabalho teve como objetivo verificar se a associação entre determinados fatores de risco atinentes à figura do cuidador e os maus-tratos físicos seria encontrada na realidade brasileira. Vale destacar que os fatores priorizados no estudo referem-se a aspectos psicológicos, como a angústia, nível de estresse associado à função parental, nível de apoio social, estilo parental e histórico de maus-tratos na própria infância. Para tanto, comparou-se dois grupos de pais/cuidadores, sendo um notificado ao Conselho Tutelar devido a abusos físicos contra os filhos (Grupo Clínico) e outro sem histórico conhecido de abuso (Grupo de Comparação), ambos constituídos por trinta participantes (n=60), pareados entre si em características sócio-demográficas, como nível econômico e educacional, situação conjugal e número de filhos / crianças sob seus cuidados. O primeiro grupo foi recrutado a partir dos registros do Conselho Tutelar e o segundo foi composto por conveniência, a partir de indicações, na comunidade. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados tiveram a função de avaliar um ou mais fatores de risco, sendo eles: o *Child Abuse Potential Inventory* – CAP; o *Índice de Estresse Parental* – ISP; o *Inventário de Estilos Parentais* – IEP; o *Questionário de Apoio Social* - QAS e a *Entrevista da História da Infância do Adulto*. É necessário sublinhar que também foi utilizado um *Questionário de Caracterização Sócio-demográfica*, sendo que os dados coletados com este instrumento permitiam caracterizar os respondentes para proceder à equiparação dos grupos, mas

também levantar algumas informações referentes a variáveis de risco no plano sócio-demográfico. Cada instrumento foi corrigido segundo seus próprios critérios, sendo que os dados obtidos puderam ser categorizados e comparados estatisticamente por meio do *teste t de Student* para amostras independentes ou *Mann Whitney Rank Sum Test*, quando necessário. Os dados obtidos com a *História da Infância do Adulto* foram, primeiramente, analisados descritivamente, por meio da obtenção de frequências e porcentagens e, quando possível, utilizou-se o teste *Qui-quadrado* ou o teste *Exato de Fisher*, para também comparar estatisticamente os grupos, adotando-se como nível de significância $p \leq 0,05$. Os resultados encontrados indicaram diferenças significativas ($p \leq 0,05$) entre os grupos para a maioria das dimensões que compõem a *Escala de Abuso do CAP*: *angústia*, *rigidez*, *problemas com a criança e consigo* e *problemas com os outros*, verificando-se um maior potencial de risco para os participantes do grupo clínico em relação ao grupo de comparação. Quanto ao ISP, os grupos apresentaram diferenças em relação à dimensão *características da criança* e no escore total, indicando que o grupo clínico vive mais estresse nas interações com a criança do que o grupo de comparação. No IEP os grupos se diferenciaram somente na dimensão *monitoria positiva*, denotando que o grupo clínico emprega com menos frequência práticas positivas na educação dos filhos que o grupo de comparação. O QAS diferenciou os grupos nas dimensões de *apoio afetivo*, de *interação social positiva* e no escore total, apontando também que os participantes do grupo clínico se percebem com menos apoio social do que o grupo de comparação. A análise da *História da Infância* indicou que de forma geral, os adultos pertencentes ao grupo clínico viveram mais situações difíceis na infância que o grupo de comparação, sendo que estas, por vezes, se configuraram em situações de maus-tratos. Os grupos se diferenciaram também no que se refere a duas variáveis sócio-demográficas específicas: a *idade do responsável por ocasião do nascimento do primeiro filho* e o *grau de satisfação com o bairro*, denotando que os participantes do grupo clínico eram mais jovens que os do grupo de comparação por ocasião do nascimento do primeiro filho, tendo em média 19 anos, e que também eram mais insatisfeitos com o local de moradia que os do grupo de comparação. Os resultados permitem dizer que as variáveis

que discriminam os dois grupos compõem indicadores de risco para os maus-tratos físicos em nosso contexto sócio-cultural, corroborando o que é apresentado na literatura científica, quanto aos fatores que reiteradamente têm se mostrado associados ao problema no âmbito internacional. Todos eles, tomados em separado ou conjuntamente, podem servir para orientar o desenvolvimento e a avaliação de programas de prevenção primária e/ou secundária, na comunidade.

Abstract

Child maltreatment is a complex problem that involves in your etiology several factors, being necessary a multiform perspective to understand it. The Ecological-Systemic approach of human development and the Transactional theoretical model presuppose, respectively, the existence of several contexts and variables of risk that are influenced itself mutually for the production of the maltreatments. The present study aimed to establish whether exists or not association between certain risk factors relating to parents and physical abuse in Brazilian reality. The psychological aspects investigated were: distress, level of stress associated to the parental function, level of social support, parental style and historical of maltreatments in the own childhood. Two groups composed by thirty participants were compared (n=60): the first one was composed by parents who were reported to child protection agencies due to physical abuse against their children (Clinical Group) and the second one had no historical abuse (comparison group) composed by convenience form indications from the community. Both group were matched in social-demographics characteristics, as economic and educational level, conjugal situation and number of own children or children under its cares. The instruments used for data collection were: Child Abuse Potential Inventory – CAP; the Parenting Stress Index – ISP; the Inventário de Estilos Parentais – IEP; the Questionário de Apoio Social – QAS and the Entrevista da História da Infância do Adulto. Instruments were codified and statistical analyses were made to compare data from the two groups. Significance level was $p \leq 0,05$. Results pointed out significant differences between the two groups for most of the dimensions from CAP Abuse Scale: *distress*, *rigidity*, *problems with child and self*, and *problems from others*. It was also verified a higher risk potential for physical abuse related to the participants of the clinical group. With regards to ISP, the groups presented differences related to the child's characteristic dimension and in its total score, pointing that clinical group has more stress during interactions with their children than comparison group. The IEP showed differences between groups only for the dimension of positive supervision, denoting that the clinical group uses less frequently positive practices in the children's education. QAS differentiated the groups in the dimensions of

affective support, of positive social interaction and in the total score which means that clinical group has less social support than the comparison group. The analysis of the history of the Childhood indicated that in a general way, the adults belonging to the clinical group had lived more difficult situations than the comparison group. The two groups also differed in two specific social-demographic variables: the age of mother/father at the first child's birth and the satisfaction degree related to neighborhood, denoting that the participants of the clinical group were younger in the occasion of the first child's birth (median= 19 years old) and that they were also more unsatisfied with the home place. The results allow us to say that the variables that discriminate the two groups are indicators of risk for physical maltreatments in our social-cultural context. That corroborate with what is pointed in the scientific literature, with relation to factors that repeatedly have been showed associated to the problem of physical maltreatment in the international ambit. These results may help us, in Brazilian context, guiding the development and the evaluation of primary or secondary prevention programs in the community.

Apresentação

O presente estudo insere-se no quadro de investigações científicas que vêm sendo desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Desenvolvimento e Intervenção Psicossocial (GEPDIP), concernentes aos maus-tratos de crianças e adolescentes.

De acordo com os levantamentos efetuados neste contexto, embora o volume de trabalhos nacionais referentes à temática tenha aumentado, nos últimos anos, denotando a preocupação acadêmica e social com o mesmo, há ainda muitos aspectos a serem investigados.

O dimensionamento desta problemática, na realidade brasileira, coloca-se ainda como um desafio. Em relação a isto, no GEPDIP, deu-se início a uma linha de pesquisa, de natureza epidemiológica, buscando mensurar de forma mais realista o problema, a partir do levantamento de informações no setor educacional. Grosso modo, os resultados obtidos permitem afirmar que a ocorrência do fenômeno é muito maior que a indicada pelos números fornecidos pelas agências oficiais de proteção, dado que necessariamente aumenta a preocupação e pode orientar políticas públicas de sensibilização ao problema da infância e adolescência maltratada e seu enfreamento.

Outro aspecto, também visado pelo GEPDIP, concerne aos fatores associados à ocorrência do fenômeno, fundamentalmente no plano psicossocial, ou seja, as características dos perpetradores dos maus-tratos.

Focando especificamente os maus-tratos físicos, ou seja, os abusos que incidem sobre o corpo da criança/adolescente, muitas vezes correlacionados ao uso de punição corporal por parte dos adultos, como modo de intervir em determinadas situações com as crianças, detectam-se vários estudos, sobretudo no âmbito internacional, visando identificar variáveis relevantes. Alguns trazem à tona, entre outros aspectos, a relação dos maus-tratos com as percepções e atitudes dos pais frente aos comportamentos infantis considerados por estes como negativos; outros demonstram a ocorrência de histórico de maus-tratos na infância dos adultos; há os que evidenciam sua relação com a falta de apoio social, colocando esta como variável de mediação do potencial para os maus-

tratos físicos da criança; há também estudos que sublinham o entendimento (os sentidos atribuídos) por parte dos cuidadores à disciplina punitiva recebida na infância, assim como em relação à aplicação deste método com os próprios filhos.

Cientificamente, têm-se buscado formas de investigar tais fatores e examinar seu grau de associação e correlação com a problemática. O Inventário de Potencial de Abuso Infantil (*Child Abuse Potential Inventory* – CAP), desenvolvido por Milner (1986), é um destes instrumentos, já que avalia algumas características psicossociais relacionadas aos maus-tratos com vistas a aferir o potencial de risco. Além deste, outros instrumentos têm sido propostos para a avaliação de fatores de risco relacionados às práticas parentais disfuncionais, como o Índice de Estresse Parental (*Parenting Stress Index* – PSI), de Abidin (1990) e o Inventário de Estilos Parentais (Gomide, 2006).

E é, por efeito, nesta nova linha de investigação traçada pelo GEPDIP que o presente estudo foi proposto: verificar quais fatores de risco estão relacionados ao fenômeno dos maus-tratos físicos, em nossa realidade brasileira, comparando para tanto dois grupos distintos, um composto por pais/responsáveis que maltrataram fisicamente os filhos (grupo clínico) e outro composto por pais/responsáveis sem histórico dessa natureza (grupo de comparação).

Em longo prazo, o GEPDIP pretende contribuir para a produção de um conhecimento mais sistematizado na área e auxiliar diretamente a atuação de profissionais que trabalham no enfrentamento do problema, no Brasil, fornecendo elementos que tornem as avaliações e as intervenções de ajuda mais estruturadas.

I - INTRODUÇÃO

Antes de abordar os maus-tratos em suas concepções teóricas, etiológicas e metodológicas, entende-se como necessário realizar um breve histórico acerca dos conceitos de infância e maus-tratos, postulando-se como fundamental a realização de um recorte que permita contextualizar sócio-historicamente o problema.

Neste sentido, historiadores apontam que as sociedades ocidentais sempre exerceram algum tipo de violência com suas crianças. Na Antigüidade, as práticas do infanticídio, abandono e punição física eram toleradas e justificadas, já que os filhos, considerados como propriedade dos pais, não recebiam qualquer tipo de proteção institucional, sendo a agressão um expediente de disciplina. Badinter (citado por Bringiotti, 2000) refere que até metade do século XVIII, denota-se a ausência do amor como valor familiar.

A partir do século XVII, entretanto, as práticas do aborto, do abandono e do infanticídio tornaram-se condenadas pelo clero. No período que vai do final da Idade Média até a Revolução Francesa, outros direitos dos pais foram sendo limitados também pelo Estado.

Com respeito ao tratamento da criança, apresentam-se aqui duas posturas diferentes quanto ao significado acoplado ao conceito de infância. Pollok sustenta que alguns autores, como Áriès e Hoyles vêem as transformações do século XVII como propulsoras de disciplinas mais rígidas, e outros, como Badinter e De Mause apontariam em direção oposta, ou seja, uma melhoria no tratamento e educação das crianças. Porém, ambos concordam com a existência de maus-tratos infantis (Bringiotti, 2000).

Na sociedade ocidental, segundo Sacroisky (2003), o comportamento violento tem sido considerado parte do contrato social, sendo difícil estabelecer onde esta situação não é maus-tratos e em que momento pode-se considerar como tal.

De igual modo, o dilema surge também pelas diferentes concepções acerca de qual é o método de criação adequado. Além das várias concepções sobre a criação dos filhos, há no meio social, atitudes, condutas e normas sociais que se tornam naturalizadas ao longo do tempo. Aqui,

entra a questão da violência em suas diferentes manifestações, sendo que um exemplo desta naturalização faz referência a uma suposta característica inata da agressividade humana. Estas contribuem para o estabelecimento de representações sociais, que estão imersas na cultura, referentes à mulher, à criança, ao homem, ao idoso e também aos maus-tratos infantis.

Assim, os maus-tratos deveriam ser definidos, idealmente, para além das distintas culturas, de modo a possibilitar o estabelecimento de um conceito universal em que se reconhecesse os direitos da criança e os parâmetros de desenvolvimento satisfatório, ainda que se considere as diferenças existentes entre as diversas sociedades.

É preciso, contudo, reconhecer a dificuldade de conceituação do fenômeno. Tal problemática passou por vários períodos antes de ser identificada como problema social, o que aconteceu somente em 1961, quando Kempe organizou um simpósio interdisciplinar na Reunião Anual da Academia Americana de Pediatria sobre a *Síndrome da Criança Golpeada*. Mais tarde, é descrita a *Síndrome do Bebê Sacudido*, um tipo de maltrato com repercussões neurológicas. Em 1970, segundo Bringiotti (2000), Gil destaca as responsabilidades sociais e institucionais em relação ao problema e, em 1971, delinea-se, pela primeira vez, o maltrato emocional.

O reconhecimento dos maus-tratos infantis e sua tipificação como problema clínico, psicológico e social, se faz entre meados dos anos setenta e oitenta. “*Em 1977 começa a funcionar a Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência a Criança (ISPCAN) e em 13 de maio de 1986 surge a Carta Européia dos Direitos das Crianças Hospitalizadas*” (Bringiotti, 2000, p. 31).

Há que se destacar que, anteriormente, já havia sido anunciada uma série de medidas de proteção à infância, a partir da Declaração dos Direitos da Criança de 1923, aprovada em 1959, na Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU).

1- Uma Definição Geral de Maus-Tratos e de Maus-tratos físicos e sua incidência/prevalência

Um trabalho realizado nos Estados Unidos, em 1981, pelo *National Center on Child Abuse and Neglect*, recolheu dados sobre a ocorrência de maus-tratos e formulou alguns critérios que deveriam estar presentes nas definições, propondo que, de modo geral, dever-se-ia considerar como maus-tratos:

"qualquer dano físico ou psicológico não acidental contra uma criança menor de dezesseis ou dezoito anos, conforme o regime de cada país, ocasionado por seus pais ou cuidadores, que ocorre como resultado de ações físicas, sexuais ou emocionais de omissão ou permissão e que ameaçam o desenvolvimento normal, tanto físico como psicológico da criança" (Bringiotti, 1999, p.40).

Tal definição é utilizada nos estudos que levam em conta as consequências dos maus-tratos para as crianças, as quais são documentadas como: problemas médicos, déficits cognitivos, problemas comportamentais e déficits sócio-emocionais, além dos fatores que podem concorrer para a produção do fenômeno.

Em muitos trabalhos, têm-se empregado o conceito de maus-tratos como uma categoria única, homogênea, mas reconhece-se, atualmente, que para o êxito das investigações, assim como das intervenções, é fundamental o entendimento sobre qual tipo está sendo focado.

Um guia de prevenção foi elaborado em conjunto pela *Organização Mundial de Saúde* e pela *Sociedade Internacional para Prevenção do Abuso Infantil e Negligência* em 2006, com vistas a proporcionar um panorama das condições ou aspectos que se relacionam com intervenções eficazes no campo dos maus-tratos, delineando os fatores de risco que podem estar correlacionados com tipos específicos, formas de se obter informações sobre os casos, como por exemplo, os levantamentos epidemiológicos, e as estratégias que atualmente têm sido usadas na prevenção e que têm demonstrado efetividade. Um dos aspectos apresentados no guia refere-se à definição do problema, sendo que em relação aos maus-tratos físicos, especificamente, assume-se que estes se

“caracterizam pelo uso intencional da força física contra a criança que resulta, ou tem alta possibilidade de resultar em dano a sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade. Os atos agressivos incluem pancadas, surras, mordidas, estrangulamentos, queimaduras, envenenamentos e sufocamentos” (WHO & ISPCAN, 2006).

Acredita-se que os maus-tratos físicos sejam a forma mais evidente dos maus-tratos, caracterizando-se, por vezes, como uma emergência médico-social com elevado impacto psicológico (Sacroisky, 2003).

Gomes, Silva, Junqueira e Junger (2002) avaliaram a percepção dos profissionais sobre a abordagem dos maus-tratos contra crianças e adolescentes em uma unidade pública de saúde, identificando, especificamente com relação aos maus-tratos físicos, que tais profissionais os associam à faceta mais visível da violência, usando a denominação violência ativa para referir-se a ele, além de terem mais dificuldade para defini-lo em função de seu caráter auto-explicativo. Em sua conclusão, o trabalho também aponta para a necessidade de não reduzir o abuso físico às marcas existentes no corpo das crianças.

De acordo com Black, Heyman e Slep (2001), o *status* do abuso físico foi operacionalizado tanto pelos serviços de proteção como pelos estudos de incidência, estes usando critérios que ora satisfazem ora não os padrões utilizados pelos serviços de proteção. Alguns autores como, por exemplo, Sedlak (citado por Black e cols., 2001) afirmam que os maus-tratos físicos são caracterizados quando provocam um dano real para a criança. Esta definição é utilizada em estudos de incidência, necessários para abarcar as crianças detectadas por profissionais de diversas áreas (professores, médicos), mas que não são investigadas pelos serviços de proteção. Segundo o autor, tal definição estabelece um ponto de vista restrito, excluindo crianças para as quais os maus-tratos são consubstanciados por critérios mais amplos, geralmente utilizados pelos serviços de proteção.

Um estudo canadense (Trocmé, MacMillan, Fallon & De Marco, 2003) que examinou a natureza e a severidade do dano físico obteve os seguintes resultados: em 18% dos casos consubstanciados foi documentado algum tipo de dano físico, muitos envolvendo contusões, cortes

e arranhões. Em 4% dos casos consubstanciados, o dano foi severo o suficiente para requerer atenção médica, e em menos de 1% houve a necessidade de uma atenção médica intensiva já que se evidenciou a presença de ossos quebrados e traumas na cabeça. O dano foi observado mais freqüentemente em casos de maus-tratos físicos se comparados a outros tipos de maus-tratos.

Com relação à dimensão do fenômeno, no contexto brasileiro, destacam-se alguns apontamentos.

O Laboratório de Estudos da Criança (LACRI - USP) iniciou, em 1996, um levantamento dos casos notificados a instituições de proteção onde residiam os alunos inscritos em seu telecurso, por meio de um instrumento padronizado. Os resultados indicam uma prevalência maior de casos de negligência, seguida pelos casos de maus-tratos físicos (LACRI, 2004).

O Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI), do ABCD paulista, também realizou um levantamento por tipo de maus-tratos, entre os anos de 1992 a 2002, concluindo, em seu turno, por uma mais alta prevalência de violência física, seguida por abuso sexual (CRAMI, 2004).

Em Ribeirão Preto, um levantamento verificou que os casos notificados aos Conselhos Tutelares, referentes a faixa etária entre 0 e 18 anos, eram majoritariamente de negligência (55%), seguidos pelos de violência física (17%) (Bazon, 2004).

Em termos de investigações científicas, destaca-se o trabalho realizado em Duque de Caxias (RJ), no ano de 1990, que teve como um dos objetivos verificar a existência de violência física sofrida por jovens de escolas municipais. Os resultados apontaram que 31,5% da amostra vivenciavam alguma forma de punição física, sendo que 12,5% afirmaram sofrer punições severas. Além disso, foi encontrado que a maior concentração destes casos correspondeu à faixa etária de 11 a 13 anos (Assis, 1991).

Na mesma linha, no Ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas, da cidade de Campinas, realizou-se uma pesquisa junto às acompanhantes de crianças de 0-13 anos, com o

objetivo de investigar a prevalência da utilização da violência física enquanto medida disciplinar. Os resultados indicaram uma taxa de 10,8% de crianças padecendo com o problema (Davoli e cols., 1994).

Um outro trabalho, buscando prioritariamente verificar a relação entre agressividade na adolescência e punição física na infância, obteve como dado secundário que 54% da amostra tinha sido submetida à punição física severa, freqüente ou ocasional (Meneghel, Giugliani & Falceto, 1998). Os jovens que freqüentavam a escola particular foram responsáveis por 33% dos relatos envolvendo a ocorrência de punição física na infância, sendo que 67% advinham de escolas públicas. Vale dizer, que as situações de violência graves e freqüentes estiveram distribuídas de forma semelhante em ambos os tipos de escolas.

Um estudo epidemiológico, realizado por Matias (2004), com base em informações oferecidas pelos educadores/professores, visou verificar a prevalência de maus-tratos sofridos por crianças de 0 a 6 anos, na cidade de Ribeirão Preto – SP, que freqüentavam estabelecimentos educacionais públicos e privados. As autoras encontraram uma taxa global de 8%, sendo que os maus-tratos físicos figuraram em quinto lugar, respondendo por aproximadamente 9% do total de casos identificados.

Outro estudo epidemiológico, realizado por Faleiros e Bazon (2006), também tendo por fonte os professores, buscou estimar a prevalência de maus-tratos em crianças que freqüentavam de 1ª a 4ª séries do ensino fundamental em escolas particulares e públicas de Ribeirão Preto. Os resultados apontaram uma prevalência global de 3,9%, denotando que ao menos uma criança em cada sala de aula das respectivas séries poderiam estar vivendo situações adversas em suas famílias. Neste estudo, o tipo negligência, em suas diversas categorias (falta de controle parental, abandono emocional e abandono físico) foi o mais assinalado. Especificamente em relação aos maus-tratos físicos, nos estabelecimentos públicos, 20% do total de casos identificados corresponderiam a esse tipo, sendo que nas escolas particulares a proporção seria de 8%.

Em outras realidades, recenseou-se um número ainda maior de estudos buscando estimar a dimensão dos maus-tratos, e trazendo alguma informação sobre os abusos físicos.

Na Austrália, entre os anos de 1997 e 1998, um levantamento realizado em 3 estados, através dos serviços de proteção infantil, evidenciou uma prevalência global de 5,9 %. Em relação ao abuso físico verificou-se uma ocorrência média de 31%, a negligência de 30% e o abuso sexual de 19% (Australian Institute of Health and Welfare, 1999).

Na Espanha, um estudo epidemiológico foi realizado nas províncias do País Basco, Catalunha e Andaluzia, por meio de informações obtidas junto a vários setores da sociedade (educacional, judiciário, social e da saúde). Na Catalunha (em 1991) os resultados indicaram que 5% das crianças com menos de 16 anos vivenciavam algum tipo de maus-tratos, sendo que os tipos mais freqüentes seriam o abandono físico (78,5%), os maus-tratos emocionais (43,6%) e os maus-tratos físicos (27%) (Inglés citado por Bringiotti, 2000).

Na Andaluzia (em 1992), constatou-se que 15% dos jovens com menos de 18 anos eram maltratados. O abandono físico ocorria em 72% dos casos, os emocionais em 45%, os físicos em 22% e o abuso sexual em 3,6% dos casos (Moreno, Jiménez, Oliva, Palácios & Saldanha citado por Bringiotti, 2.000)

No País Basco (em 1995), os resultados apontaram que 15% dos jovens com menos de 15 anos sofriam algum tipos de maus-tratos, com 50% dos casos sendo referentes ao abandono físico, 17% ao abandono e maus-tratos emocionais, 15% à falta de controle parental e 8% referentes aos maus-tratos físicos (Ochotorena, Arruabarrena, Torres & Munõz citado por Bringiotti, 2000).

No continente americano, os Estados Unidos destacam-se devido à extensão de suas investigações na área. Um levantamento realizado pela Agência Nacional do Bem Estar da Criança, em 2002, em relação aos casos confirmados ou de forte suspeita de ocorrência de maus-tratos, contabilizou um taxa de 12,3%, estimando-se que a ocorrência de casos fatais, girava em torno de 1,6 para cada 1.000 casos (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

No Canadá, o primeiro estudo nacional sobre a prevalência, englobando crianças menores de 16 anos, foi realizado em 1998, junto aos casos assinalados nos serviços de proteção. A taxa encontrada para os casos confirmados foi de 9,71%. Destes, 46% referiam-se à negligência, 37% a abuso emocional, 25% a abuso físico e 10 % a abuso sexual (Trocme, Tourigny, MacLaurin & Fallon, 2003).

Vindo para a América Latina, um estudo realizado no Chile, na cidade de Puente Alto, com estudantes menores de 15 anos, revelou uma prevalência de 24,3%. Dos casos encontrados 15,3% referiam-se ao maltrato emocional, 14,2% a abandono emocional, 9,4% a maus-tratos físicos, 8,6% a abandono físico, 6,3% a negligência educacional e 0,2% a abuso sexual (De la Barra, Rodríguez, Alvarez, Vergara Del & Toledo, 1998).

Em outro estudo, realizado na cidade de Temuco – também no Chile – com 422 famílias, às quais se aplicou a escala *Conflict Tactic Scale* (CTS) para verificar as estratégias de resolução de conflitos usadas pelos pais, verificou-se que 45% das famílias empregavam violência física e 17% violência psicológica na resolução de conflitos com seus filhos. Uma taxa de 2,6% das mães e 1,2% dos pais reconheceu o uso da violência grave com seus filhos (Vizcarra, Cortês, Bustos, Alarcón & Muñoz, 2001).

Na Argentina um levantamento, em Avellaneda, com uma amostra representativa de 1.861 ocorrências de maus-tratos, observou-se a incidência de 1,5 tipos de maus-tratos por criança. Os abusos físicos responderiam por proporção de 15%. O mesmo estudo, replicado na Capital Federal, evidenciou 1.969 ocorrências de maus-tratos, com 1,6 tipos de maus-tratos por criança. Os abusos físicos, no caso, responderiam por 18,2% do total (Bringiotti, 1999).

Em síntese, pode-se dizer que os maus-tratos físicos parecem figurar como um tipo que acontece com uma frequência tanto mais elevada quanto mais o levantamento busca pelos casos de “punição física” na comunidade, posto que esse normalmente se confunde com as práticas punitivas utilizadas para disciplinar as crianças, sendo, portanto, naturalizado no cotidiano de muitas famílias.

1.2 - As consequências dos maus-tratos físicos para o desenvolvimento da criança

Vários estudos têm se preocupado em apontar as consequências dos maus-tratos físicos para o desenvolvimento da criança, tanto a curto como em longo prazo.

Segundo Hecht e Hansen (2001), os efeitos ou consequências variam de acordo com a frequência, duração, e intensidade dos maus-tratos, em associação com os recursos apresentados pela criança e ambiente. A abordagem da psicopatologia desenvolvimental enfatiza que não existe uma única causa para os sintomas após uma situação de maus-tratos, mas sim que existiriam múltiplos caminhos, considerando-se a presença de outros fatores de risco existentes nos vários níveis, não somente no plano individual ou familiar.

Porém, há na literatura evidências de que as crianças maltratadas na primeira infância tendem a desenvolver apegos inseguros com os cuidadores, levando a problemas posteriores como relações pobres com os pares, baixa auto-estima, comportamento agressivo e depressão. As crianças jovens que são maltratadas tendem a desenvolver comportamentos agressivos (Kolko citado por Hecht & Hansen, 2001).

Segundo os autores, os maus-tratos físicos também impactam o auto-conceito da criança, pois quando os adultos utilizam a violência, estão transmitindo uma mensagem subjacente de como as outras pessoas a avaliam e de como o ambiente reagirá aos seus comportamentos.

Um relevante estudo (Rodriguez, 2006) verificou a forma pela qual as atitudes abusivas afetam as atribuições ou significados dados pelas crianças aos eventos, bem como se relacionam com problemas de internalização. O estilo de atribuição de significados mal-adaptativo está ligado ao desenvolvimento de depressão e ansiedade. Isto ocorre quando os eventos positivos são atribuídos a causas instáveis e externas à criança, e os negativos são explicados em função de causas estáveis, internas e globais (pertencentes à própria criança).

A hipótese do trabalho foi que essas atribuições poderiam explicar porque o abuso físico levaria a sintomas de internalização (como depressão e ansiedade), testando uma possível mediação do estilo de atribuição. Os resultados revelaram que o componente mais importante para o risco de

abuso e problemas internalizantes foi a explicação ou atribuição adotada para os eventos positivos, mas não para os negativos, ou seja, sempre que um evento positivo ocorria, ele era atribuído a causas externas, específicas e instáveis. Desta forma, o estudo aponta que o risco ou a ocorrência de maus-tratos físicos pode interferir com a capacidade da criança para internalizar experiências positivas em sua vida, além de gerar uma perspectiva pessimista sobre os bons eventos que ocorrem, assumindo uma postura resignada em relação a eles.

O estudo de Levendosky, Okun e Parker (1995) examinou o papel preditivo da depressão e dos maus-tratos quanto a problemas relacionados à competência social e às habilidades de resolução de problemas em crianças de idade escolar. Segundo os autores, tanto a competência como as habilidades sociais são de extrema importância neste momento da vida da criança, pois inicia-se um aumento na rede social e formação de relações mais estáveis. Os resultados indicaram que as crianças maltratadas eram menos competentes socialmente do que as não-maltratadas, porém isto não pareceu estar relacionado a déficits na resolução de problemas, mas à qualidade emocional das relações estabelecidas com os pares. Esses resultados sugeriram a hipótese de que as crianças maltratadas têm conhecimento adequado de habilidades para resolver os problemas, mas falham no momento de implementá-las. Além disso, o estudo apontou que há um efeito aditivo da depressão e maus-tratos, isto é, as crianças deprimidas e que sofrem maus-tratos apresentaram ainda menos competência social.

1.3 - Modelos teóricos dos maus-tratos infantis

Um dos referenciais teóricos utilizados para investigar os maus-tratos, ou mais propriamente a vitimização doméstica de crianças, tem uma base histórico-crítica, a qual enfatiza as relações de poder existentes na cultura e na organização social e sua reprodução na esfera das relações intra-familiares (Azevedo & Guerra, 1997).

Outro referencial bastante difundido, de base empírica, remete mais especificamente ao modelo Ecológico-Sistêmico do desenvolvimento humano e dos distúrbios que lhe acomete,

ênfatizando a existência de múltiplas variáveis que se influenciam reciprocamente, situadas em diferentes sistemas que se comunicam. Seus principais representantes são Garbarino e Belsky (Bringiotti, 2000).

Os contextos envolvidos na ocorrência dos maus-tratos seriam o relativo ao *desenvolvimento ontogenético*, que abarca a história pessoal dos pais, a sua criação e o tipo de atenção recebida na infância; o *microsistema*, que engloba todas as situações que envolvem os membros da família, inclusive suas características psicológicas e comportamentais; o *exosistema*, representado pelas estruturas sociais, tanto formais como informais, como o trabalho, a rede de relações sociais, a distribuição de bens e serviços; o *macrosistema* representado pelos valores culturais e sistemas de crenças, incluindo variáveis de ordem socioeconômica (recursos de uma sociedade e sua distribuição), estrutural (organização e funcionamento concreto de uma sociedade), e a cultural (normas e valores presentes em cada grupo social).

Em associação à perspectiva Ecológico-Sistêmica, o modelo Transacional propõe que as diferentes variáveis, nos diferentes sistemas, se influenciando reciprocamente, constituem fatores de risco e proteção, sendo que os de risco aumentariam a possibilidade dos maus-tratos ocorrerem e os de proteção diminuiriam esta possibilidade. Assim, a família deveria experimentar um equilíbrio em relação a estes fatores (Bringiotti, 2000).

Vale dizer que o presente trabalho adota a perspectiva teórica subjacente a esses dois modelos, uma vez que busca estudar variáveis no plano ontogenético, do micro e do exosistema, relativas a cuidadores que praticaram maus-tratos físicos verificando se essas se constituem em fatores de risco.

A partir da identificação dos fatores de risco associados aos maus-tratos, no plano do microsistema, concernente às relações proximais, proposições explicativas têm sido propostas inspiradas na “Teoria do Processamento da Informação Social”. Joel Milner, por exemplo, desenvolve um modelo que engloba quatro fases no processamento cognitivo da informação, e ainda uma constituição inicial de esquemas cognitivos prévios que influenciam a maneira pela qual

o sujeito percebe as condutas infantis (Ochotorena, 1996). Foram formulados ainda, outros modelos, como o de Wolfe, que postula a movimentação dos pais por três estágios que culminam na atitude parental de maus-tratos, incluindo vários fatores de compensação e de desestabilização nestes estágios (Black e cols, 2001). Além disso, existe o modelo denominado “Estresse e Afrontamento”, de Hillson e Kuiper, que considera as estratégias de enfrentamento diante de situações difíceis como uma variável central na produção dos maus-tratos (Ochotorena, 1996; Bringiotti, 2000).

Com base no modelo Transacional, que leva em consideração a interdependência entre fatores de risco e proteção, é relevante discorrer sobre algumas variáveis relacionadas às características psicossociais dos adultos responsáveis pelo cuidado infantil.

Nesta direção, Milner e Chilamkurti (1991) realizaram uma ampla revisão de literatura sobre estas características. Os autores apontam que inicialmente os modelos explicativos eram baseados em noções psiquiátricas, já que os indivíduos que cometiam maus-tratos físicos eram vistos como tendo uma psicopatologia. Depois, surgiram modelos multidimensionais incluindo fatores do perpetrador, familiares e sociológicos.

Com respeito aos **fatores sociológicos**, os demográficos como gênero, idade, nível de escolaridade, representam características relevantes no desenvolvimento de práticas educativas. Alguns estudos indicam que as mulheres maltratam mais os filhos do que os homens. Além disso, a baixa renda tem sido associada com baixo nível educacional, com a condição de monoparentalidade, baixo nível de saúde e altos níveis de angústia e psicopatologia.

Milner e Chilamkurti (1991) também mencionam a história de abuso na infância como uma característica muito citada na literatura. O estudo de Strauss, Gelles e Steinmetz (1980) verificaram uma relação entre ter sofrido maus-tratos na infância e altos escores na *Conflict Tactics Scale* e no *Child Abuse Potential Inventory*. Porém, há que se considerar a severidade e cronicidade para que haja estas correlações.

Uma explicação para a transmissão intergeracional seria a da perspectiva da aprendizagem social e outra seria a da interação de variáveis na família, como pobre comunicação, expectativas parentais inapropriadas, falta de suporte emocional, as quais poderiam se constituir como mediadoras da transmissão intergeracional.

Com relação aos **fatores biológicos**, os autores apontam a falta de pesquisas que relacionam déficits neuropsicológicos e abuso físico, porém ressaltam que resultados de pesquisas demonstram que os pais que maltratam os filhos possuem problemas em áreas cognitivas, como habilidade de raciocínio abstrato, flexibilidade em entender o comportamento da criança e capacidade de selecionar estratégias adequadas de manejo.

A reatividade fisiológica tem sido mencionada como uma característica destes cuidadores, que apresentariam traços de hiperatividade frente a estímulos relacionados à criança. Os autores citam um estudo de Frodi e Lamb (1980) que compararam mães abusivas com um grupo controle, encontrando maior reatividade por parte das primeiras frente ao sorriso da criança, além de mais irritação frente ao choro.

Dentre os **fatores cognitivos/afetivos** citados por Milner e Chilamkurti (1991), uma baixa auto-estima e força egóica aparecem na literatura como correlacionados ao abuso físico, pois podem levar a percepções negativas do comportamento da criança e inabilidade em lidar com o estresse.

O “locus” de controle também se enquadra dentro dos fatores cognitivos de risco para o abuso físico e diz respeito à percepção dos pais de que seu comportamento é controlado por fatores externos a eles, ou seja, de que não possuem domínio de suas atitudes. Isto se relaciona com a percepção de muitos problemas de comportamento nas crianças.

Outros aspectos dos pais que maltratam fisicamente dizem respeito às percepções, atribuições e avaliações do comportamento das crianças. Os autores encontraram estudos que apontam que estes cuidadores percebem suas crianças como mais disruptivas e desobedientes. O estudo de Mash (citado por Milner & Chilamkurti, 1991) verificou que as mães abusivas classificaram as crianças como mais problemáticas do que mães não abusivas. Com respeito às

atribuições, os pais que maltratam atribuem o comportamento positivo da criança a condições externas, instáveis e específicas, e o comportamento negativo a condições internas e estáveis, conforme mencionado anteriormente. Considerando as avaliações que os pais fazem das transgressões cometidas pela criança, os estudos apontam, de forma geral, o cometimento de um maior número de erros em mães com alto risco para os maus-tratos, em comparação às avaliadas como de baixo risco.

Outro aspecto ligado aos fatores cognitivos são as expectativas dos pais sobre o comportamento da criança. Milner e Chilamkurti (1991) apontam que há menos evidências referentes a este aspecto, embora alguns estudos ressaltem que as expectativas tendem a ser ou muito altas ou muito baixas. Milner e Chilamkurti (1991a), em uma investigação própria, encontraram como resultados que as expectativas variam de acordo com as transgressões das crianças, pois as mães em alto risco esperavam menos obediência quando as transgressões se relacionavam à esfera moral e pessoal, denotando baixas expectativas quando se tratava de comportamentos sérios e altas expectativas quando a transgressão dizia respeito a comportamentos comuns para crianças.

O estresse e a angústia são também componentes relacionados ao comportamento de pais abusivos. Porém, segundo Milner e Chilamkurti (1991), a angústia seria o melhor representante do estado interno destes pais, já que alguns estudos levantados por estes autores não chegaram a resultados que permitissem uma relação entre estresse e abuso físico, pois nem sempre as situações de estresse vividas pelos pais despertariam reações agressivas com os filhos.

A depressão foi um fator de risco para os maus-tratos físicos muito citado na literatura revisada por Milner e Chilamkurti (1991). Eles ressaltam, entretanto, que ainda não está clara a relação entre estas duas variáveis, pois não se sabe ainda que aspectos do estilo cognitivo ou estado afetivo de pessoas com depressão contribuem para o abuso físico.

Dentre os **fatores comportamentais** está o uso ou abuso de álcool e/ou drogas por parte dos pais que apresentam padrões mais severos de agressão física. Porém, segundo os autores, são

poucos os estudos desta natureza, e os que existem apresentam limitações metodológicas quanto à definição do que seria o consumo, o abuso e a dependência de álcool, dificultando a interpretação dos resultados, e não deixando claro se o álcool está relacionado com abuso físico ou não, representando os índices da população geral. No entanto, os autores apontam um estudo (Josephs e Steele, 1990) onde os efeitos do álcool poderiam ser moderados pelos déficits provocados nas habilidades de processamento cognitivo. Assim, os cuidadores com comprovados problemas neuropsicológicos poderiam apresentar um prejuízo cognitivo ainda maior se utilizassem o álcool, indicando que existe uma relação complexa entre o uso de álcool/drogas, outros fatores de influência e abuso físico infantil.

O isolamento social de pais que maltratam seus filhos também é um fator estudado em várias pesquisas (Elmer, 1977; Young, 1964; Gil, 1970) que apontam a falta de redes de suporte familiar e de pares, além da não participação em atividades da comunidade como importantes variáveis.

Segundo Ochotorena (1996), o apoio social é entendido como o grau em que as necessidades sociais são gratificadas por meio da interação com outras pessoas, incluindo ajuda emocional e material. Para o autor é necessária a análise das relações entre estresse e apoio social na ocorrência dos maus-tratos.

Ainda entre os fatores comportamentais, Milner e Chilamkurti (1991) ressaltam as interações entre pais e crianças e as estratégias de disciplina. Com relação à primeira, os estudos revisados apontam que há padrões de interação aversivos entre os responsáveis e a criança quando ocorre o abuso físico. Existem evidências de que os pais demonstram mais agressão verbal e não verbal, além de gastarem menos tempo em interações positivas do que os pais que não maltratam. Quanto às estratégias de disciplina, a maioria dos estudos indica que as mães que maltratam utilizam a punição física como forma de controle, mais frequentemente do que as mães que não maltratam, além de pouco utilizarem estratégias de disciplina baseadas na explicação ou indução. Também utilizam estratégias baseadas na afirmação do poder, como ameaças e desaprovação.

A questão colocada pelos autores é se estes pais aderem a tais estratégias punitivas por falta de habilidades ou porque há a influência de outros fatores, como as atribuições e a avaliação da transgressão, ou ainda, por considerarem tais estratégias efetivas. Notou-se que as mães com alto risco usam a afirmação do poder por avaliarem as transgressões menos graves como sérias e por considerarem esta estratégia de disciplina realmente efetiva.

Um outro estudo de revisão, mais recente (Black e cols 2001), também aponta as variáveis relacionadas às características dos perpetradores. Nele, o modelo etiológico baseado em fatores de risco apoiar-se-ia em variáveis distais do perpetrador, isto é, a história de abuso na infância e um restrito suporte social da família. Em seguida, apresentar-se-iam as variáveis familiares atuais como: paternidade precoce, alcoolismo, residência em comunidades empobrecidas, ou ainda a constituição de famílias monoparentais.

Dentre as variáveis proximais que aumentam a probabilidade de os pais empregarem táticas disciplinares severas ou maus-tratos físicos, encontram-se: um estado de tristeza da mãe (infelicidade, angústia emocional, ansiedade, solidão e isolamento, depressão, queixas somáticas, problemas interpessoais, sentimentos de incompetência, tendência à desordem e à raiva), estresse (geralmente associado a eventos, incluindo o fato de ser mãe e outras situações familiares), e enfrentamento, que seria tratado mais como fator protetor, incluindo as formas de resolução de problemas e o suporte social existente e percebido.

Os fatores de risco, segundo Black e cols (2001), que são ainda mais proximais, ou inerentes ao sujeito, incluem: alta reatividade da mãe (impulsividade, alto afeto negativo e excitação do sistema nervoso autônomo), atitudes parentais arriscadas (estratégias duras de disciplina, como a agressão verbal) e percepções negativas do comportamento da criança, podendo esta apresentar ou não problemas de comportamento, decorrentes de déficits de atenção, internalização e externalização de problemas.

Como tais fatores possuem um grande peso na ocorrência dos maus-tratos físicos, serão abordados, a seguir, estudos que investigaram alguns destes fatores, bem como o potencial de risco do adulto cuidador.

1.3.1 - Os fatores de risco para os maus-tratos físicos: a revisão da literatura atual

O levantamento bibliográfico foi feito nas bases de dados *PsycInfo* e *Web of Science*, utilizando-se as palavras-chaves: **maltreatment**, **physical abuse** e **risk factors**. Na base de dados *Scielo*, optou-se pelas palavras: **maus-tratos infantis**, e também **maus-tratos** e **risco**. O tempo de cobertura da revisão incluiu o intervalo de 1995 a 2007. Em todas as bases selecionou-se somente os artigos que tratavam de fatores de risco ligados aos maus-tratos físicos e, por vezes, aos maus-tratos físicos e à negligência (que muitas vezes aparecem associados).

Na base *PsycInfo* foram encontrados 66 trabalhos, com seus respectivos *abstracts*, dos quais pôde-se ter acesso a 27 artigos na íntegra.

Os artigos que não foram utilizados diziam respeito, em geral, às conseqüências dos maus-tratos, principalmente com relação ao uso de substâncias e delinquência na adolescência; à violência entre o casal; e um dos artigos tratava especificamente da negligência. Além disso, outros artigos falavam dos serviços de proteção; sobre variáveis que diferenciam os jovens que são maltratados uma vez daqueles que o são várias vezes; sobre a genética do comportamento violento; sobre os fatores ligados ao abuso físico em tribos americanas; sobre representações sociais dos maus-tratos; entre outros.

Na base *Web of Science* foram encontrados 105 referências e seus respectivos *abstracts*, dos quais pôde-se acessar 56 artigos na íntegra. Em geral, os artigos que não foram utilizados também diziam respeito às conseqüências dos maus-tratos; às diferenças entre crianças resilientes e não resilientes aos maus-tratos; à violência contra o idoso; aos maus-tratos de crianças com incapacidades; à negligência física; à relação entre uso de substâncias, exposição à violência e saúde mental; à relação entre maus-tratos e delinquência; aos fatores protetores relacionados ao

comportamento anti-social em adolescentes que foram maltratados; à relação entre violência no namoro e ter sido vítima de abuso sexual na infância; à exposição de adolescentes à violência doméstica (ou entre o casal) e suas conseqüências; ao abuso de substâncias como risco para os maus-tratos; à relação entre experiências de vitimização e funcionamento psicológico; à resiliência de mães que sofreram abuso sexual; à violência entre o casal.

Além disso, alguns artigos focavam as intervenções realizadas com crianças maltratadas fisicamente; outros ainda diziam respeito à prevalência e/ou incidência de maus-tratos.

Na base *Scielo*, encontrou-se 32 artigos, sendo que 5 foram revisados pelo fato de abordarem os fatores de risco para os maus-tratos físicos. Os demais diziam respeito a temas como o abuso sexual de crianças; alguns se referiam à questão da identificação e notificação dos maus-tratos por parte dos profissionais de saúde; outros se referiam à violência entre o casal; ao uso de drogas e o cometimento de infrações por adolescentes que sofreram maus-tratos; às questões jurídicas envolvidas nos maus-tratos de crianças e de idosos; à resiliência de crianças maltratadas. Ainda, alguns artigos tratavam da adaptação de instrumentos relacionados à ocorrência de maus-tratos na infância.

Assim, procedendo-se à revisão dos trabalhos pertinentes (n=25), destacam-se os estudos que investigaram os fatores de risco no plano das características do adulto cuidador, como também os fatores ligados à criança e às interações familiares.

Neste sentido, primeiramente com relação às características da criança, o trabalho de Salzinger, Brown, Cohen e Johnson (1998) obteve como resultados que complicações na gravidez ou no nascimento se constituíam como variáveis de risco para os maus-tratos físicos. Windham e cols, (2004) apontaram também o tamanho da criança para a idade gestacional como um importante fator de risco para os maus-tratos, além do risco maior aos dois anos de idade. No estudo de Smith, Paneth e Palusci (2005) a idade das crianças também é apontada como um risco particular para a ocorrência de injúrias físicas severas, pois segundo estes autores, as crianças com menos de três anos configuram os índices mais altos de maus-tratos físicos. Já o trabalho de Bordin, Paula,

Nascimento e Duarte (2006) que investigou os fatores associados à punição física grave em crianças e adolescentes de baixa renda concluiu que os problemas de saúde mental eram variáveis de risco no âmbito das características da criança.

O trabalho de Scannapieco e Connell-Carrick (2005) indicou que as famílias que cometeram maus-tratos físicos ou negligência possuíam crianças que apresentavam altos índices de problemas de comportamento quando comparadas com famílias que não tiveram a comprovação dos maus-tratos, variável também encontrada no trabalho de Woodward e Fergusson (2002), ressaltando-se que para estes autores o risco de punição física estava atrelado a problemas de conduta especificamente entre as idades de 6 a 13 anos. No trabalho de Smith, Paneth e Palusci (2005) as crianças com problemas de aprendizagem ou problemas de conduta também apresentaram risco maior de sofrerem a recorrência de maus-tratos físicos.

No plano das relações conjugais, o estudo de Salzinger e cols. (1998) apontou a pobre qualidade da relação entre o casal como variável de risco para os maus-tratos físicos. Neste sentido, o estudo de DiLauro (2004) ressaltou também a violência entre o casal, notando-se que os pais que praticam a violência com o companheiro têm mais possibilidade de maltrataram fisicamente seus filhos, ao passo que as vítimas da violência conjugal têm mais chances de cometer negligência com os mesmos, mas quando estão nas duas posições, podem cometer ambos os tipos de maus-tratos.

O estudo de Windham e cols. (2004) chegou também a resultados semelhantes indicando que as mães que não possuíam companheiro ou que estavam envolvidas com relações violentas relataram altos índices de abuso físico severo. Os trabalhos de Woodward e Fergusson (2002) e de Reichenheim, Moraes e Dias (2006) encontraram que as famílias com histórico de altos níveis de punição física com os filhos também foram caracterizadas por altos níveis de conflito entre o casal e violência inter-parental.

Além disso, o estudo de Hecht e Hansen (2001) aponta que a discórdia entre o casal contribui para julgamentos errôneos do comportamento da criança, já que impacta as habilidades parentais e sua disponibilidade emocional para com a criança. Ainda, a qualidade da relação

conjugal também se constitui como uma variável de risco para os maus-tratos físicos, na medida em que está atrelada a outras variáveis como o divórcio e a condição de monoparentalidade, os quais por sua vez, levariam a outros problemas, como a dificuldade financeira, diminuição da rede de suporte social e maior responsabilidade com a criança.

Com relação às características do cuidador, os estudos revisados apontaram diversos fatores de risco.

No nível do *desenvolvimento ontogenético*, o estudo de Woodward e Fergusson (2002) ressaltou que as mães que tiveram relacionamentos insatisfatórios ou problemáticos com suas próprias mães e que relataram ter sido sujeitas a uma disciplina parental severa foram percebidas por seus filhos como sendo mais punitivas fisicamente do que mães que não tiveram este tratamento na infância. De maneira semelhante, na pesquisa de Bordin e cols. (2006) um dos fatores associados à punição física dos filhos foi a experiência de abuso físico na própria infância dos adultos cuidadores.

O trabalho de Domenech e De Paúl (2000) investigou a história de abuso físico na infância dos cuidadores como um fator de risco para os maus-tratos físicos com filhos, tendo como especificidade verificar tal risco em relação a mães adolescentes e adultas. Os resultados apontaram que a história de maus-tratos na infância somente se constituiu em risco para o grupo de mães (tanto adolescentes como adultas) que sofreram punição física com a produção de danos físicos. Foi observado também um efeito interativo entre a maternidade adolescente e a história de maus-tratos na infância para a composição do risco de abuso com os filhos, no caso do grupo de mães que experimentou punição física na infância com a produção de danos físicos.

O trabalho de Hamilton-Gianchrisis, Dixon e Browne (2005) examinou os fatores de risco ligados à transmissão intergeracional. Os resultados demonstraram que as famílias com história de maus-tratos na infância tiveram mais possibilidade de maltratar sua própria criança nos primeiros 13 meses de vida, que o grupo de comparação. As análises demonstraram que três fatores influenciavam o risco de transmissão intergeracional: ser pai/mãe antes dos 21 anos, ter histórico de

doença mental ou depressão e residir com um adulto violento. Os autores ainda ressaltaram que haveria uma relação direta entre ter sofrido abuso na infância e o atual maus-tratos dos filhos, mas as chances disto acontecer aumentariam ainda mais na presença destes três fatores de risco.

Outros trabalhos investigaram a maternidade precoce como risco para os maus-tratos físicos, e neste sentido, Woodward e Fergusson (2002) e Salzinger e cols. (1998) observaram em seus trabalhos que ser mãe jovem, dentre outras variáveis, contribuía para a composição do risco para os maus-tratos.

Já o trabalho de Budd, Heilman e Kane (2000) abordou especificamente a questão da maternidade precoce, examinando a relação entre esta variável e alguns correlatos conhecidos de maus-tratos (como angústia emocional maternal, suporte social limitado, déficits no conhecimento da criação dos filhos e baixa qualidade da estimulação da criança). Os resultados demonstraram que os grupos de risco para os maus-tratos composto por mães adolescentes apresentaram alto nível de angústia emocional global, pouca satisfação com o suporte social (avaliados por meio do *Child Abuse Potential Inventory* - CAP), além de baixa realização acadêmica destas mães e poucos anos de escolarização.

Nesta mesma direção, o estudo de Zelenko, Huffman, Lock, Kennedy, Steiner (2001) investigou as possíveis relações do escore obtido no CAP e a idade materna (ser adolescente), explorando a utilidade do CAP no período pré-natal. Os resultados apontaram que as adolescentes percebiam o apoio social recebido de seus companheiros como ineficaz, sendo que os autores hipotetizaram que este dado poderia estar relacionado com o fato de a própria mãe tê-las criado sozinha, dificultando, posteriormente, o estabelecimento de relações apoiadoras. A angústia também foi um fator encontrado, porém esta se relacionou mais com a história de maus-tratos na infância das jovens que com a própria idade da maternidade.

Ainda, no nível ontogenético, há que se destacar o estudo de Scannapieco e Connell-Carrick (2005) que buscou identificar os fatores de risco para a comprovação dos maus-tratos em crianças de 0 a 4 anos, identificando como variáveis do cuidador: a falta de conhecimento do

desenvolvimento da criança e a falha em entender suas necessidades, além da falta de habilidades parentais.

Um outro estudo (Rodrigues & Price, 2004), teve como objetivo identificar fatores que se relacionariam com o engajamento de jovens adultos em comportamentos abusivos com os próprios filhos. Os jovens foram avaliados em seu potencial de abuso físico, por intermédio do CAP. Os resultados apontaram que os participantes que consideraram **ter merecido a punição** sofrida na infância relataram atitudes consistentes com maus-tratos físicos e indicaram que implementariam disciplinas baseadas na punição corporal com suas crianças, respondendo de forma mais dura quando achassem que a criança estivesse se comportando mal de maneira intencional.

Ainda, com relação às características do cuidador, mas no nível do *microsistema* é preciso destacar o estudo de Kelleher e cols. (1996), o qual verificou que o abuso de substâncias e a depressão eram fatores de risco para os maus-tratos físicos e a negligência, embora estivessem mais correlacionados aos maus-tratos físicos que com a negligência, o que foi também identificado no trabalho de Woodward e Fergusson (2002).

O estudo de Windham e cols. (2004) que investigou os riscos atrelados à ocorrência dos maus-tratos nos três primeiros anos de vida da criança também encontrou como resultado que a depressão aumentava o risco de maus-tratos físicos severos. Na mesma direção, o trabalho de Smith e cols. (2005) abordou especificamente os maus-tratos físicos com o objetivo de verificar a reincidência deste tipo de maus-tratos em crianças com menos de três anos, obtendo como resultado que as famílias com distúrbios emocionais possuíam alto risco de reincidência.

O trabalho de Balge e Milner (2000) também identificou a depressão e baixos níveis de força egóica em mães com alto risco para os maus-tratos físicos, sugerindo a possibilidade de déficits de reconhecimento emocional com relação às crianças para estas mães.

Já o trabalho de Salzinger e cols. (1998) encontrou as seguintes variáveis de risco para os maus-tratos físicos: locus de controle externo, ou seja, os adultos que fizeram parte do estudo

tinham a percepção de que não possuíam controle de suas próprias atitudes; insatisfação do próprio adulto (no caso a mãe) com sua função parental; e a presença de algum tipo de doença séria.

Os estudos que são apresentados a seguir também investigaram fatores de risco no plano do cuidador, porém restringindo-se àqueles de natureza cognitiva ou afetiva.

O estudo de Ateah e Durrant (2005), que investigou tanto os fatores cognitivos como os afetivos relacionados ao uso da punição física em resposta ao comportamento inadequado da criança, identificou três variáveis preditoras: o fato de a mãe considerar a ação da criança como séria, intencional (avaliação do comportamento) e o de sentir raiva. Das variáveis distais examinadas, somente uma foi preditora do uso da punição física, qual seja, a aprovação de seu uso.

Um outro estudo, nesta mesma direção, de Montes, Milner e de Paul (2001), examinou por meio do CAP se as mães em alto risco se diferiam das de baixo risco no que tange às suas avaliações, atribuições, afeto negativo e escolhas disciplinares diante do comportamento da criança. Os resultados demonstraram que mães com alto risco de maus-tratos físicos percebem uma intenção hostil e fazem atribuições estáveis e globais quanto ao comportamento da criança, além de demonstrarem mais aversão e aborrecimento. Mães com alto risco também avaliaram as transgressões convencionais e pessoais como mais sérias, porém os dois grupos foram similares quanto às avaliações de transgressões morais.

Há também que se ressaltar o estudo de Milner e Dopke (2000) que investigou os efeitos do estresse em cognições e comportamentos de mães em alto risco para os maus-tratos físicos, apontando que estas perceberam a desobediência da criança como uma situação de ameaça, além de perceberem um não controle para dar conta das situações que ocorrem. As mães em alto risco relataram também maiores níveis de estresse geral e afeto negativo (aborrecimento e raiva) frente à desobediência da criança. Além disso, atribuíram características mais globais, estáveis e intencionais ao comportamento da criança, e apresentaram expectativas mais altas quanto a comportamentos futuros.

O estudo de Haskett, Scott, Grant, Ward e Robinson (2003) também examinou os fatores de risco para os maus-tratos físicos em função de variáveis cognitivas e afetivas. Os resultados apontaram inter-relações significantes entre as variáveis de risco, ou seja, os pais com alto nível de angústia parental foram associados com padrões negativos de atitudes e crenças relacionadas à criança.

Com relação às interações parento-filiais, o estudo de Haskett e cols. (2003) verificou que os cuidadores com expectativas irrealistas quanto às habilidades desenvolvimentais foram mais propensos em perceber suas crianças com tendo problemas de comportamento e de acreditar que estes ocorriam para chateá-los.

Já o estudo de DiLauro (2004) utilizou o *Parenting Stress Index -PSI* (o Índice de Estresse Parental, de Abidin, 1990) para a avaliação dos estressores que afetam as relações entre pais e filhos, já que estes são apontados pela literatura como risco para os maus-tratos infantis.

Os resultados apontaram que o escore da escala *Domínio do Pai* (referente às percepções dos adultos de suas relações problemáticas com a criança) foi significativamente relacionada à negligência. Já os adultos que haviam cometido maus-tratos físicos e negligência tiveram altos escores na subescala *demanda da criança* (referente à percepção da criança como sendo muito exigente e apresentando um comportamento considerado como fonte significativa de estresse para as relações).

Quanto à utilização de práticas de disciplina por parte dos responsáveis como forma de controlar e supervisionar o comportamento infantil, o estudo de Hecht e Hansen (2001), apontou que a disciplina empregada com as crianças pode variar de uma ausência de interesse ou falta de supervisão a uma prática educativa severa e intrusiva, a qual se associa mais fortemente à ocorrência de injúrias físicas severas. Os pais que sentem raiva tendem a perceber mais problemas no comportamento das crianças e, então, selecionam estratégias mais duras como disciplina.

Já o trabalho de Montes e cols. (2001) ressaltou que as mães em alto risco para o abuso físico utilizaram mais estratégias de afirmação de poder do que mães com baixo risco, embora

tenham se referido ao uso de técnicas de indução (explicação) para o manejo do comportamento infantil, de modo equivalente ao grupo de comparação.

O estudo de Harada e Carmo (2006) verificou a prevalência da utilização de violência física como prática para a educação dos filhos em meio a uma população de pais/responsáveis atendidos em um hospital-escola. No que se refere às atitudes adotadas para resolução de problemas no cotidiano familiar, 57% afirmaram bater nos filhos. Ainda foi possível perceber que 40% utilizavam a violência física, e 43% algum tipo de privação ou ameaças verbais como práticas educativas. A situação de maior vulnerabilidade para o uso de punição física foi a que tratava de desobediência às ordens pré-determinadas pelos pais, seguida de uma outra situação relacionada ao furto de um objeto.

O trabalho de Weber, Viezzer e Brandenburg (2004) também objetivou verificar a incidência de práticas educativas parentais coercitivas, especificamente o uso da punição corporal, em resposta ao comportamento da criança. Neste estudo, os autores discutem como a punição corporal pode se transformar em risco para os maus-tratos físicos, citando vários trabalhos em que se defende a concepção de uma linha tênue entre um fenômeno e outro. Os resultados mostraram que a maioria das crianças relatou receber somente tapas, seguida daquelas que disseram receber tanto tapas como surras. Os castigos, no entanto, foram menos utilizados que a punição corporal, demonstrando, segundo os autores, o efeito imediato e a facilidade em aplicar este tipo de disciplina.

O estudo de Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman e Bordin (2005) também investigou as crenças e atitudes educativas dos pais, verificando que 11,9% da amostra acreditavam na punição física como prática educativa e 43,3% já a haviam utilizado para corrigir os filhos, sendo que bater com a mão (36%) foi a atitude mais mencionada. A crença na eficácia da punição aumentou a chance de os pais agredirem fisicamente os filhos comparados com outros que não possuíam esta crença; os que batiam com o cinto também se mostraram mais propensos a bater com a mão e a desvalorizar as crianças.

No que diz respeito à estrutura familiar, no nível do microsistema, o estudo de Kelleher, Hollenberg e Chaffin (1996) ressaltaram o tamanho da família como uma variável preditora de maus-tratos físicos e negligência, o que também foi apontado no estudo de Scannapieco e Connell-Carrick (2005), em correlação ao espaço físico compartilhado, variável muitas vezes descrita como viver de modo aglomerado. Woodward e Fergusson (2002) observaram em seu trabalho que condições de moradia precárias se constituíam em variáveis de risco para os maus-tratos físicos.

No nível do *exossistema*, o apoio social foi a variável mais pesquisada quanto a sua relação com os maus-tratos físicos, nos estudos revisados. Neste sentido, o trabalho de Crouch, Milner e Thomsen (2000) buscou investigar se as percepções de apoio social na fase adulta mediarão a associação entre experiências de maus-tratos na infância e o risco no adulto para os maus-tratos físicos de seus filhos, no presente. Os resultados apontaram que as percepções iniciais do apoio, no momento em que houve a experiência de maus-tratos na infância, foram diretamente relacionadas a níveis do apoio atual percebido. Ademais, outro dado foi o de que os níveis atuais de apoio percebido não mediam a associação entre abuso físico na infância e o risco do adulto para os maus-tratos físicos. Os achados sugerem que a experiência de maus-tratos na infância tende a ocorrer com baixos níveis de apoio inicial, e que este fato associa-se ao da capacidade para perceber os outros como apoiadores na fase adulta.

Outro estudo (Muller & McLewin; 2006), que também se refere ao apoio social, examinou o papel desta variável, juntamente com o apego, enquanto fator protetor em relação à psicopatologia de jovens que tiveram experiência de maus-tratos físicos na infância. Foi observado nos resultados que tanto o apego como o apoio social são variáveis protetoras em relação a uma possível manifestação de psicopatologia, porém não foi encontrada interação entre estas variáveis, já que os autores apontam que as pessoas que desenvolveram apegos seguros em suas infâncias utilizam mais os recursos internos para lidar com situações estressantes, possuindo um senso maior de auto-eficácia e, então, utilizam com menos frequência os recursos externos.

É preciso destacar também o estudo de Hecht e Hansen (2001), o qual apresentou uma revisão de literatura sobre o impacto dos principais fatores de risco contextuais associados aos maus-tratos físicos, delineando uma dinâmica entre os mesmos. Uma das variáveis destacadas pelos autores é o isolamento social, que por sua vez estaria relacionado com avaliações deficitárias de situações de estresse e inabilidade em gerar soluções alternativas, fazendo aumentar o risco de práticas abusivas.

Além disso, uma das variáveis relacionadas ao suporte social é a necessidade econômica, que envolve um aumento de estresse nas relações familiares, sendo que famílias de baixa renda têm demonstrado estilos mais autoritários em sua função parental e uso mais constante de punição física. A falta de emprego também tem sido relacionada à ansiedade, depressão e hostilidade (Hecht & Hansen, 2001). Neste sentido, o trabalho de Harada e Carmo (2006) verificou que existe uma associação positiva entre o desemprego e o uso da violência física por parte da mãe.

Um dos trabalhos encontrados (Merritt, LaScala & Freisthler, 2006), concernente a uma revisão de literatura sobre características da vizinhança ou do entorno comunitário e sua relação com os maus-tratos infantis apontou que os estudos documentam uma relação estável entre o empobrecimento referente à vizinhança, a instabilidade residencial (quantidade de casas ocupadas e desocupadas e também mobilidade das pessoas), o desemprego, o número de crianças para cada adulto, a disponibilidade de álcool e drogas e índices de maus-tratos, constituindo-se como fatores de risco tanto para a negligência como para o abuso físico.

A seguir é apresentado um quadro com a síntese dos fatores de risco para os maus-tratos físicos abordados pelos diferentes estudos que compuseram a revisão de literatura.

Quadro 1: Fatores de risco para os maus-tratos físicos segundo a revisão de literatura

Sistema	Fatores de risco segundo a literatura	Variáveis privilegiadas no presente estudo
<i>Desenvolvimento ontogenético</i>	Histórico de maus-tratos na infância	X
	Relacionamentos problemáticos com suas próprias mães	X
	Recebimento de disciplina parental severa	X
	Falta de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança e a falha em entender suas necessidades	
	Noção de merecimento sobre a disciplina sofrida na infância	
	Maternidade precoce	X
<i>Microsistema</i> Criança	Problemas de comportamento entre 6 e 13 anos	
	Problemas de aprendizagem	
	Complicações na gravidez ou no desenvolvimento da criança	
	Idade (com risco maior nos três primeiros anos)	
	Problemas de saúde mental	
<i>Microsistema</i> Relação conjugal	Qualidade do relacionamento entre o casal	X
	Conflitos entre o casal	
	Violência entre o casal	
<i>Microsistema</i> Cuidador	Percepção, atribuição e avaliação em relação ao comportamento da criança	X
	Angústia (depressão, tristeza, solidão)	X
	Força egóica	X
	Afeto negativo (raiva e aborrecimento)	X
	Uso de álcool e drogas	
	Locus de controle externo	
	Insatisfação dos pais com sua função parental	
	Falta de habilidade parental	
<i>Microsistema</i> Estrutura familiar	Tamanho da família (aglomeração)	X
	Condições de moradia precárias	
<i>Microsistema</i> Interações parento-filiais	Expectativas altas ou baixas quanto aos comportamentos da criança	
	Estresse parental	X
	Práticas educativas punitivas e baseadas na afirmação do poder	X
<i>Exossistema</i> Trabalho	Desemprego	X
Vizinhança	Falta de apoio social	X
	Empobrecimento do entorno comunitário	
Nível Socioeconômico	Circunstâncias de pobreza/baixa renda	

Vale destacar que as variáveis abordadas no presente estudo, embora todas o sejam pelo prisma do cuidador, são, especificamente, a “presença de maus-tratos” e o “histórico de ruptura e/ou conflitos” na infância do cuidador, referentes ao desenvolvimento ontogenético, assim como sua “idade por ocasião do nascimento do primeiro filho”.

No nível do microsistema, enfatiza-se “o estresse vivenciado nas relações parento-filiais” e o “estilo parental”, referentes às interações cuidador-criança; “a qualidade da relação com o parceiro afetivo”, ou mais propriamente a satisfação com esta, referente à relação conjugal do(s) cuidador(es); “as condições de moradia”, investigando-se a condição de vida em aglomerados, e o “número de filhos pequenos sob os cuidados”, referentes à estrutura familiar.

Ainda no microsistema, dá-se também destaque às “características psicológicas do cuidador”, relacionadas à sua personalidade, como “rigidez” e “força egóica”, outras relacionadas ao seu bem-estar, como “nível de angústia”, “infelicidade” e “sentimento de solidão”.

No nível do exosistema, prioriza-se variáveis relacionadas ao “apoio social”, verificando também aspectos relativos à “satisfação com o entorno” da residência, e a “relação com o trabalho”, sondando o tipo de ocupação e a possibilidade de desemprego.

II – JUSTIFICATIVA

Considerando a complexidade inerente ao fenômeno dos maus-tratos e o desafio de explicá-lo, as investigações visando verificar os fatores efetivamente associados à sua manifestação, repetição e/ou agravamento, num determinado contexto sócio-cultural, são de suma importância. Pode-se dizer que a avaliação dos fatores de risco relacionados à ocorrência de maus-tratos físicos se constitui em um primeiro passo no entendimento do fenômeno, para que posteriormente, haja um avanço na direção da compreensão dos mecanismos envolvidos com a problemática em questão.

Ademais, o conhecimento sobre os fatores atinentes ao potencial de risco psicossocial vivido pelos cuidadores é de extrema relevância quando se reflete sobre suas necessidades no plano de intervenções de ajuda.

Dentro disto, a presente pesquisa pretende incrementar o conhecimento referente aos fatores de risco em relação aos maus-tratos físicos, lançando mão de instrumentos padronizados, sendo alguns validados para o contexto brasileiro, e outros utilizados amplamente no contexto internacional.

Desta forma, faz-se possível delinear uma definição conceitual e operacional do tipo de abuso focado, já que tais instrumentos estão pautados em concepções teóricas ou empíricas acerca do construto avaliado.

Tal procedimento é de grande utilidade na medida em que oferece parâmetros para definir de maneira objetiva o que seria uma situação de maus-tratos, podendo contribuir para a superação de concepções nuançadas e nem sempre congruentes do que seria uma adequada criação de filhos, haja vista que na realidade brasileira a idéia da punição corporal como método disciplinar é ainda bastante aceita.

Assim, considerando tais apontamentos, acredita-se que este trabalho de investigação científica, além dos avanços teórico-conceituais relativos à própria caracterização do fenômeno do abuso físico de crianças, permitirá que se compare dados da realidade brasileira aos de outras

nacionalidades, contribuindo com a discussão sobre os fatores efetivamente relacionados à problemática.

III - OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi o de verificar quais os fatores de risco estão relacionados à ocorrência de maus-tratos físicos no contexto brasileiro, utilizando-se para tanto, dois grupos distintos, um formado por sujeitos que maltrataram fisicamente a(s) criança(s) que estão sob seus cuidados (grupo clínico) e outro formado por sujeitos sem esse histórico (grupo de comparação).

Assim, como objetivo específico buscou-se verificar se os grupos se diferenciariam em nosso contexto, no plano de algumas variáveis colocadas pela literatura como sendo fatores de risco para a ocorrência dos maus-tratos físicos, em especial, algumas relativas a aspectos psicológicos e psicossociais dos cuidadores (como angústia, rigidez, infelicidade, problemas com a criança e consigo), bem como à sua infância (presença de maus-tratos na própria história de vida, situações de rupturas e conflitos com os pais), além de outras relacionadas às interações parento-filiais (nível de estresse associado à função parental e estilo parental adotado para a criação dos filhos) e à relação conjugal (especificamente a satisfação com relação à mesma). Além disso, investigou-se a rede social e o apoio social percebido pelo sujeito, bem como sua satisfação em relação ao local de moradia. Ainda, quanto à estrutura familiar, verificou-se se variáveis como número de pessoas que residem na moradia e número de cômodos se constituíam em risco para os maus-tratos, evidenciando a condição de vida em aglomerados.

IV - METODOLOGIA

1) Participantes

Os participantes deste estudo foram pais (pai ou mãe) reunidos em dois grupos, com 30 sujeitos cada, os que maltrataram fisicamente seus filhos (grupo clínico) e os que não maltrataram (grupo de comparação), sendo esses equiparados nas seguintes variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, nível educacional, nível sócio-econômico, estado civil, número total de crianças sob seus cuidados e idade de um dos filhos (no caso, a idade da criança que foi maltratada, segundo os registros encontrados no sistema de proteção).

O grupo clínico foi formado a partir de um levantamento nos registros oficiais dos Conselhos Tutelares e de um Abrigo da cidade de Ribeirão Preto, a partir das notificações de casos de maus-tratos físicos.

O grupo de comparação foi constituído por conveniência, com base em indicações informais sobre famílias com crianças sem histórico conhecido de maus-tratos físicos. Tais indicações foram fornecidas por pessoas pertencentes ao círculo de convivência da pesquisadora, sobretudo estudiosos e profissionais da área social-comunitária.

2) Local

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes, sendo que todos os dados foram coletados pela própria pesquisadora. No caso do grupo clínico, as entrevistas aconteceram conforme a disponibilidade do participante, ora no momento em que o mesmo era convidado a participar da pesquisa, ora agendando-se um horário conveniente ao mesmo.

Em relação ao grupo de comparação, as entrevistas foram marcadas por telefone, com antecedência.

3) Material: os instrumentos

a) Questionário de Caracterização Sócio-demográfica

Este instrumento foi utilizado com vistas à obtenção de informações que possibilitassem uma caracterização do adulto respondente em termos sócio-demográficos, em termos de idade, sexo, nível educacional, estado civil, idade em que teve o primeiro filho, número de filhos ou crianças sob os cuidados, intervalo de nascimento entre os filhos, quantidade de cômodos na casa, situação de emprego, naturalidade, grau de satisfação em relação ao bairro e grau de satisfação com a relação conjugal.

Tal instrumento foi construído por Bérnago, Ávila de Mello, Piñon e Bazon a partir das variáveis sócio-demográficas apresentadas por Bringiotti (1999), expostas como sendo fatores de risco para os maus-tratos infantis.

É necessário dizer que algumas questões acerca de variáveis como idade, sexo, nível educacional foram introduzidas com o objetivo de caracterizar os participantes. Outras, referentes à idade em que teve o primeiro filho, intervalo entre os filhos, grau de satisfação com o bairro, além da caracterização, foram introduzidas para buscar informações sobre variáveis que constituem risco para os maus-tratos físicos, segundo a literatura.

Este instrumento encontra-se nos anexos (ANEXO 1).

b) Entrevista da História da Infância do Adulto

O roteiro estruturado da entrevista empregado decorre da sub-escala do *Maternal History Interview* (M.H.I.), que compõem uma entrevista elaborada por Altemeier e cols. (citado por Bringiotti, 2000). A versão empregada no presente estudo foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro a partir da versão empregada por Bringiotti.

Este instrumento foi utilizado com o objetivo de investigar a percepção dos adultos em relação à própria experiência vivida na infância, de forma a qualificar este período da vida quanto a aspectos positivos e negativos.

À versão original, em espanhol (Bringiotti, 2000), constituída por onze perguntas, foram acrescentadas mais sete perguntas visando investigar o fato de o adulto ter vivido outros tipos de maus-tratos, como a negligência, o abuso psicológico e/ou o sexual.

As questões contidas na entrevista possibilitam a escolha de respostas de acordo com opções fornecidas por cada questão.

Este instrumento encontra-se nos anexos (Anexo 2).

c) O Child Abuse Potential Inventory – CAP

O CAP é um inventário construído por Milner em 1980, cuja versão definitiva aparece em 1986. De acordo com o autor, o trabalho com o CAP iniciou-se em 1976, pela necessidade de um instrumento de pesquisa objetivo para a detecção dos maus-tratos infantis.

Segundo Milner (1986), este instrumento foi elaborado para ser utilizado por profissionais dos serviços de proteção nas investigações de casos de abuso infantil notificados, sendo considerado pertinente para favorecer uma melhor apreciação dos casos em que há suspeitas, visando aperfeiçoar ou melhorar a classificação de casos. Ainda, o autor aponta sua aplicabilidade no sentido de investigar diferenças entre grupos de indivíduos, sendo capaz de discriminar adequadamente grupos de maus-tratos físicos; maus-tratos físicos e negligência; alto e baixo risco para os maus-tratos, sendo especialmente eficaz para identificar casos de maus-tratos físicos moderados e graves.

Outra utilidade do instrumento é a avaliação de tratamentos e intervenções com as pessoas que maltratam fisicamente seus filhos, verificando possíveis mudanças ao término da intervenção.

Um dos objetivos da pesquisa de desenvolvimento do CAP, segundo Milner (1986), foi construir itens iniciais que estivessem de acordo com a literatura empírica e teórica, com base em uma revisão abrangente sobre os maus-tratos físicos e a negligência. Neste sentido, deu-se ênfase a traços de personalidade e problemas interpessoais apontados como fortemente correlacionados aos maus-tratos. Outro objetivo foi o de acumular dados sobre a confiabilidade das escalas do CAP,

buscando pela sua consistência interna e estabilidade temporal, utilizando para tanto, uma variedade de grupos.

Milner (1994), em um trabalho de revisão sobre os estudos que haviam investigado as qualidades psicométricas da escala de abuso do CAP apontou dois tipos de estudos de consistência interna realizadas para a escala de abuso, a estimativa de confiabilidade split-half e Kuder-Richardson-20. As estimativas split-half variaram de 0.96 a 0.98 e as referentes à segunda medida variaram de 0.92 a 0.95 para grupos formados pela população geral, em risco, negligentes, e perpetradores de maus-tratos físicos. Milner (1994) cita o trabalho de Milner e Robertson (1990) que encontrou estimativas de consistência interna de 0.94, 0.93 e 0.92 para perpetradores de maus-tratos físicos, de abuso sexual e negligência, respectivamente.

Quanto à estabilidade temporal, as estimativas teste-reteste foram obtidas para a escala de abuso com base em grupos da população geral, com intervalos de um dia, uma semana, um mês e três meses, sendo que os índices de confiabilidade encontrados foram de 0.91, 0.90, 0.83, 0.75, respectivamente.

Na revisão realizada por Milner (1994) sobre as qualidades psicométricas do CAP, foram apresentados os principais fatores de risco apontados pela literatura no que se refere aos maus-tratos infantis, bem como suas correlações com escores de abuso, demonstrando a validade de construto do CAP. Os fatores de risco citados referem-se, de modo geral, aos apresentados na introdução do presente trabalho, quais sejam: histórico de abuso na infância; isolamento social e falta de suporte social; ambiente familiar, dentro disso, discórdia entre o casal, falta de coesão e conflitos familiares; reatividade fisiológica frente aos estímulos relacionados à criança; baixa auto-estima e força egóica; nível de angústia e estresse parental; falta de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança; percepções, avaliações e atribuições em relação ao comportamento da criança; afeto negativo (depressão, ansiedade e raiva); uso de álcool e drogas; interações cuidador-criança; e estratégias duras de disciplina.

De acordo com Milner (1986), no que concerne aos maus-tratos físicos, subjacente a uma concepção geral deste tipo de maus-tratos, o CAP trabalha com a concepção de abuso moderado e severo, que poderia ser definida com relativa uniformidade, e pesquisada com alguma confiabilidade. A concepção geral baseia-se na Lei de Carolina do Norte (Estados Unidos), que aborda o fenômeno da seguinte forma (Milner, 1986, p.19): o “*maltrato infantil significa uma criança com menos de 18 anos de idade cujos pais ou outras pessoas responsáveis pelo seu “cuidado”*”:

1-Cometam ou permitam que a criança seja acometida por um dano físico, de caráter não acidental, e causem ou criem um risco substancial de morte ou desfiguramento, ou ainda, prejuízo da saúde física ou perda ou prejuízo da função de qualquer órgão do corpo.

2-Criem ou permitam que aconteça um risco substancial de dano físico à criança de forma não acidental, sendo a provável causa de morte ou desfiguramento, ou prejuízo da saúde física, ou ainda, perda ou prejuízo da função de algum órgão do corpo.

3-Submetam ou permitam que a criança seja submetida a algum ato sexual, violando a Lei.

Em sua forma atual o CAP é constituído pela escala de *abuso* (77 itens), composta pelas sub-escalas: *angústia* (36 itens), *rigidez* (14 itens), *infelicidade* (11 itens), que descrevem dificuldades psicológicas, *problemas com a criança e consigo* (6 itens), *problemas com a família* (4 itens), e *problemas com os outros* (6 itens), que sugerem problemas interacionais e têm forte relação com os maus-tratos físicos.

A sub-escala ANGÚSTIA indica muitos problemas de ajustamento pessoal, apresentando um padrão de sentimento frustrado, tristeza, solidão, depressão, preocupação, angústia, confusão, desordem, rejeição, baixa auto-estima e raiva. Pode-se citar como exemplo dos itens referentes a esta sub-escala: “*Sou uma pessoa confusa*”, “*Sinto raiva com frequência*”, “*Freqüentemente me sinto rejeitado*”, “*Às vezes tenho medo de perder o controle*”, “*às vezes sinto que não tenho valor*”.

A sub-escala RIGIDEZ relaciona-se a atitudes dos pais com relação à aparência e comportamento da criança, devendo esta, estar sempre limpa, nunca desobedecer, nunca causar problema, estar sempre atenta e quieta, entre outros. Uma noção associada à rigidez é a de que as crianças precisam de regras severas. Exemplos de itens: *“As crianças nunca deveriam desobedecer”*, *“Uma criança nunca deveria ser respondona”*, *“As crianças deveriam ficar limpas”*, *“Uma casa deveria estar impecavelmente arrumada”*.

A sub-escala INFELICIDADE envolve uma polaridade de conteúdo felicidade/infelicidade frente à vida em geral e com relação a determinados aspectos específicos (vida afetiva, sexual, amigos, etc.). Exemplos de itens: *“Sou uma pessoa feliz”*, *“Sou uma pessoa sem sorte”*, *“Não rio muito”*, *“Minha vida é boa”*.

A sub-escala PROBLEMAS COM A CRIANÇA E CONSIGO MESMO identificam os pais que descrevem as crianças de uma forma negativa, além de conter itens que indicam habilidades limitadas dos respondentes. Exemplos de itens: *“Tenho um filho que é mau”*, *“Tenho um filho que se mete muito em encrencas”*, *“Sempre fui saudável e forte”*.

A sub-escala PROBLEMAS COM A FAMÍLIA refere-se a uma variedade de dificuldades dos respondentes nas relações familiares. Exemplos de itens: *“Minha família briga muito”*, *“Minha família tem muitos problemas”*.

A sub-escala PROBLEMAS COM OS OUTROS diz respeito a dificuldades nas relações sociais e comporta noções de que os outros tornam a vida dura e infeliz. Exemplos de itens: *“As pessoas me causaram muita dor”*, *“Hoje em dia a gente não sabe realmente com quem pode contar”*, *“As outras pessoas tornaram minha vida difícil”*.

Existem ainda duas sub-escalas especiais que, no entanto, não compõem a escala de abuso do CAP, mas que fazem parte do Inventário, que são as sub-escalas de SOLIDÃO e FORÇA DO EGO. A primeira se refere ao desconhecimento do respondente sobre com quem pode contar ou pedir ajuda (mais pertinente à problemática da negligência), sendo composta por 15 itens, como: *“Não confio na maioria das pessoas”*, *“Freqüentemente me sinto rejeitado”*, *“As outras pessoas*

não sabem como eu me sinto”. Já a sub-escala FORÇA DO EGO, foi designada para avaliar a percepção do adulto cuidador sobre sua estabilidade emocional e sentimentos de adequação. Vale pontuar, neste sentido, que esta percepção relaciona-se com a avaliação que o adulto faz de sua capacidade de manter-se estável nas relações interpessoais. Esta sub-escala é composta por 40 itens, tais como: *“Às vezes me sinto completamente sozinho no mundo”, “Às vezes fico muito triste”, “Ninguém conhece meus medos”, “Tenho muitos problemas pessoais”*.

Há ainda as escalas de validade que visam detectar as distorções nas respostas dos sujeitos: *desejabilidade social* ou *mentira* (18 itens), *resposta ao acaso* (18 itens), e *inconsistência interna* (20 pares de itens).

Cumpre dizer que vários itens compõem mais de uma escala e que, portanto, não são exclusivos a uma única escala/sub-escala, e que estes se configuram em afirmações propostas aos sujeitos, que demandam manifestações do tipo concordo/discordo. Estas respostas foram corrigidas de acordo com pontuações referentes a cada uma delas, deixando-se claro que as mesmas não apresentam valor fixo, o qual varia tendo em vista as diferentes afirmações. Os escores e direção para a avaliação da resposta dada a cada item foram fornecidos pelo autor do instrumento.

d) O Índice de Estresse Parental - ISP

Este instrumento configura-se como um Inventário com a função de avaliar o componente de estresse presente nas interações pais-criança, considerando as características de temperamento da criança, a percepção dos pais a seu respeito, bem como a forma como os pais avaliam o comportamento dos filhos. O ISP apóia-se em trabalhos como os de Bell (1974), Broussard (1970), Rache (1974), Ainsworth (1978), Moss (1974), Cameron (1978) e Holmes e Masuda (1974) (citado por Bigras & LaFrenière, 1995), os quais enfatizam a necessidade de examinar o comportamento humano em seu contexto, reconhecendo a existência da reciprocidade na interação pais-filhos. Neste sentido, há o reconhecimento de que certas características dos pais e do meio familiar

repercutem na capacidade dos pais em responder adequadamente às necessidades da criança, variáveis estas que estão vinculadas aos domínios do inventário.

Segundo Bigras e LaFrenière (1995), a construção do ISP, em 1976, foi guiada por um modelo teórico dos determinantes da disfunção parental, o qual indicava que a totalidade de estresse vivida decorria de certas características das crianças e dos pais, assim como de variáveis contextuais ligadas diretamente ao exercício do papel parental.

O ISP possui 13 variáveis que podem se constituir como estressores na interação pais-criança. Seis variáveis referem-se às características da criança, sendo que as que estão associadas ao temperamento da mesma são: adaptabilidade (facilidade com a qual a criança se adapta a mudanças), exigência (a carga que a criança impõe aos pais ao tentar aproximações inoportunas), humor (choros excessivos e depressão da criança) e hiperatividade (que requer um alto nível de vigilância da parte dos pais). Além disso, existem as variáveis aceitabilidade (diz respeito ao grau de conformidade da criança a uma imagem idealizada pelos pais, de acordo com atributos socialmente valorizados) e reforço (refere-se ao grau da resposta afetiva emitida pela criança que provoca as interações pais-criança, sendo que os sinais emitidos pela criança são cruciais para que os pais dispensem os cuidados necessários).

Além disso, existem três variáveis medidas pelo ISP referentes à personalidade dos pais, sendo que a depressão e o sentimento de competência como mãe/pai são inter-relacionados e possuem ligação direta com o estresse vivenciado por eles. A variável depressão avalia a disponibilidade afetiva dos pais com relação à criança. Outra variável, a de apego parental foi formulada para se verificar o investimento intrínseco dos pais no seu papel parental, a motivação em realizar este papel.

Por fim, quatro variáveis situacionais fazem parte do modelo: a relação dos pais com seu cônjuge; o apoio social disponível; a saúde dos pais e a restrição causada pela função parental.

É preciso dizer que o Inventário é composto por 36 afirmações, as quais foram respondidas segundo as graduações: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo

(4), e discordo completamente (5). Como exemplo das afirmações, pode-se citar, com relação às características da criança: *“Demora muito e é muito difícil para meu filho se acostumar com coisas novas”*, *“Algumas vezes meu filho faz coisas só para me chatear”*, *“Meu filho geralmente acorda de mau-humor”*. Já com relação às características dos pais, tem-se: *“Há algumas coisas que me incomodam na minha vida”*, *“Com frequência eu tenho a sensação de que não manejo as coisas muito bem”*, *“Eu não gosto das coisas como antes”*. Por fim, no que tange às variáveis situacionais: *“Eu me sinto preso pelas minhas responsabilidades de pai/mãe”*, *“Ter um filho tem causado mais problemas na minha relação com meu/minha esposo (a) do que eu imaginava”*, *“Desde que tive meu filho, eu sinto que quase nunca tenho tempo de fazer as coisas que gosto”*.

As respostas são corrigidas pontuando-as de forma invertida, ou seja, quem responde 1 pontuou 5, 2 pontua 4 e assim por diante, sendo que a pontuação média final de cada grupo indica qual deles possui maior nível de estresse parental.

A versão do ISP, em português, foi validada semanticamente e também em termos de conteúdo, tendo-nos sido fornecida por Bigras, a partir do trabalho desenvolvido com Dessen (Dessen & Bigras, 2000).

e) Questionário de Apoio Social - QAS

Este instrumento foi adaptado por pesquisadores do “Estudo Pró-Saúde” (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001), a partir de uma outra medida, o *Medical Outcomes Study - MOS*, de Sherbourne & Stewart (citado por Chor e cols., 2001), com o intuito de acrescentar questões acerca do apoio social a um questionário multidimensional, buscando investigar o papel de determinantes sociais nos padrões de comportamento de saúde e morbidade, para ser utilizado em um estudo com funcionários de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro, em um estudo longitudinal.

Para tanto, os autores realizaram algumas discussões em grupo com pessoas com características semelhantes à população do estudo com o objetivo de avaliar a pertinência de

conceitos, funções e componentes de rede e de apoio social, já que a literatura não indicava um consenso sobre tais construtos (Chor e cols, 2001).

Adotou-se a definição de apoio social proposta por Bowling (1997), Sherbourne & Stewart (1991) e Cohen & Wills (1985) (citado por Chor e cols., 2001), que corresponde ao grau com que várias facetas deste apoio são percebidas como satisfatórias ou de ajuda para o indivíduo, sendo elas: a emocional (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança), a de informação (disponibilidade de pessoas para obtenção de orientações), a afetiva (demonstrações físicas de amor e afeto), a de interação positiva (disponibilidade de pessoas para se divertir e relaxar) e a material (provisão de recursos e ajuda material) (Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005).

Com relação ao conceito de rede social, a definição utilizada foi a de Berkman e Bowling (citado por Chor e cols., 2001), que enfatizam as relações sociais que circundam o indivíduo, ou seja, os grupos de pessoas com quem mantém contato ou alguma forma de participação social.

Vale dizer que Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2003), apresentaram resultados sobre a fidedignidade da escala de apoio, e para tanto, foi utilizado o coeficiente de correlação intra-classe para análise da estabilidade teste-reteste dos escores de cada dimensão, obtendo-se coeficiente acima de 0,70 em todas as dimensões. Além disso, a consistência interna dos escores nas dimensões também foi verificada, obtendo-se o coeficiente de 0,75 (apoio material) no teste e 0,86 no reteste, 0,91 (interação social positiva) no teste e 0,95 no resteste.

Um outro estudo de Chor e cols. (2001) investigou as validades de face e de conteúdo do instrumento, as quais foram consideradas adequadas pelos investigadores.

Já o trabalho de Griep e cols. (2005) observou que algumas hipóteses de relação entre características selecionadas na literatura e apoio social foram confirmadas, como por exemplo, melhor percepção de saúde mental e física, quantidade de parentes e amigos, possuir um cônjuge ou companheiro, além do nível educacional e socioeconômico.

A versão adaptada por Chor e cols. (2001) é composta por vinte e quatro perguntas, sendo cinco relacionadas ao conceito de rede social (tais como: “*Com quantos parentes você se sente à vontade, e pode falar sobre quase tudo?*”, “*Nos últimos doze meses você participou de atividades esportivas em grupo, ou atividades artísticas em grupos?*”), e dezenove relacionadas ao conceito de apoio social (como por exemplo: “*Se você precisar, com que frequência conta com alguém que o ajude se ficar de cama?*”, “*Se você precisar, com que frequência conta com alguém para levá-lo ao médico?*”, “*Se você precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?*”, “*Se você precisar, com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?*”). As respostas dos participantes quanto ao apoio social foram ajustadas a uma escala de frequência: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4), sempre (5), sendo que a soma das respostas indica o nível de apoio total do participante, que pode variar de 19 a 95.

f) Inventário de Estilos Parentais – IEP

Este Inventário é um instrumento construído por Gomide (2006) com a proposta de avaliar o estilo parental, que por sua vez, é definido pelas práticas educativas ou atitudes parentais com a função de socializar, educar e controlar os comportamentos dos filhos. O modelo de Estilo Parental, segundo a autora, é formado por sete práticas educativas, sendo que a negligência, o abuso físico, a disciplina relaxada, a punição inconsistente e a monitoria negativa são vinculadas ao desenvolvimento do comportamento anti-social, e consideradas práticas negativas. Já a monitoria positiva e o comportamento moral promoveriam comportamentos pró-sociais e seriam consideradas práticas positivas. O Inventário de Estilos Parentais possui 42 itens que correspondem às sete práticas educativas, sendo que para cada uma destas, seis itens/afirmações foram formuladas.

A monitoria positiva é definida como o conjunto de comportamentos parentais relacionados à supervisão dos filhos, envolvendo o controle efetivo do comportamento dos filhos, além do estabelecimento de regras. Como exemplo de itens formulados para esta variável, tem-se: “*Quando*

meu filho (a) sai ele (a) conta espontaneamente aonde ele vai”, “Após uma festa quero saber se meu filho se divertiu”.

O comportamento moral está relacionado a valores como honestidade, generosidade, justiça, compaixão, entre outros, constituindo-se como uma prática educativa que permite a investigação sobre os efeitos da transmissão destes valores para os filhos na tentativa de inibição de comportamentos anti-sociais. Como exemplo de itens: *“Ensino o meu filho a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele”, “Se meu filho estragar alguma coisa de alguém, ensino a contar o que fez e pedir desculpas”.*

O abuso físico é definido pela autora considerando a distinção entre punição corporal e o próprio abuso físico. A primeira envolveria o uso da força física com a intenção de corrigir o comportamento da criança não provocando danos visíveis a esta e sendo utilizada com pouca frequência. Já o abuso físico seria o resultado potencial da punição, caracterizando-se pelo socar, chutar, morder, queimar ou simplesmente machucar a criança. De outro modo, pode-se dizer que quando a punição é muito severa, ela atravessa a linha para o abuso físico, sendo que fatores como estresse, falta de apoio e hostilidade podem configurar-se como mediadores para esta passagem da punição para o abuso físico. Como exemplo de itens: *“Meu filho tem muito medo de apanhar de mim”, “Meu filho fica machucado fisicamente quando bato nele”.*

A disciplina relaxada se caracteriza pelo não cumprimento de regras pré-estabelecidas pelos pais, que ao se defrontarem com comportamentos opostos ou agressivos dos filhos, abrem mão do seu papel educativo. Como exemplo de itens: *“Ameaço que vou bater ou castigar, depois não faço nada”, “Quando mando meu filho estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa e ele não obedece, eu deixo pra lá”.*

A monitoria negativa, também conhecida como supervisão estressante constitui-se por ordens e fiscalizações excessivas por parte dos pais. Esta prática gera um clima de hostilidade e insegurança nos relacionamentos entre pais e filhos. Este tipo de controle se caracteriza por inibir ou interferir no desenvolvimento da autonomia da criança, promovendo uma dependência

emocional dos pais. Como exemplo de itens: *“Critico qualquer coisa que meu filho faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados”, “Controlo com que meu filho fala ou sai”*.

A negligência é definida pela não responsividade por parte dos pais nas relações estabelecidas com os filhos, além da limitação existente no que diz respeito à competência parental. Assim, os pais caracterizados como negligentes tendem a ignorar a maioria dos comportamentos da criança e respondem muito pouco às suas iniciativas de comunicação. Como exemplo de itens: *“Meu trabalho atrapalha na atenção que dou ao meu filho”, “Meu filho fica sozinho em casa a maior parte do tempo”*.

A punição inconsistente está relacionada à falta de consistência na aplicação da punição, ou seja, configura-se como tal, por exemplo, quando os pais punem a criança algumas vezes e outras não, pelo mesmo motivo, ação que é determinada pelo estado emocional dos pais e não pelo comportamento da criança. Como exemplo de itens: *“Quando estou alegre, não me importo com as coisas erradas que meu filho faça”, “Castigo-o quando estou nervoso, assim que passa a raiva, peço desculpas”*.

Com relação aos parâmetros psicométricos do instrumento, investigou-se a unidimensionalidade por meio da análise fatorial exploratória, sendo que no IEP materno todos os itens incluídos no fator apresentaram cargas fatoriais acima de 0,42. Quanto à consistência interna, os coeficientes variaram de 0,47 para monitoria negativa a 0,82 para abuso físico (Gomide, 2006).

No IEP paterno, os itens incluídos no fator também apresentaram cargas fatoriais acima de 0,42 e o coeficiente de consistência interna apresentou variação de 0,62 para monitoria negativa a 0,87 para abuso físico (Gomide, 2006).

O IEP possui duas formas: um Inventário denominado Práticas Educativas Paternas e Maternas (quando os pais respondem sobre as práticas adotadas em relação aos filhos) e dois Inventários denominados Práticas Parentais Paternas e Práticas Parentais Maternas (quando os

filhos respondem respectivamente sobre as práticas adotadas pelos pais e mães). No caso do presente estudo, foi utilizado somente o Inventário de Práticas Educativas Paternas e Maternas.

Os dados obtidos a partir da aplicação do IEP foram adequados à folha de resposta composta pelas sete práticas educativas. Cada resposta, por definição da própria autora, recebeu as seguintes pontuações: nunca (0), às vezes (1), sempre (2). Assim, cada prática educativa pode alcançar a pontuação máxima de 12 e mínima de 0.

g) Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB

Este instrumento tem como objetivo caracterizar os sujeitos segundo seu poder aquisitivo, ou seja, classificá-los quanto às classes socioeconômicas de acordo com a posse de objetos ou bens de consumo e o grau de instrução do chefe da família. As classes vão de A1 a E, e os indivíduos são classificados em cada uma delas conforme o total de pontos alcançados, os quais variam de 0 a 34.

O CCEB foi desenvolvido a partir de um estudo realizado com base no banco de dados do LSE - Levantamento Sócio-Econômico de 1993 do IBOPE.

Este instrumento encontra-se no Anexo 3.

4) Procedimento de Coleta de Dados

Anteriormente à coleta propriamente dita, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, obtendo parecer favorável quanto à sua execução (Anexo 4).

Para a coleta de dados referente ao grupo de sujeitos que maltrataram fisicamente seus filhos, realizou-se contatos com os Conselhos Tutelares e com o responsável por um Abrigo da cidade de Ribeirão Preto, no sentido de obter autorização para o levantamento dos casos assinalados como sendo de maus-tratos físicos.

Para tanto, foi entregue às instituições o projeto de pesquisa para que tivessem clareza sobre a proposta do mesmo, bem como dos benefícios que este poderia proporcionar, do ponto de vista científico, e um Termo de Autorização, solicitando a colaboração com a pesquisa no sentido de

permitir a leitura e a seleção dos prontuários referentes a casos caracterizados como maus-tratos físicos.

Após tal autorização, deu-se início ao levantamento das notificações por meio da leitura dos livros de registro, focando-se os casos que continham termos alusivos aos maus-tratos físicos: “agressão física”, “violência física”, “violência doméstica”, “maus-tratos” e “espancamento”. Em seguida, procedeu-se a leitura dos prontuários, os quais continham a descrição da ocorrência de modo a reter ou não o caso, seguindo os critérios para constituição do grupo clínico.

Por fim, deu-se início ao contato com os adultos notificados, solicitando-lhes a colaboração no projeto e apresentando-lhes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de uma carta de apresentação que continha a autorização dos Conselhos ou do Abrigo para contatá-los, onde era explicitado que a entrevista a ser realizada tinha somente fins de pesquisa.

O tempo de cobertura abrangido no levantamento correspondeu ao período compreendido entre os anos de 2004 e 2006, restringindo, portanto, a busca pelos casos notificados nos últimos três anos, ponderando-se que tal ação facilitaria o acesso às famílias. Vale dizer ainda que os casos selecionados para a presente pesquisa limitava a idade da criança/adolescente até os quinze anos.

De forma geral, a descrição dos casos nas fichas das instituições continham relatos de violência perpetrada pela mãe, alegando o fato de a criança dar muito trabalho; em um dos casos a mãe relatou que a criança furtava e não obedecia. Outros relatos diziam respeito ao uso da punição física como método educativo, já que estes pais confirmavam que batiam, mas não espancavam suas crianças. As notificações foram, em geral, feitas pelos companheiros que não estavam mais com as mães, dizendo que estas agrediam os filhos; outros casos referiam-se a relatos de avós apontando agressão dos pais. Observou-se ainda casos em que a escola foi a instância que efetivou a notificação, havendo situações em que a própria criança teria feito o relato da agressão sofrida para o professor/coordenador e este procurou o Conselho Tutelar.

Os adultos foram contatados até se obter o número de 30 participantes. Do total dos casos selecionados (90), houve perdas significativas por razão de mudanças de endereço e/ou endereços

não localizados (44 casos) e algumas recusas (8). Vale dizer ainda, que 8 casos não foram contatados em função de a amostra ter atingido o número necessário de participantes.

A distribuição do número de casos encontrados e selecionados, a partir de cada fonte de dados em particular, bem como o número de entrevistas realizadas, encontra-se sintetizado na tabela à seguir.

Tabela 1: Distribuição do número de casos encontrados e selecionados, a partir de cada fonte de dados em particular, bem como o número de entrevistas realizadas

Instituições	Número de casos		
	Encontrados	Selecionados	Entrevistas realizadas
Conselho I	84	33	15
Conselho II	60	24	6
Conselho III	61	21	5
Abrigo	21	12	4
Total	226	90	30

Para a coleta de dados referente ao grupo de comparação, a amostra foi formada por conveniência, por meio da indicação de pessoas que conheciam famílias sem histórico de maus-tratos, que na sua avaliação cuidavam adequadamente dos filhos.

Pensou-se em utilizar, em seguida, o método “bola de neve”, em que os primeiros participantes iriam indicando os próximos, para constituição da amostra, porém este procedimento pôde ser utilizado poucas vezes em função dos participantes não possuírem as indicações pertinentes. Desta forma, foi necessário buscar novas indicações sempre que o último participante entrevistado não tinha ninguém para indicar. O Termo de Consentimento também foi apresentado a estes participantes.

Além disso, deve-se ressaltar que o grupo de comparação foi constituído com base em algumas características pertencentes ao grupo clínico, já que os dois grupos foram equiparados em variáveis sócio-demográficas. Os critérios de emparelhamento adotados foram: idade dos responsáveis (considerou-se uma variação de até dez anos entre as idades de um participante de um grupo e de outro, com exceção dos adultos na faixa etária de 15 a 20 anos; assim um adulto, por

exemplo, com 21 anos foi equiparado a outro com até 31); nível educacional (utilizou-se as categorias não-alfabetizado; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio completo ou incompleto, e ensino superior); nível socioeconômico (foram utilizadas as subdivisões de classes sociais (A, B, C, D, e E) do Critério de Classificação Econômica Brasil); situação civil (utilizou-se as categorias com companheiro e sem companheiro); número de crianças sob os cuidados (considerou-se a seguinte escala: cuidar de uma criança; de 2 a 6 crianças; de 6 a 10 crianças); e idade das crianças (considerou-se as seguintes faixas: 0 a 3, 3 a 7, 7 a 11, 11 a 15 anos).

5) Estudo Piloto

Antes de dar início à coleta de dados, realizou-se um estudo visando promover a adequação semântica do CAP, onde, inicialmente, uma versão em espanhol do *Child Abuse Potential Inventory* (CAP) produzida na Argentina foi traduzida para o português por dois alunos do grupo de pesquisa (GEPDIP), cuja língua materna é o espanhol¹.

Em seguida, em parceria com uma aluna de pós-graduação da UFSCar que utilizara uma versão reduzida do CAP em português (obtida a partir de uma publicação chilena), foram comparadas as duas versões em português. Além disso, foi feita a comparação destas com a original em inglês, com vistas a verificar aspectos comuns nas traduções e formular um primeiro consenso sobre as palavras mais adequadas para a versão do CAP em português. Ainda, iniciou-se a tradução da versão original completa do CAP – em inglês².

Posteriormente, foi solicitada a colaboração da Profa. Dra. Lúcia C. Willians, pesquisadora com conhecimento na área da violência doméstica e com proficiência na língua inglesa (sendo tradutora juramentada), no sentido de verificar a tradução de alguns itens cujos sentidos estavam controversos.

¹ Os referidos alunos são: Ida Leyda Martinez Ávila e Eulálio Arteaga Piñon

² Esse trabalho foi feito em conjunto por Karyne Rios (UFSCAR), Lilian P. D. Bérghamo, Ida Leyda Martinez Ávila e Eulálio Arteaga Piñon (USP-RP)

Além disso, a tradução para o português foi submetida a uma retrotradução, na cidade de Ribeirão Preto, também realizada por uma pessoa com proficiência na língua inglesa, contratada para este fim, sem vinculação com o projeto em questão.

Ainda, foi realizada uma aplicação prévia do instrumento com três pessoas que possuíam algumas das características da população alvo do estudo, para avaliar o tempo médio de duração da entrevista.

A retrotradução foi comparada com a versão original em inglês e com a tradução inicialmente realizada do espanhol. Nesta etapa, os pesquisadores tiveram como objetivo verificar se o significado dos itens da versão original foi mantido, e para tanto, cada aluno individualmente assinalou as seguintes opções frente a cada um: significado inalterado, parcialmente alterado, muito alterado ou completamente alterado. Para 125 itens a concordância entre os pesquisadores quanto ao seu significado foi de 100%; no entanto, 35 itens apresentaram concordância de apenas 67%, indicando algum tipo de problema na retrotradução ou então na tradução inicial, necessitando realizar uma discussão em torno do sentido buscado pelo item, de modo a encontrar o formato mais adequado.

No entanto, mesmo adotando-se o procedimento descrito acima, alguns itens ainda mostravam problemas quanto ao significado. Desta forma, entrou-se em contato com o autor do Inventário (Joel Milner) para obter maiores esclarecimentos quanto aos sentidos pesquisados, de forma a convencionar sobre a melhor tradução.

Após estes procedimentos, o CAP foi aplicado, primeiramente, em nove pessoas de classes populares, apostando-se que essas teriam características sócio-demográficas semelhantes às das pessoas que seriam entrevistadas no estudo. Isso se fez com vistas a verificar a compreensão dos itens. As repostas dos participantes foram registradas em papel segundo o grau de compreensão dos sujeitos, ou seja, se estes haviam compreendido ou se não haviam compreendido o sentido dos itens, e neste último caso, pedia-se ao sujeito que explicasse qual o sentido compreendido e também que fornecesse algumas sugestões de palavras. Verificou-se neste procedimento, que alguns itens ainda

apresentavam-se com difícil compreensão para os sujeitos, devendo ser reformulados na sequência, com base em orientações do próprio autor do instrumento.

Em seguida, testou-se tais itens em mais quatro pessoas, chegando-se a um nível de saturação nas respostas, ou seja, os participantes compreendiam o significado dos itens de forma semelhante, na direção esperada.

Ainda, referente ao ajustamento dos instrumentos para a coleta de dados, foi feita uma tradução da “Entrevista da História do Adulto”, originalmente em espanhol, realizada por dois pós-graduandos³, cuja língua materna é o espanhol. Como mencionado, também realizou-se a inclusão de algumas perguntas ao questionário com intuito de apreender a possibilidade de o respondente ter vivido outras formas de maus-tratos como o abuso psicológico, a negligência e o abuso sexual, o que não era contemplado na versão anterior.

Este instrumento também foi aplicado em seis pessoas para verificar a compreensão dos itens, chegando-se a um nível de saturação nas respostas, ou seja, os sujeitos compreendiam o sentido das questões na mesma direção.

O Questionário de Caracterização utilizado neste estudo foi adequado por membros do grupo de pesquisa⁴ com base em algumas variáveis apresentadas por Bringiotti (1999). Este questionário não foi testado quanto à compreensão das questões que o compõem já que essas são de caráter mais objetivo e se referem a aspectos sócio-demográficos como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, entre outros.

6) Procedimento de análise dos dados

As respostas fornecidas pelos participantes ao CAP foram corrigidas segundo a pontuação de cada item fornecida pelo autor do instrumento e compiladas em banco de dados. Com relação aos outros instrumentos (IEP, QAS e ISP), adotou-se o mesmo procedimento, ou seja, os escores

³ Os referidos alunos são: Ida Leyda Martinez Ávila e Eulálio Arteaga Piñon

⁴ Lilian P. D. Bérnago, Ida Leyda Martinez Ávila e Eulálio Arteaga Piñon

finais foram obtidos seguindo as normas de correção de cada instrumento, os quais também foram organizados em banco de dados.

Os resultados de todos os instrumentos foram analisados, utilizando-se o programa *Jandel SigmaStat (Statistical Software 2.0)*, pelo teste *t de Student* para amostras independentes (quando a distribuição da variável era considerada normal) ou *Mann-Whitney Rank Sum test* (quando a distribuição não era normal). Vale dizer que o próprio programa proporcionava o resultado quanto à distribuição da variável, e indicava em seguida, o teste a ser utilizado, o Mann-Whitney Rank Sum test. Diferenças significativas foram consideradas adotando-se um $p \leq 0,05$.

Em relação às respostas obtidas com o Questionário de Caracterização, também compiladas em banco de dados, procedeu-se ao cálculo de médias e desvios padrão, e posteriormente, à análise por meio do teste *t de Student* ou Mann-Whitney Rank Sum Test para as variáveis não controladas, ou seja, as variáveis que não foram equiparadas.

As respostas fornecidas na Entrevista da História da Infância do Adulto foram analisadas por meio da contabilização das frequências e porcentagens. Além disso, para a análise de algumas respostas utilizou-se o teste do X^2 (Qui-quadrado) ou o teste exato de Fisher quando necessário, adotando-se como nível de significância $p \leq 0,05$. Onde houve diferença significativa foi calculado o odds ratio com um intervalo de confiança de 95%.

V - RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados a seguir por meio de tabelas, as quais trazem principalmente, médias, desvios padrão, proporções, bem como a existência de diferenças significativas entre os grupos. Antes, contudo, apresenta-se a equiparação dos grupos nas variáveis controladas no estudo.

Tabela 2: Variáveis sócio-demográficas equiparadas nos grupos clínico e de comparação

Variáveis	Grupo de comparação n=30				Grupo clínico n=30			
	Média	DP	f	%	Média	DP	f	%
Idade do responsável	36	8,54			34	9,84		
Feminino			24	80			24	80
Masculino			6	20			6	20
Nível escolaridade	6,53	3,38			6,27	3,5		
Nível socioeconômico ^a	13,47	4,1			11,83	3,85		
Número de crianças	2,57	1,5			2,93	1,6		
Idade dos filhos	9,45	3,51			9,77	4,25		
Com companheiro			21	70			21	70
Sem companheiro			9	30			9	30

^aEscores finais obtidos por meio das informações obtidas com o Critério Brasil.

Pela tabela acima, demonstra-se não haver diferença significativa entre os grupos no que tange as variáveis que foram controladas para o pareamento, conforme o esperado.

1 – As variáveis sócio-demográficas estudadas: as diferenças entre os grupos

Com relação às outras variáveis de caracterização dos adultos participantes, referentes a aspectos sócio-demográficos diversos, destaca-se a presença de apenas duas diferenças significativas entre os grupos: *a idade do responsável por ocasião do nascimento do primeiro filho* e *a satisfação em relação ao bairro*. Os resultados obtidos são sintetizados nas tabelas a seguir.

Tabela 3: Resultados obtidos a partir do Questionário de Caracterização

Variáveis	Grupo de comparação n=30		Grupo clínico n=30		T
	Média	DP	Média	DP	
Idade do responsável - 1º filho	23,23	5,04	19,90	5,65	729,50**
Nº moradores na casa	4,97	1,56	4,73	2,08	
Intervalo entre os filhos	4,06	2,44	3,08	1,35	
Nº de cômodos	5,10	1,58	4,50	1,57	
Satisfação em relação ao bairro	8,40	1,85	6,93	2,56	755,00*
Avaliação da relação entre o casal	2,80	0,52	2,67	0,58	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

É importante ressaltar que o resultado obtido com a variável *idade do responsável por ocasião do nascimento do primeiro filho* demonstra que os adultos responsáveis do grupo clínico eram em média mais jovens na ocasião em que tiveram o primeiro filho do que os participantes do grupo de comparação, sendo também importante notar que o grupo clínico teve seu primeiro filho, em média, antes dos vinte anos, ao passo que o de comparação o teve depois dos vinte anos. Esta variável tem sido tomada como um fator de risco para os maus-tratos físicos, apontada na revisão de literatura, já que o fato de ser “pai/mãe jovem” geralmente atrela-se a outras variáveis de risco, como nível sócio-econômico e educacional baixos, rede de apoio social reduzida e, dentro disto, a monoparentalidade e expectativas inapropriadas com relação ao desenvolvimento da criança.

Com relação à variável *satisfação em relação ao bairro* também encontrou-se diferença entre os grupos, remetendo no caso do grupo clínico à uma menor satisfação com o local em que reside.

Com relação a variável *situação empregatícia*, os participantes foram agrupados segundo as seguintes categorias: “do lar”, desempregado, afastado ou aposentado, comércio (quando o participante estava ligado a alguma empresa ou instituição e o produto final do seu trabalho caracterizava-se como algo passível de venda), prestação de serviços (quando o participante estava subordinado a alguma empresa/instituição e o produto final do trabalho consistia em algum tipo de serviço), geração de renda autônoma (quando o participante não estava ligado a nenhuma

empresa/instituição, podendo o produto final do trabalho ser algo vendável ou um serviço), e graduado (quando a profissão exercida exigia estudo de nível superior).

A seguir são apresentados os resultados relativos à variável *situação empregatícia* para ambos os grupos, concernindo aos próprios entrevistados (tabela 4) e os seus companheiros (tabela 5).

Tabela 4: Distribuição do número de participantes em relação a variável situação empregatícia

Variáveis	Grupo de comparação		Grupo clínico	
	f	%	f	%
Do lar	9	30	5	16,67
Desempregado		0	10	33,34
Aposentado/afastado	1	3,33	1	3,33
Comércio		0	3	10
Prestação de serviços	16	53,34	4	13,33
Geração de renda	3	10	6	20
Graduado	1	3,33	1	3,33
Total	30	100	30	100

Pode-se perceber que a maioria dos participantes do grupo clínico estava desempregada (33,34%); já a maioria dos participantes do grupo de comparação se encontrava na categoria prestação de serviços (53,34%).

Tabela 5: Distribuição dos companheiros dos participantes em relação a variável situação empregatícia

Variáveis	Grupo de comparação		Grupo Clínico	
	F	%	f	%
Do lar	1	4,76	2	9,53
Desempregado	2	9,53	2	9,53
Aposentado/afastado	1	4,76	3	14,28
Comércio	1	4,76	1	4,76
Prestação de serviços	13	61,90	8	38,09
Geração de renda	2	9,53	5	23,80
Graduado	1	4,76		0
Total	21	100	21	100

Pela tabela 5, percebe-se que a categoria de emprego mais citada para os companheiros dos participantes foi a prestação de serviços, sendo o caso de 61,90% do total do grupo de comparação e 38,09% do grupo clínico.

A tabela a seguir apresenta os resultados quanto à naturalidade dos participantes de ambos os grupos.

Tabela 6: Distribuição do número de participantes de ambos os grupos em relação à naturalidade

Variáveis	Grupo de comparação		Grupo Clínico	
	f	%	f	%
Ribeirão Preto	14	47	15	50
Estado de São Paulo	10	33	10	33
Outros Estados	6	20	5	17
Total	30	100	30	100

Em relação à variável *naturalidade*, pode-se perceber que a maioria dos participantes do grupo clínico e do grupo de comparação são naturais de Ribeirão Preto.

2 – As variáveis psicossociais estudadas: as diferenças entre os grupos

A aplicação do CAP forneceu dados cuja análise indicou diferenças significativas entre os grupos na escala de abuso e também na maioria das dimensões (sub-escalas) que a compõem. A tabela a seguir demonstra tais resultados.

Tabela 7: Comparação dos grupos em relação às escalas do CAP

Escalas	Grupo de comparação n=30		Grupo clínico n=30		t/T
	Média	DP	Média	DP	
Abuso	166,90	83,34	223,87	99,3	2,40*
Angústia	95,03	68,58	133,40	76,16	2,05*
Rigidez	30,07	20,40	42,53	16,37**	1080,50**
Infelicidade	16,97	12,71	15,77	11,91	
Problemas com a criança e consigo	2,47	3,59	4,83	5,31	1048,50*
Problemas com a família	9,00	9,73	12,63	11,57	
Problemas com os outros	13,53	5,96	17,10	6,48	2,21*
Força do ego	23,07	9,88	17,47	9,75	-2,21*
Solidão	7,17	3,62	8,80	3,77	
Desejabilidade social ou mentira	9,67	3,39	9,57	3,44	
Acaso	3,77	1,43	3,30	1,66	
Inconsistência interna	1,37	1,10	1,50	1,31	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Pela tabela 8, verifica-se que a escala de *abuso*, e suas sub-escalas *angústia*, *rigidez*, *problemas com a criança e consigo* e *problemas com os outros*, apresentaram diferenças entre os grupos, sendo que o grupo clínico obteve médias superiores ao de comparação, o que revela a presença de maiores dificuldades nestas áreas para os participantes do primeiro grupo.

Quanto à escala *força do ego*, a média do grupo clínico foi menor do que a do grupo de comparação, o que era esperado, pois o construto avaliado por esta escala se constitui em um fator de proteção e não em risco, indicando que os participantes do grupo clínico possuem uma maior fragilidade nesse quesito se comparado ao outro grupo.

Com relação à escala de *solidão*, para a qual não se verificou diferença significativa, deve-se dizer que a mesma é mais atinente à problemática da negligência.

Os grupos também não se mostraram diferentes em relação à *desejabilidade social* ou *mentira*, *resposta ao acaso* e *inconsistência interna*, que são escalas de validade, cuja função é a de detectar distorções nas repostas dos sujeitos.

É importante dizer que as médias obtidas pelos grupos nessas escalas são relativamente baixas, o que indica a baixa probabilidade de as respostas fornecidas pelos participantes apresentarem distorções. Tomando as normas americanas para estas escalas, de forma exploratória, verifica-se que as médias obtidas pelos dois grupos estão abaixo das mesmas para a escala de *resposta ao acaso* e *inconsistência interna*, e ligeiramente superior na escala de *desejabilidade social* ou *mentira*.

A tabela a seguir apresenta os resultados relativos à aplicação do Questionário de apoio social (QAS).

Tabela 8: Comparação dos grupos quanto às questões sobre rede social e as questões referentes ao nível de apoio social

Variáveis	Grupo de comparação n=30		Grupo clínico n=30		t/T
	Média	DP	Média	DP	
Rede de parentes	2,27	1,74	1,9	1,65	
Rede de amigos	1,3	1,12	1,57	2,01	
Material	15,90	4,25	14,10	4,96	
Afetivo	14,03	1,67	11,77	3,04	731,50**
Emocional	15,60	3,74	14,23	4,11	
Informação	15,47	3,79	15,43	3,61	
Interação Social Positiva	17,00	3,34	13,67	4,23	-3,38***
Escore final	78,00	12,55	69,20	17,3	780,50*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

No QAS, especificamente no que se refere às dimensões *afetiva* que contém itens relacionados à demonstrações físicas de amor e afeto, e de *interação positiva*, em que os itens descrevem a disponibilidade de pessoas para se divertir e relaxar, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, as quais indicaram um nível menor de apoio para o grupo clínico. Além disso, o escore final também apresentou diferença nesta mesma direção, sendo possível afirmar que os participantes do grupo clínico percebem disporem de menos apoio social do que o grupo de comparação.

Já com relação às duas questões referentes ao conceito de rede social (*número de parentes e amigos*), não houve diferença significativa entre os grupos.

O Questionário ainda contém questões sobre a *participação em atividades comunitárias* como uma forma de participação social. Os resultados obtidos em relação a esta variável são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 9: Distribuição do número de participantes de ambos os grupos quanto à participação em atividades sociais

Variáveis	Grupo de comparação		Grupo Clínico	
	f	%	f	%
Não participa de atividades de esporte ou cultura	21	70	24	80
Participa uma vez por semana	6	20	0	0
Participa de duas a três vezes por semana	3	10	6	20
Total	30	100	30	100
Não participa de reuniões de associações de moradores, sindicatos ou partidos	24	80	25	83
Participa uma vez por semana	2	7	0	0
Participa algumas vezes no ano	3	10	4	13
Participa uma vez no ano	1	3	1	3
Total	30	100	30	100
Não participa de trabalho voluntário	22	74	24	80
Participa uma vez por semana	1	3	0	0
Participa de duas a três vezes por semana	1	3	0	0
Participa algumas vezes no ano	3	10	4	13
Participa uma vez no ano	3	10	2	7
Total	30	100	30	100

A tabela acima demonstra que tanto no grupo clínico como no de comparação, a maioria dos participantes não frequenta ambientes sociais-comunitários de qualquer natureza, nos quais poderiam formar/incrementar uma rede de apoio social, embora se note em relação à participação em atividades de esporte, cultura ou em trabalhos voluntários uma integração ligeiramente maior do grupo de comparação. De outro modo, pode-se dizer que os participantes de ambos os grupos, em sua maioria, têm fraca inserção/participação social-comunitária.

A tabela a seguir demonstra os resultados obtidos com a aplicação do Índice de Estresse Parental (ISP).

Tabela 10: Comparação dos grupos em relação às dimensões do ISP

Variáveis	Grupo de comparação		Grupo clínico		t
	Média	DP	Média	DP	
Pais	33,03	6,84	35,07	8,13	
Pais/Criança	28	5,61	31,33	8,25	
Criança	29,7	6,65	34,13	7,58	2,40*
Escore final	90,73	15,86	100,53	19,94	2,10*

*p ≤ 0,05

Com relação aos resultados acima apresentados, pode-se perceber que houve diferença significativa entre os grupos no que se refere a dimensão relativa à *criança* e no escore total do instrumento, indicando que os participantes do grupo clínico vivenciam mais estresse relacionado à função parental do que os participantes do grupo de comparação.

Especificamente em relação à dimensão ligada à criança, é necessário ressaltar que esta traz concepções acerca das características da criança como representando uma carga difícil de ser manejada pelos pais, e desta forma, o resultado obtido sugere que tal dimensão é um fator relevante na composição do estresse vivenciado nos sistemas pais-crianças.

Na sequência, apresenta-se uma tabela que sintetiza os resultados obtidos com a aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP).

Tabela 11: Comparação dos grupos em relação as variáveis do IEP

Variáveis	Grupo de comparação		Grupo clínico		t
	Média	DP	Média	DP	
Monitoria Positiva	10,93	1,02	9,60	2,2	580,50*
Comportamento Moral	10,64	1,28	10,08	2,25	
Punição Inconsistente	2,79	2,02	2,52	2,24	
Negligência	2,79	1,99	2,72	2,85	
Disciplina Relaxada	3,68	2,37	4,20	2,40	
Monitoria Negativa	7,43	1,91	7,24	2,26	
Abuso Físico	1,89	1,77	2,60	1,94	
Escore Bruto	62,80	7,33	60,33	8,20	

*p ≤ 0,05

Pela tabela 11, pode-se dizer que a única dimensão do IEP que apresentou diferença significativa entre os grupos é a *monitoria positiva*, indicando que os participantes do grupo clínico, em média, aderem a esta prática educativa com menos frequência do que o grupo de comparação.

A *monitoria positiva* envolve, por parte dos pais, o uso adequado da atenção para monitorar e controlar o comportamento dos filhos, além de envolver também o estabelecimento de regras, a disponibilidade afetiva com os filhos e o acompanhamento das atividades escolares e de lazer.

Era esperado que este instrumento diferenciase os grupos principalmente em algumas práticas parentais negativas, dentre elas, o *abuso físico*, levando em conta o fato de o grupo clínico ser formado por adultos que apresentaram esse problema.

Os resultados obtidos com a aplicação da Entrevista da História da Infância do Adulto, visando informações sobre os grupos em relação à experiência de eventos positivos e/ou negativos em suas infâncias, são apresentados a seguir.

Primeiramente serão demonstrados os resultados obtidos nas questões que se referem aos eventos na infância dos adultos participantes, de acordo com suas informações.

Tabela 12: Distribuição do número de participantes quanto ao fato de residir com os genitores ao longo da infância

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	93,30%	93,30%
Não	6,70%	6,70%

Pode-se perceber nos resultados que os participantes de ambos os grupos são parecidos quanto ao fato de terem majoritariamente a experiência de terem sido cuidados pelos genitores ao longo da infância. Ainda, ressalta-se que tanto no grupo clínico como no grupo de comparação, dois participantes apontaram que não foram cuidados pelos pais durante a infância, sendo que no primeiro, ambos foram criados por pais substitutos, e no segundo, um deles morou em instituição e o outro foi criado por pai substituto.

A tabela a seguir sintetiza os resultados relativos à co-habitação dos participantes, considerando se os mesmos, durante a infância, moravam com os dois genitores ou com apenas um deles, o que pode indicar a vivência de rupturas familiares.

Tabela 13: Distribuição do número de participantes quanto ao fato de residir com ambos ou um dos genitores ao longo da infância

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=28	Grupo clínico n=28
Ambos os pais	78,57%	64,29%
Um dos pais	21,43%	35,71%

Pela tabela acima, observa-se que no grupo clínico há uma maior proporção de sujeitos que foram cuidados por apenas um dos genitores, ou seja, que viveram em famílias monoparentais.

Nas tabelas abaixo são apresentadas as sínteses dos resultados obtidos quanto à participação de outros cuidadores durante a infância dos sujeitos de ambos os grupos.

Tabela 14: Distribuição do número de participantes em relação ao cuidado recebido por outras pessoas além dos pais

Pessoas	Grupo de comparação (n=14) %
Padrasto	7,14
Avós	57,14
Tios	28,58
Irmãos	7,14
Total	100

Pode-se perceber que os participantes do grupo de comparação em grande parte, além de terem sido cuidados pelos genitores, também o foram por parte dos avós.

Tabela 15: Distribuição do número de participantes em relação ao cuidado recebido por outras pessoas além dos pais

Pessoas	Grupo clínico (n=19)
	%
Babá	10,52
Avós	31,57
Tios	36,84
Irmãos	15,8
Madrinha	5,27
Total	100

Pela tabela verifica-se que a maioria dos participantes do grupo clínico além de terem sido cuidados pelos genitores, também receberam cuidados de tios e avós.

Outro aspecto ou acontecimento investigado foi a idade de início na assunção de trabalhos domésticos ou fora de casa. Em relação a isso, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, sendo que a média de idade no grupo de comparação foi de 10,17 anos (com DP de 2,38) e no grupo clínico foi de 9,45 anos (com DP de 2,03), segundo a comparação dos grupos, com o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes.

Outras informações abordadas pela entrevista buscaram constituir as concepções/percepções dos respondentes quanto à relação que mantinham com os cuidadores, assim como, sobre os cuidados recebidos na infância.

Assim, na tabela 16 são apontados os resultados referentes às respostas dos participantes quando questionados se gostariam de ser o mesmo tipo de pai/mãe para os seus filhos, tendo em vista o tipo de pai/mãe que seus pais foram quando os mesmos eram crianças.

Tabela 16: Distribuição do número de participantes em relação a se gostariam ou não de ser com os filhos da mesma forma que seus pais foram com eles

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	83,32%	50%
Não	16,66%	50%

Pela tabela acima, pode-se notar que a maioria do grupo de comparação gostaria de ser com os filhos do mesmo modo que seus pais foram com eles, sendo que em meio a esses, 32% ressaltaram esta vontade somente em relação a algumas atitudes ou posturas e 68% ressaltaram que gostariam de ser completamente iguais aos próprios pais.

No grupo clínico, o percentual de participantes que respondeu afirmativamente foi menor (50%), sendo que deste montante, 60% apontaram que gostariam de ser completamente iguais aos próprios pais e 40% apenas em algumas atitudes ou posturas.

Ressalta-se ainda que a outra metade dos participantes do grupo clínico afirmou não ter o desejo de ser o mesmo tipo de mãe/pai para seus próprios filhos.

A tabela a seguir descreve os resultados relativos aos sentimentos dos participantes para com suas mães (ou substitutas).

Tabela 17: Distribuição do número de participantes quanto aos sentimentos sobre a mãe

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=29	Grupo clínico n=30
Positivos	96,6%*	73,3%
Negativos	3,4%	26,7%*

* $p \leq 0,05$

Quanto aos *sentimentos sobre a mãe* houve diferença significativa em relação aos sentimentos negativos, sendo que o percentual no grupo clínico foi significativamente superior que no grupo de comparação. A diferença de percentual no que tange aos sentimentos positivos também é significativa, sendo que neste aspecto o grupo de comparação apresenta percentual mais elevado.

Para um intervalo de confiança de 95% (1,18-90,90), o cálculo de *odds ratio* foi igual a 10,2, ou seja, estima-se que os participantes do grupo clínico têm dez vezes mais chance de ter sentimentos negativos em relação à mãe do que os participantes do grupo de comparação.

Vale dizer que dos participantes do grupo de comparação que relataram sentimentos positivos com relação à mãe, 71,43% os consideraram afetivamente próximos, e 28,57% os

consideraram bom/normal. Já no grupo clínico, 36,36% dos participantes afirmaram sentir uma proximidade afetiva com relação à mãe, e 63,63% consideram tais sentimentos como bom/normal.

A tabela abaixo refere-se às percepções dos participantes no que se concerne à relação que tiveram com a mãe.

Tabela 18: Distribuição do número de participantes quanto ao conceito que apresentam à relação que mantém com a mãe

Grupo/conceito	Grupo de comparação n=29	Grupo clínico n=30
Muito boa	96,67%	60%
Razoável	3,33%	23,33%
Ruim	0	16,67%

Conclui-se por meio da tabela 18 que há uma proporção maior de participantes nos dois grupos que percebem a relação estabelecida com a mãe como muito boa. Porém, tanto nesta categoria como nas demais, notam-se importantes diferenças percentuais entre os grupos, sendo que no grupo clínico fica evidente que os participantes têm uma percepção menos satisfatória no que se refere à relação com as mães que o grupo de comparação.

A próxima tabela, por seu turno, apresenta os resultados obtidos quanto aos sentimentos dos participantes com relação ao pai (ou substituto).

Tabela 19: Distribuição do número de participantes quanto aos sentimentos sobre o pai (ou substituto)

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=28	Grupo clínico N=28
Positivos	82,10%*	57%
Negativos	17,90%	43%*

* $p \leq 0,05$

Quanto aos *sentimentos sobre pai* houve diferença significativa em relação aos sentimentos negativos, sendo que o percentual no grupo clínico foi significativamente superior em relação ao grupo de comparação. A diferença de percentual no que tange aos sentimentos positivos também é significativa, sendo que neste aspecto o grupo de comparação apresenta percentual mais elevado.

Para um intervalo de confiança de 95% (1,02-11,76), o cálculo de *odds ratio* foi igual a 3,45, ou seja, estima-se que os participantes do grupo clínico têm 3,5 vezes mais chance de ter sentimentos negativos em relação ao pai do que os participantes do grupo de comparação.

Vale ressaltar que dos participantes do grupo de comparação que relataram sentimentos positivos com relação ao pai, 34,78% os consideraram afetivamente próximos e 65,22% como bom/normal. No grupo clínico, 50% dos participantes disseram ter sentimentos afetivamente próximos com relação ao pai, e 50% consideraram estes sentimentos como bom/normal.

A próxima tabela refere-se às percepções dos participantes no que se concerne à relação que tiveram com o pai.

Tabela 20: Distribuição do número de participantes quanto ao conceito que apresentam à relação que mantém com o pai

Grupo/conceito	Grupo de comparação n=28	Grupo clínico n=28
Muito boa	67,85%	54%
Razoável	28,57%	10,71%
Ruim	3,57%	35,71%

Os resultados sintetizados na tabela acima mostram que os grupos se diferem principalmente no que se refere à percepção da relação estabelecida com o pai como ruim, indicando uma proporção bem maior de participantes do grupo clínico que a consideram desta forma.

A tabela seguinte aponta os resultados obtidos em relação à percepção dos participantes no que tange ao cuidado recebido por outras pessoas.

Tabela 21: Distribuição do número de participantes quanto à percepção do cuidado recebido de outras pessoas

Grupo/tipo de cuidado	Grupo de comparação n=14	Grupo clínico n=19
Adequado	100%	73,68%
Razoável	0%	21,05%
Inadequado	0%	5,26%

Os resultados demonstram que uma parte dos participantes do grupo clínico considerou os cuidados recebidos por outras pessoas que não os pais como razoáveis ou inadequados, indicando talvez a ocorrência de situações difíceis na infância neste aspecto. Já a totalidade dos participantes do grupo de comparação indicou que este cuidado, quando existiu, se deu de maneira adequada.

A próxima tabela diz respeito à percepção dos participantes quanto ao fato de se sentirem amados pelos pais, da forma como deve ser amada uma criança.

Tabela 22: Distribuição do número de participantes quanto à percepção de se sentirem amados pelos pais

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	100%	86,65%
Não	0%	13,33%

Por estes resultados pode-se afirmar que a maior parte dos participantes (senão todos no caso do grupo de comparação) relatou que se sentiram amados quando crianças. Contudo, vale a ressalva de que no interior da resposta “sim” era possível nuança-la em termos de grau de sentimento, quando, então, a análise das respostas dos dois grupos denota uma maior distinção entre ambos como mostra a próxima tabela.

Tabela 23: Distribuição do número de participantes quanto à percepção do grau de afeto recebido dos pais

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=26
Completamente	80%	42,30%
Parcialmente	10%	30,76%
Por um dos pais	10%	26,92%

Percebe-se claramente que há uma proporção maior de participantes no grupo clínico que se sentiu amado de forma parcial ou por somente um dos pais, que no grupo de comparação. Ao contrário, a maior proporção de participantes do grupo de comparação sentiu-se completamente amado (por ambos os pais).

Estes dados indicam que os participantes do grupo clínico sentiam em sua maioria, de alguma forma, uma distância afetiva da parte dos pais.

A tabela a seguir apresenta os resultados das respostas dos participantes quanto à percepção de que os pais descarregavam a raiva neles (nos próprios participantes) quando ficavam nervosos.

Tabela 24: Distribuição do número de participantes quanto à percepção de serem alvos da raiva dos pais

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	20%	40%
Não	80%	60%

Pode-se perceber pela tabela acima que, em ambos os grupos, a maioria relatou não ter sido alvo da raiva sentida pelos pais, embora o percentual de participantes do grupo clínico que respondeu “não” ser nitidamente menor que no grupo de comparação. Vale dizer que do percentual do grupo clínico que respondeu ter sido alvo da raiva dos pais, 75% afirmou que somente um dos pais agia assim; logo 25% afirmou que isto provinha da parte de ambos os pais. Já no grupo de comparação, 83,33% do total que respondeu “sim” à questão, apresentou referência a somente um dos pais, e 16,67% a ambos.

Em sequência, a tabela 25 apresenta os resultados relativos à percepção dos participantes quanto à qualidade de sua infância.

Tabela 25: Distribuição do número de participantes quanto à percepção de como foi a infância

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Feliz	73,33%	26,66%
Intermediária	23,33%	63,33%
Triste	3,33%	10,00%

Verifica-se nitidamente uma diferença entre os grupos no que concerne à percepção por parte dos sujeitos de terem vivenciado uma infância feliz ou intermediária, já que a maioria do grupo de comparação a considerou feliz e do grupo clínico, intermediária. Ainda, nota-se que uma

proporção maior de participantes do grupo clínico, em relação ao grupo de comparação, indicou a vivência de uma infância triste.

A tabela abaixo ilustra os resultados apresentados pelos participantes no que se refere à lembrança da ocorrência de brigas entre os cuidadores.

Tabela 26: Distribuição do número de participantes quanto à percepção da ocorrência de brigas entre os pais

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=27	Grupo clínico n=26
Sim	33,30%	61,50%*
Não	66,70%*	38,50%

* $p \leq 0,05$

Os resultados apontam para a existência de uma diferença significativa entre os grupos, no tocante ao percentual de participantes que afirmou experienciar brigas entre os pais, podendo-se concluir que esta afirmação foi significativamente maior no grupo clínico. A diferença de percentual referente à resposta “não” também é significativa ($66,7\% > 38,5\%$), sendo superior no grupo de comparação.

Para um intervalo de confiança de 95% (1,04-9,85), o cálculo de *odds ratio* foi igual a 3,2, ou seja, estima-se que os participantes do grupo clínico têm 3 vezes mais chance de ter vivenciado brigas entre os pais do que os participantes do grupo de comparação.

Outras questões contidas na entrevista da História da Infância do Adulto se referiram à percepção dos participantes quanto ao recebimento de castigos (punições corporais), bem como do grau de severidade desses, sua frequência e as consequências destas formas de punição. As tabelas a seguir sintetizam estes resultados.

Tabela 27: Distribuição do número de participantes em relação ao recebimento de castigos na infância

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	93,33%	96,66%
Não	6,66%	3,33%

Por meio da tabela acima, percebe-se que os grupos se assemelham em relação à proporção de participantes que afirmou ter recebido castigos na infância, devendo-se sublinhar o fato de que em ambos os grupos a maioria foi submetida a tal prática. A tabela abaixo, no entanto, apresenta os resultados quanto às especificidades do castigo, isto é, se se tratava de castigo corporal ou não.

Tabela 28: Distribuição do número de participantes em relação ao recebimento de punições corporal e não corporal

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=28	Grupo clínico n=29
Corporal	42,85%	79,31%
Não corporal	57,14%	20,68%

Verifica-se que a maioria dos participantes do grupo clínico recebeu punição corporal, em detrimento de outras formas de punição, e que, se equiparada ao grupo de comparação, a proporção de participantes submetidos a essa prática, na infância, é maior. Em contrapartida, no grupo de comparação, a maioria dos participantes foi submetida a práticas punitivas não corporais.

Na tabela abaixo, sintetiza-se os resultados referentes à punição corporal ou física tendo em vista as pessoas que a empregavam.

Tabela 29: Distribuição do número de participantes em relação às pessoas que empregaram a punição física

Pessoas	Grupo de comparação n=13	Grupo clínico n=24
Irmão ou parente	15,38%	12,50%
Pai ou substituto	7,69%	0
Mãe ou substituta	53,85%	37,50%
Ambos (mãe e pai)	23,08%	37,50%
Outra pessoa	0	12,50%

Os resultados apontam que quando houve situações de punição física na infância dos participantes do grupo clínico, esta foi empregada em grande parte pela mãe (ou substituta) ou por ambos os pais, indicando uma distribuição igualitária nestas categorias de resposta. No que tange ao

grupo de comparação, a mãe (ou substituta) é apontada como principal responsável pela punição física.

A próxima tabela demonstra os resultados advindos das repostas dos sujeitos frente ao fato de terem sido punidos corporalmente com o uso das mãos ou de objetos.

Tabela 30: Distribuição do número de participantes em relação à utilização da mão ou de objetos por parte dos pais para aplicação da punição corporal

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=12	Grupo clínico n=23
Mão	66,66%	13,04%
Objetos	33,33%	86,95%

Pelos resultados obtidos, pode-se dizer que no grupo clínico, entre os participantes que receberam punição física ao longo de suas infâncias, a maioria era submetida à punição com a utilização de objetos. Em seu turno, entre os participantes do grupo de comparação submetidos à punição corporal, a maioria o foi com o emprego das mãos, ou seja, era castigado com palmadas.

A tabela seguinte delinea os resultados advindos das respostas dos participantes quanto à percepção da frequência com que eram submetidos à punição corporal.

Tabela 31: Distribuição do número de participantes em relação à frequência com que eram submetidos à punição corporal

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=13	Grupo clínico n=24
Algumas vezes	69,23%	37,50%
Muitas vezes	30,76%	62,50%

Novamente, por meio destes resultados, pode-se observar que no grupo clínico, entre os participantes que receberam punição física ao longo de suas infâncias, a maioria afirma ter sido submetida ao castigo físico muitas vezes, ao passo que entre os participantes do grupo de comparação submetidos à punição corporal, a maioria considerou ter sido submetida a esta prática algumas vezes, ou seja, em uma frequência menor.

A tabela abaixo sintetiza os resultados relativos à percepção dos participantes quanto à presença de consequências físicas em função da ocorrência de punições corporais.

Tabela 32: Distribuição do número de participantes quanto à presença de consequências físicas provocadas pela ocorrência de punições físicas

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=13	Grupo clínico n=24
Sim	15,40%	50%
Não	84,60%	50%

$p \leq 0,05$

Em relação à presença de consequências oriundas das punições corporais sofridas, pode-se afirmar que a maioria dos participantes do grupo de comparação relatou não ter tido nenhum tipo de consequência, ao passo que entre os participantes do grupo clínico, a metade afirma ter sofrido alguma consequência física decorrente das punições corporais, sendo essas fraturas, hematomas ou necessidade de atenção médica.

Quando comparados os grupos, pela aplicação do teste exato de Fisher ($p=0,07$), pode-se dizer que não há diferença significativa entre eles. Porém, existe uma fortíssima tendência de o percentual de sujeitos submetidos à punição corporal no grupo clínico ser significativamente maior que no grupo de comparação no que tange à ocorrência de algum tipo de consequência ($50,0\% > 15,4\%$).

Dentro disto, para um intervalo de confiança de 95% (0,99-30,29), o cálculo de *odss ratio* foi igual a 5,55, ou seja, estima-se que os participantes do grupo clínico têm 5,5 vezes mais chance de ter experienciado algum tipo de consequência em função da punição física recebida que os participantes do grupo de comparação.

Vale dizer ainda que dentre os 50% dos participantes do grupo clínico, que responderam “sim”, 33,33% relatam que necessitaram de atendimento médico, sendo que os demais, 66,67%, não demandaram atenção médica apesar das consequências físicas sofridas.

A próxima tabela apresenta os resultados concernentes à percepção dos participantes quanto à percepção de os castigos sofridos serem injustos.

Tabela 33: Distribuição do número de participantes quanto à percepção de terem sido castigados injustamente

Grupo/resposta	Grupo de comparação N=30	Grupo clínico n=30
Sim	16,66%	53,33%
Não	83,33%	46,66%

Os resultados apontam que a maioria do grupo de comparação não percebia os castigos como injustos, sendo que deste percentual (83,33%), 72% tinham esta percepção quando o castigo era leve e 28% mesmo quando o castigo era severo. Ao contrário, a maioria do grupo clínico percebeu os castigos como injustos (53,33%); deste percentual, 50% referiam-se a injustiça quando o castigo era leve e 50% quando o mesmo era severo.

É preciso ressaltar que entre os participantes do grupo clínico que relataram que não percebiam os castigos como injustos (46,66%), 71,43% deles ressaltaram tal percepção mesmo quando o castigo era severo, e 28,57% quando o mesmo era mais leve.

Os resultados que são apresentados a seguir se referem a indicadores pesquisados junto aos participantes dos dois grupos relacionados a outras formas de maus-tratos eventualmente sofridos em suas infâncias.

A presença de negligência, por exemplo, foi pesquisada por três questões (12, 13 e 14), sendo que os resultados obtidos encontram-se sintetizados nas tabelas a seguir.

Tabela 34: Distribuição do número de participantes em relação ao fato de ser deixado sozinho em casa

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	16,66%	36,66%
Não	83,33%	63,33%

Pode-se perceber que a maioria dos participantes de ambos os grupos relatou não ter ficado longos períodos sozinhos em casa, na infância, porém nota-se uma proporção um pouco maior no grupo clínico de pessoas que responderam afirmativamente a esta questão, em relação ao grupo de comparação.

Tabela 35: Distribuição do número de participantes em relação à percepção de ter sido ou não bem cuidado quanto a aspectos físicos (higiene e alimentação)

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	93,33%	100%
Não	6,66%	0,00%

Com relação aos cuidados referentes à higiene, alimentação e saúde verifica-se que em ambos os grupos a grande maioria (senão a totalidade no caso do grupo clínico) considera ter recebido cuidados de natureza física adequados durante a infância, chamando a atenção o fato de que no grupo de comparação existem participantes que consideraram não ter sido cuidados adequadamente.

Tabela 36: Distribuição do número de participantes quanto à percepção de ter sido cuidado adequadamente em caso de doença

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	100,00%	96,66%
Não	0,00%	3,33%

Quanto aos cuidados recebidos pelos pais ou responsáveis em situações de doença, percebe-se que a maioria em ambos os grupos (senão a totalidade no grupo de comparação) considerou recebê-los de forma adequada durante a infância. No entanto, houve um pequeno percentual de participantes no grupo clínico que não considerou a existência deste tipo de atenção na infância.

Em relação aos maus-tratos de natureza emocional, as questões 16 e 17 buscaram investigar certos indicadores de sua presença. A tabela a seguir apresenta os resultados relativos à

compreensão dos motivos das repreensões verbais sofridas na infância pelos participantes de ambos os grupos.

Tabela 37: Distribuição do número de participantes quanto à compreensão ou não das punições verbais (brincas) realizadas pelos pais

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	63,33%	53,34%
Não	36,66%	46,65%

Neste aspecto, pode-se perceber que a maioria dos participantes de ambos os grupos relatou compreender as “brincas” sofridas quando criança, indicando uma noção de merecimento. Porém, é necessário ressaltar que entre os participantes do grupo clínico que responderam não compreender, 42,85% sentiam-se ameaçados no momento em que recebiam as brincas; 35,71% tinham a reação de choro; 7,14% sentiam-se culpados; e 14,28% nunca compreendiam o motivo da bronca.

Já no grupo de comparação, entre os participantes que responderam “não” (36,36%), tem-se que 54,54% sentiam-se ameaçados; 18,18% choravam e 27,27% sentiam-se culpados.

A tabela a seguir mostra os resultados atinentes às respostas dadas pelos sujeitos quanto estar à vontade para questionar os pais.

Tabela 38: Distribuição do número de participantes em relação ao fato de sentir-se à vontade para questionar os pais

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sempre	23,33%	6,66%
Às vezes	30,00%	16,66%
Não	46,66%	76,66%

Com relação a esta variável nota-se diferença entre os grupos, na medida em que os participantes do grupo de comparação relataram mais liberdade para questionar os pais, seja “sempre” ou “às vezes”, em relação ao grupo clínico. Além disso, a proporção de pessoas no grupo clínico que respondeu negativamente é maior do que no de comparação.

A questão 18 da entrevista diz respeito à possibilidade de ter havido abuso sexual na infância dos participantes deste estudo. Os resultados são apresentados a seguir.

Tabela 39: Distribuição do número de participantes quanto ao fato de ter sido tocado, pelos cuidadores, em partes do corpo que não queriam

Grupo/resposta	Grupo de comparação n=30	Grupo clínico n=30
Sim	6,66%	3,33%
Não	93,33%	96,66%

A presença desta experiência se faz presente para uma pequena proporção de participantes em ambos os grupos. Deve-se sublinhar que há mais sujeitos no grupo de comparação que revelaram ter tido esta experiência.

VI – DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi o de verificar quais variáveis associadas à figura do cuidador estavam relacionadas ao fenômeno dos maus-tratos físicos, no contexto brasileiro, comparando dois grupos distintos (grupo clínico e grupo de comparação) de modo a dispor de conhecimento sobre alguns dos fatores de risco para o fenômeno. As variáveis estudadas são de natureza psicossocial: algumas remetem a aspectos de personalidade, como *força do ego* e *rigidez*, outras ao funcionamento psicológico, como *angústia* e *infelicidade*, sendo que a maioria refere-se a aspectos da relação estabelecida com a criança ou com o entorno (*problemas com a criança e consigo*, *estresse* e *estilo parental*, *problemas com a família*, *problemas com os outros* e *apoio social*). Ademais, também investigou-se a *história da infância* do cuidador, com vistas a verificar problemas no desenvolvimento ontogenético, no que se refere a sentimentos negativos relacionados à infância e à possibilidade de terem vivenciado maus-tratos neste período da vida.

Vale dizer que tais variáveis foram selecionadas com base no que a literatura vem ressaltando a respeito dos fatores de risco significativos para os maus-tratos físicos e, também, na constatação de ausência de estudos nacionais portando sobre esses aspectos.

Iniciando pelas variáveis que fazem parte do desenvolvimento ontogenético, destaca-se a *idade do responsável por ocasião do nascimento do primeiro filho*, a qual apresentou diferença significativa entre os grupos (Média de 19,90 anos para o grupo clínico e 23,23 para o grupo de comparação), apontando que os pais que maltrataram fisicamente os filhos, eram em média mais jovens em relação ao grupo de comparação.

Este resultado demonstra a relação que existe entre tal variável e o fenômeno dos maus-tratos físicos. Na literatura internacional a idade materna é amplamente apontada como fator de risco para os maus-tratos quando o responsável é um adolescente ou possui menos de 20 anos, no momento do nascimento dos filhos.

Neste sentido, os trabalhos focam não só a *idade materna precoce*, descrevendo-a como um importante fator de risco no plano das variáveis sócio-demográficas ou no plano ontogenético, como também a relacionam com outras variáveis, como a história de abuso na infância ou características de angústia ou depressão para que ocorra a situação de maus-tratos (Salzinger e cols., 1998; Budd e cols., 2000 ; Domenech & De Paul, 2000; Zelenko e cols., 2001 ; Woodward & Fergusson, 2002; Harada & Carmo, 2006).

Desta forma, pode-se pensar que a idade materna precoce isoladamente não tem influência definitiva na produção dos maus-tratos infantis, mas pode funcionar como um fator a mais para a produção de uma dinâmica de risco, em que outras características também ligadas ao cuidador se inter-relacionam (como o estresse parental, falta de apoio, história de maus-tratos na infância, entre outras).

Dentro disto, destacam-se as outras variáveis que no presente estudo também indicaram diferenças significativas entre os grupos, no sentido de apontar o grupo clínico como caracterizado por um maior número de variáveis de risco que o de comparação, dentre as quais a *idade materna precoce* no momento do nascimento do filho pode ter desempenhado um papel de risco para a ocorrência dos maus-tratos.

Outras variáveis relacionadas ao desenvolvimento ontogenético dos cuidadores envolvidos em situações de maus-tratos físicos, em contraposição ao grupo de comparação, denotaram o acúmulo de vivências negativas ao longo da própria infância do primeiro grupo, além da percepção desta fase, como mais negativa.

A partir de dados levantados com a entrevista “História da Infância do Adulto”, pode-se inferir que os sentimentos relativos às figuras parentais nos participantes do grupo clínico tendem a ser mais negativos que os do grupo de comparação. Neste sentido, as análises apontam que o percentual de participantes do grupo clínico que possuem sentimentos negativos, tanto com relação à mãe como ao pai, é significativamente maior que no grupo de comparação, indicando que estes

adultos possam ter vivenciado desde a infância um tipo de interação com os pais que possibilitou um distanciamento afetivo para com estes.

Além disso, o conceito atribuído pelos participantes para a relação que mantém com os pais, confirma a existência de mais conflitos para os participantes do grupo clínico (40% considerou como razoável ou ruim a relação com a mãe, em face de 3,33% do grupo de comparação; e 35,71% do total de participantes do grupo clínico considerou a relação com o pai como ruim, contra 3,57% dos participantes do grupo de comparação).

Outro dado relevante quanto à percepção dos participantes sobre o tipo de interação estabelecida com os pais na infância, refere-se à existência de uma proporção maior de participantes do grupo clínico que se sentiu amado de forma parcial ou somente por um dos genitores, em relação ao grupo de comparação, denotando que esses indivíduos não se sentiam acolhidos afetivamente e que, portanto, possam ter vivido mais situações de conflito nas interações com os pais do que o grupo de comparação.

Estes aspectos da infância se associam à probabilidade aumentada de gravidez precoce e não planejada, além de poder estar na base de um certo mal-estar psicológico, representado por níveis mais elevados de angústia e ansiedade.

Nesta direção, os resultados demonstraram diferenças significativas entre os grupos em níveis de *angústia*, que remeteria à preponderância de um padrão de sentimentos como frustração, tristeza, solidão, depressão, preocupação, angústia, confusão, desordem, rejeição, baixa auto-estima, perda de controle e raiva, nos cuidadores que cometeram abusos, aliado a um ego mais frágil (*força do ego* menos elevada), onde o próprio cuidador se percebe como apresentando menor estabilidade emocional e sente-se permeado por sentimentos de inadequação.

Pode-se dizer que a angústia se relaciona com a ocorrência do fenômeno dos maus-tratos físicos na medida em que interfere na capacidade do adulto em perceber adequadamente o comportamento da criança, além da percepção em relação aos próprios sentimentos e atitudes.

Estudos internacionais evidenciam, no nível do microssistema, a depressão ou distúrbios emocionais como variáveis de peso para o risco de maus-tratos físicos (Kelleher, Hollenberg & Chaffin, 1996; Woodward & Fergusson, 2002; Windham e cols., 2004; Smith e cols, 2005).

Além destes estudos, outros focaram especificamente os fatores de natureza afetiva indicando que existe uma relação entre a angústia parental (seja esta representada pela depressão, raiva, baixa auto-estima) e padrões negativos de crenças e atitudes com relação à criança, levando a utilização de punições físicas. Neste aspecto, Ateah e Durrant (2005) apontaram que as mães que sentiam raiva diante de algum comportamento inadequado exibido pela criança, e o consideraram como intencional, tiveram mais chance de utilizar a punição física.

Há que se ressaltar que a única pesquisa brasileira encontrada no levantamento bibliográfico (Vitolo e cols., 2005) abordou a questão da *angústia* por meio de problemas de saúde mental nos cuidadores para verificar como estes se relacionavam com crenças e atitudes educativas. Os pesquisadores apontaram que os responsáveis tinham o hábito de bater com a mão nas crianças em comparação com pais sem problemas de saúde mental.

No entanto, não foram localizados estudos brasileiros que focassem a *angústia* como um padrão de sentimentos não necessariamente ligado à psicopatologia. Isto talvez se deva ao fato de ainda não se possuir instrumentos padronizados que investiguem as características psicossociais de pessoas com risco potencial de maltratar os filhos, sendo necessária a utilização de instrumentos independentes para tal avaliação.

Em relação à *força do ego*, a qual também resultou em diferença significativa entre os grupos, Balge e Milner (2000) sugeriram que mães consideradas com alto risco para o abuso físico possuíam baixos níveis de força egóica que, atrelada a outras características, dificultariam o reconhecimento das próprias emoções e as das crianças, o que criaria uma base emocional frágil para a organização do próprio comportamento em resposta às demandas do ambiente. Além disso, segundo Milner e Chilamkurti (1991), a fraqueza dessa dimensão geralmente se associa à percepção

negativa do comportamento da criança, aumentando, então, o risco de manejo educativo inadequado.

No mais, concernindo especificamente às crianças, a forma de concebê-las e de se relacionar com elas, pode-se dizer, primeiramente, que os participantes do grupo clínico teriam atitudes mais rígidas quanto à aparência e ao comportamento infantil. De acordo com a definição da sub-escala *rigidez* (do CAP) os cuidadores apresentando níveis elevados de rigidez tendem a considerar que as crianças devem estar sempre limpas, sempre quietas e serem sempre educadas. Ela está ligada ao tipo de percepção e avaliação que os responsáveis têm do comportamento da criança, sendo que os maus-tratos físicos ocorreriam em função de uma falha em integrar corretamente a informação advinda do comportamento da criança (Montes, Milner & De Paúl, 2001).

É necessário dizer que vários trabalhos verificaram a relação entre aspectos cognitivos (avaliação e atribuição) e situações de estresse vivenciadas pelos cuidadores para a produção dos maus-tratos. Neste sentido, Milner e Dopke (2000) verificaram que as mães em alto risco relatam um alto nível de estresse e afeto negativo quando se deparam com um comportamento inadequado da criança, atribuindo-o a características globais, estáveis e intencionais, ou seja, como se a criança se comportasse daquela forma sempre e de maneira intencional.

Além disso, o tipo de avaliação que o adulto faz sobre o comportamento da criança também indica que o mesmo possui características rígidas. O estudo de Montes, Milner e de Paúl (2001) apontou que os responsáveis em risco para os maus-tratos físicos avaliavam os comportamentos convencionais e pessoais como mais sérios do que os comportamentos relacionados a transgressões morais.

Ademais, tal rigidez elevaria também os níveis de exigência em relação ao ambiente e aspectos da vida cotidiana (limpeza e organização), diminuindo a flexibilidade do comportamento frente às intercorrências ambientais e aos comportamentos infantis típicos.

O que parece ainda não estar claro com relação à rigidez é se este é um traço psicológico que pode ser exacerbado pelo estresse e angústia provocados pela interação com a criança e com o

entorno, ou ao contrário, sendo a dinâmica destas interações entre as variáveis de risco, um importante objeto de investigação.

Fato é que a rigidez nas formas de conceber e lidar com as crianças certamente conduz a problemas no relacionamento com elas, o que se verificou com os resultados dos grupos na dimensão *problemas com a criança e consigo*, pelos quais os pais que maltrataram fisicamente seus filhos detêm uma percepção da criança como tendo pouca habilidade e competência ou com algum tipo de problema (lenta, tendo problemas especiais e/ou se “metendo muito em encrencas”).

Embora a presença de déficits e de problemas de comportamento nas crianças não tenham sido investigados diretamente, no presente estudo, a forma como os cuidadores os avaliam certamente conduz a ações e reações baseadas na existência de problemas, o que pode de fato desencadeá-los, caso não existam e/ou agravá-los, caso já tenham se manifestado.

Os estudos encontrados no levantamento bibliográfico que trazem à tona a discussão referente às características da criança como risco para maus-tratos físicos não mencionam a percepção do cuidador em relação a estas, mas sim as características em si, afirmando que estas geralmente estão presentes.

Woodward e Fergusson (2002) apontaram problemas de conduta entre as idades de 6 e 13 anos como uma característica de risco para o uso da punição física. Paula, Nascimento, Duarte e Bordin (2006) também evidenciaram problemas de saúde mental em crianças como fator de risco para a ocorrência de punição física grave.

Além disso, o resultado relacionado a *problemas com a criança e consigo* aponta que os cuidadores do grupo clínico se percebem como possuindo mais dificuldades físicas (doenças e incapacidades) do que os adultos que fizeram parte do grupo de comparação, o que pode tornar suas capacidades para lidar com os desafios representados pela criação de filhos ainda mais débeis.

Neste sentido, é preciso destacar o trabalho de Salzinger e cols. (1998), o qual aponta algum tipo de doença séria vivida pelo cuidador como sendo um dos fatores familiares de risco para o abuso físico.

Considerando estes apontamentos sobre os resultados obtidos na sub-escala *problemas com a criança e consigo*, é possível dizer que novamente o aspecto cognitivo representado pela expectativa parental quanto às realizações ou capacidades da criança influencia a maneira como o adulto percebe a interação estabelecida com esta. Além disso, a própria percepção de si mesmo é permeada por características negativas, o que talvez se relacione com o fato dos pais em risco se caracterizarem também por alto nível de angústia.

Nessa linha, é coerente o resultado obtido a partir da aplicação da escala de Estresse Parental (ISP), pela qual se verificou uma diferença significativa entre os grupos quanto ao nível total de estresse sentido, sendo que os pais do grupo que maltrataram fisicamente seus filhos experimentam mais *estresse* relacionado ao exercício parental do que o grupo de comparação, especialmente no tocante ao *domínio da criança*, indicando que os responsáveis que maltrataram fisicamente os filhos percebem as características referentes ao temperamento da criança e ao próprio comportamento desta como uma das fontes mais importante de estresse nas relações pais-criança.

Independente de a criança apresentar ou não um problema maior, o resultado obtido está em concordância com o que é apontado na literatura sobre risco de maus-tratos físicos. O trabalho de DiLauro (2004), por exemplo, encontrou que os adultos que cometeram maus-tratos físicos e negligência tiveram altos escores na sub-escala *demandas da criança*, percebendo-a como muito exigente, e sugerindo que o comportamento da criança pode se constituir em um fator importante de estresse nas relações entre pais e filhos. Já o escore da escala *domínio do pai* foi significativamente relacionada somente à negligência, onde as percepções dos adultos, de suas relações problemáticas com a criança, foram situadas na dimensão dos fatores parentais.

Desta forma, pode-se dizer que as variáveis que fazem parte do *domínio da criança* têm grande peso na composição do risco para os maus-tratos físicos. Tais variáveis são: a *adaptabilidade* (os pais em risco perceberiam sua criança com dificuldades em se adaptar a situações novas ou mudanças, descritas por eles como teimosia e dificuldade em se submeter); a *exigência* (perceberiam as crianças como muito exigentes, ou seja, demandando atenção e cuidado

em demasia e inapropriadamente); o *humor* (os responsáveis viveriam com mais dificuldade as variações de humor na criança, sentindo raiva ou ansiedade frente aos choros excessivos e às demonstrações de depressão/tristeza da criança); e a *hiperatividade* (esses pais descreveriam as crianças como necessitando de alto grau de vigilância e supervisão, em função de comportamentos como distração, turbulência, dificuldades em fazer os deveres escolares e falta de perseverança).

Crianças com estas características (ou assim percebidas), por gerarem altos níveis de estresse, podem desestruturar as práticas parentais, sobretudo as de um cuidador que, de partida, já apresenta fragilidades psicológicas e/ou emocionais. Em outras palavras, o modelo teórico subjacente ao estresse parental faz alusão a uma interação das características dos pais e das crianças para a produção de situações problemáticas no exercício parental e, desta forma, é preciso dizer que, em alguns casos, uma determinada dificuldade apresentada pela criança (como retardo mental, problemas de conduta ou dificuldade de aprendizagem) aumentaria o risco de maus-tratos físicos quando os responsáveis apresentassem também suas habilidades prejudicadas por algum motivo.

Nesta linha, quanto à qualidade da prática educativa em si, aferida por meio da aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP), denotou-se uma diferença significativa entre os grupos em relação à *monitoria positiva*, evidenciando que os participantes do grupo clínico implementariam em menor frequência práticas envolvendo o uso adequado da atenção para monitorar/supervisionar e controlar o comportamento dos filhos, bem como o estabelecimento de regras contingentes, geralmente associadas à promoção de comportamentos adequados nas crianças.

Esperava-se que as dimensões referentes às práticas de *abuso físico* e *monitoria negativa* também apontassem diferenças entre os grupos, já que o grupo clínico foi constituído por participantes que cometeram maus-tratos físicos com os filhos, e a literatura aponta que tal prática pode ser acompanhada de padrões aversivos de interação (com a utilização de estratégias baseadas na afirmação do poder: humilhações e agressões verbais, as quais podem corresponder à monitoria negativa). Tais diferenças, no entanto, não foram verificadas.

Pensa-se que a não discriminação dos grupos nestas variáveis pode ter acontecido em função do grau de facilidade com que a natureza das questões que compõem o instrumento era apreendida pelos participantes, sobretudo nos itens referentes às práticas parentais inadequadas, conforme observações realizadas durante a coleta, o que talvez tenha concorrido para o fornecimento de respostas na linha da desejabilidade social.

De outro modo, também se deve cogitar que os cuidadores ao serem indagados sobre a implementação de práticas de *abuso físico*, por não concebê-las desta forma, ou seja, como abusivas, pontuem baixo nesta escala, o que também remete à fragilidade do instrumento para captar as nuances de concepções dos respondentes.

É possível que a aplicação de tal instrumento se mostrasse mais apropriado ao objetivo do estudo se tivesse sido aplicado nas crianças/adolescentes, propiciando dados mais diretos sobre a prática parental implementada.

De qualquer modo, pode-se dizer que os pais em risco para os maus-tratos físicos teriam dificuldades na utilização de práticas educativas positivas. Neste sentido, Scannapieco e Connell-Carrick (2005) verificaram que a falta de habilidades parentais pode ser um risco para os maus-tratos físicos, o que foi corroborado pelo presente estudo, indicando que a ausência e/ou fragilidade de práticas parentais habilidosas pode suscitar um maior número de situações disciplinares difíceis, frente às quais os pais com mais problemas podem abusar fisicamente de seus filhos.

Na mesma linha, o trabalho de Weber, Viezzer e Brandenburg (2004) ressaltou a importância de se utilizar práticas sistemáticas, onde a implementação de regras, limites, supervisão e incentivo ao desenvolvimento da criança possam inibir os comportamentos inadequados, diminuindo o risco da utilização de práticas parentais negativas, coercitivas, com base na punição corporal.

Da perspectiva da aprendizagem social, é preciso considerar que as dificuldades mais acentuadas para empregar práticas educativas positivas, nos participantes do grupo clínico, associem-se à própria história da infância, quando teriam sido submetidos a práticas parentais

também inadequadas, quando não, a abusos. Com base no levantamento realizado sobre a “História da Infância do Adulto”, percebe-se pelos resultados que, de forma geral, a maioria dos participantes do grupo clínico relatou a ocorrência de punições corporais na infância, ao passo que o de comparação relatou receber com mais frequência, punições não corporais (brincas e castigos). Dos participantes do grupo clínico que sofreram punições físicas, a maioria o foi com o emprego de objetos, denotando o aspecto de gravidade e severidade destas punições, sendo que no grupo de comparação, dos participantes que viveram castigos físicos, a maioria relatou que seus pais os empregavam por meio de palmadas.

Ainda, dentro da temática dos castigos, foi possível perceber que houve uma forte tendência do grupo clínico apresentar mais consequências físicas em função do recebimento de punições físicas do que o grupo de comparação, sendo que dentre os 50% dos participantes do grupo clínico, que responderam ter tido consequências, 33,33% relatam que necessitaram de atendimento médico, sendo que os demais 66,67% não demandaram este tipo de atenção.

Estes dados apontam que o grupo clínico (constituído por pais que maltrataram fisicamente seus filhos), em sua maioria, também sofreu punições físicas na infância, as quais, em determinadas situações, chegaram a comprometer a integridade física destas pessoas.

Nesta direção, a pesquisa de Hamilton-Gianchrisis, Dixon e Browne (2005) demonstrou que as famílias com história de maus-tratos na infância tiveram mais possibilidade de maltratar sua própria criança nos primeiros 13 meses de vida, que o grupo de comparação.

Assim, a história de abuso físico na infância delineia o fato de o adulto ter sido exposto a um determinado modelo de educação/criação e que, possivelmente, o reproduz por falta de habilidade para agir diferentemente, ou ainda, por falta de reflexão sobre sua eficácia e/ou sofrimento provocado.

Dentro disto, é importante ressaltar a percepção dos participantes quanto às condições em que os castigos eram aplicados, ou seja, sua interpretação sobre adequação ou não das punições recebidas na infância. Verificou-se que a maioria (83%) do grupo de comparação não considerou os

castigos como injustos, principalmente quando estes eram leves, sugerindo que, talvez, para estes participantes, tais castigos quando ocorriam vinham acompanhados de uma explicação por parte dos pais dos motivos que os desencadearam, além do que, se caracterizavam por formas mais brandas (como visto anteriormente, por broncas e castigos).

De modo contrário, a maioria (53%) do grupo clínico percebeu os castigos como injustos, sendo que entre estes participantes, a injustiça estava atrelada tanto a um castigo leve, como a um mais severo, indicando que talvez a punição fosse aplicada em um contexto desprovido de maiores explicações sobre o ponto de vista do adulto quanto ao problema relacionado ao comportamento da criança. Todavia, lembrando que este grupo sofreu mais punições físicas severas do que o grupo de comparação, salta aos olhos o fato de uma grande proporção de participantes (47%) perceber tais ações como justas, independentemente de seu grau de severidade.

É possível que estes dados indiquem que estes adultos tenham se desenvolvido com uma noção de merecimento e até de responsabilidade em relação à violência sofrida, o que criaria a base psicológica necessária à atribuição de legitimidade desta forma de lidar com a infância.

Neste sentido, vale ressaltar o trabalho de Rodrigues e Price (2004) que investigaram a atribuição (ou interpretação) de jovens em relação à disciplina sofrida na infância, apontando que quando eles consideraram os castigos corporais como merecidos apresentavam mais chances de utilizar a punição física com os próprios filhos.

Assim, pensa-se que esta variável ligada à interpretação sobre o próprio castigo sofrido na infância possa influenciar na maneira como os adultos castigarão os filhos no futuro, pois estes podem responsabilizar as crianças por seus comportamentos errôneos de forma a não perceber seu papel educativo, concluindo, portanto, que a criança merece qualquer tipo de punição, dentre elas, o castigo corporal.

Em relação à compreensão das repreensões verbais sofridas na infância (variável que buscava apreender possíveis situações de abusos psicológicos), embora os grupos estudados tenham se assemelhado na compreensão das “broncas” recebidas, os respondentes do grupo clínico se

diferenciaram quanto ao grau de liberdade para questionar as opiniões dos pais (outra variável que investigou o abuso psicológico) , verificando-se que no grupo de comparação um maior número de participantes relatou sentir-se à vontade para o questionamento.

Este resultado sugere que os participantes do grupo clínico, além de terem sido submetidos mais freqüentemente a práticas punitivas corporais severas, viveram em um clima de maior austeridade, em que o questionamento da conduta do adulto tornava-se um comportamento perigoso na medida em que podia desencadear mais punição.

Em síntese, os possíveis déficits de habilidades parentais no grupo clínico talvez se devam à falta de exposição a modelos adequados, sendo que a prática de punições corporais como fator de risco para os maus-tratos cometidos com os próprios filhos pode ter sido aprendida na própria infância, assim como a atitude que a legitima como válida e eficiente.

Assim, conjugando as variáveis ontogenéticas, psicológicas e relacionais descritas até o momento, pensa-se que é na interação entre as características da criança e a percepção do adulto em relação a estas que se produzem as situações de alto estresse para o cuidador que, sem grandes habilidades para manejar adequadamente esta situação, pode agir e reagir de forma a cometer abusos físicos – em algum nível considerados legítimos –, sendo que características como a angústia e a rigidez devem contribuir para que os adultos tenham uma visão mais negativa do comportamento da criança e de suas próprias competências, sendo possível que tais sentimentos e características se exacerbem pela implementação dos maus-tratos e das conseqüências geradas por estes nas crianças.

Este funcionamento psicológico e padrão interacional teriam menor força caso se situassem em um contexto de suporte/ajuda. Contudo, pelos resultados obtidos, tal contexto deixa a desejar, ao menos na percepção do cuidador e, para piorar, por vezes se transforma em fonte de problemas também.

Assim, os resultados obtidos na sub-escala *problemas com os outros*, avaliado pelo CAP, denotam que os participantes do grupo clínico vivem mais dificuldades nas relações sociais do que

os participantes do grupo de comparação, demonstrando que o primeiro grupo as considera como uma das fontes de seus problemas pessoais.

Este dado, em conjunto ao que se observou com relação ao *apoio social* recebido e/ou percebido pelos participantes do grupo clínico, principalmente em termos afetivos (*apoio afetivo*) e no tocante às possibilidades de viver situações sociais prazerosas (*interação social positiva*), evidencia que estes participantes relatam uma frequência maior de dificuldades para se fazer apoiar/ajudar, no próprio entorno, do que o grupo de comparação.

Tal resultado pode se relacionar a uma vivência mais acentuada de mal-estar psicológico e problemas concretos com as crianças nos cuidadores do grupo clínico, percebendo-se como unicamente responsáveis pelo manejo do comportamento infantil, além do que esta percepção sobre as relações sociais que também denotam pouca qualidade (e às vezes geram problemas) pode aumentar ainda mais o sentimento de mal-estar psicológico ou angústia vividos por estes cuidadores.

Detalhando o aspecto de *apoio afetivo*, pode-se dizer que o grupo clínico relatou receber com menos frequência demonstrações de amor e afeto por parte de outras pessoas. Neste sentido, apresenta-se a hipótese de tais indivíduos não atribuírem relevância ou não perceberem de forma adequada as possíveis demonstrações de afeto existentes, já que considerariam as relações sociais como causadoras de dificuldades e sofrimento.

Em relação à *interação social positiva*, os participantes do grupo clínico também apresentaram um nível menor de *apoio* advindo da interação com outras pessoas para se divertir e relaxar, evidenciando que percebem como menos satisfatórias as possíveis situações prazerosas, as quais poderiam se constituir em fontes de ajuda, sobretudo para os cuidadores que possuem dificuldades na interação com os filhos.

Desta forma, pode-se pensar que o risco de maus-tratos físicos no que se refere ao *apoio social* está mais atrelado a estas duas dimensões, além de também estar ligado ao nível de apoio geral, já que o grupo clínico considerou recebê-lo com menos frequência.

Deve-se levar em conta, como dito anteriormente, a possibilidade de a presença de sentimentos relacionados à angústia vividos pelos participantes deste grupo, interferir, de um lado, com a sua capacidade em perceber e/ou obter o apoio social e, de outro, destas dificuldades, potencializarem os sentimentos negativos.

É necessário ressaltar a importância da variável apoio social, principalmente como mediadora entre experiências de maus-tratos físicos na infância e o desenvolvimento posterior do indivíduo. O estudo de Muller e McLewin (2006) investigou o apoio social juntamente com o apego, e evidenciou que bons níveis destas variáveis foram relacionados a um melhor funcionamento adaptativo posterior em jovens que viveram experiências de maus-tratos físicos na infância.

Na mesma direção, Crouch e cols. (2001) investigaram o risco de maus-tratos físicos em pais que haviam sofrido este tipo de experiência na infância, hipotetizando que o apoio social recebido na vida adulta seria uma variável mediadora da transmissão intergeracional. No entanto, os autores encontraram que o apoio recebido na infância é mais relevante do que a percepção do adulto em relação ao apoio atual.

Contudo, um desdobramento da falta de apoio é o que se pode denominar por isolamento social, que pode ser tratado como uma variável de risco. Nesse âmbito, denota-se o fato de os participantes do grupo clínico estarem *menos satisfeitos com o bairro* em que residem, o que pode decorrer de uma menor integração na comunidade, devido à fragilidade das relações ali estabelecidas (o que se verifica pelo baixo nível de participação em atividades comunitárias de diferentes naturezas), e/ou de uma avaliação negativa dos recursos disponíveis, referentes a programas e serviços que poderiam se constituir em apoio formal.

Em termos macro-sociais, a não integração comunitária remete a problemas de desorganização social, sendo que a literatura (Merritt, LaScala & Freisthler, 2006) aponta a existência de uma relação entre as características da vizinhança ou do entorno comunitário próprias da desorganização social (cujos indicadores poderiam ser a instabilidade residencial, a

disponibilidade de álcool e drogas e os níveis de desemprego) e os índices de maus-tratos naquela região.

No entanto, poder-se-ia inferir que a diferença existente entre os grupos, revelando um *nível de satisfação com o bairro* menor para o grupo clínico, poderia advir do fato de que este grupo foi constituído pelos casos notificados nos Conselhos Tutelares, sendo que as denúncias que chegam a estes órgãos poderiam ser decorrentes de regiões da cidade marcadas por características de desorganização social.

Porém, desconsiderando a limitação natural que o tipo de delineamento impõe ao estudo, é preciso levar em conta os resultados obtidos tanto quanto a *satisfação com o bairro* (atrelado à fraca inserção comunitária) como também à *situação de emprego* por parte dos participantes, este último revelando uma porcentagem mais alta de pessoas desempregadas no grupo clínico, do que no de comparação. Assim, pode-se dizer que o nível de *satisfação em relação ao bairro* atrelado à questão do *desemprego* se constituem em variáveis relevantes na composição do risco para os maus-tratos físicos, ainda que outras variáveis não tenham sido investigadas neste trabalho, como a disponibilidade de álcool e drogas, além da instabilidade residencial.

Vale ainda ressaltar que a variável desemprego também é citada no trabalho de Paula, Nascimento, Duarte e Bordin (2006), como fator de risco para os maus-tratos físicos. Segundo Bringiotti (1999), o desemprego se constituiria em risco para os maus-tratos porque faria aumentar o estresse vivenciado pelos indivíduos, devido às adversidades econômicas, e, além disso, existiria uma perda da posição de provedor da família, que segundo a autora, seria uma certa garantia de autoridade.

Considerando os resultados de um outro ângulo, faz-se necessário discorrer sobre as variáveis que não indicaram diferenças significativas entre os grupos, tentando, na medida do possível, refletir sobre as possíveis explicações para estes resultados, além do fato de as mesmas não estarem efetivamente associadas ao fenômeno em nosso contexto.

Iniciando pelas variáveis da história da infância do cuidador, vale dizer que a ocorrência de *outros tipos de maus-tratos na infância dos participantes*, como a negligência e os abusos sexuais, parecem não se configurar como fatores de risco para os maus-tratos físicos infantis, na medida em que os grupos estudados não se distinguem nestes aspectos. Em relação à negligência, a maioria dos participantes nos dois grupos relatou a experiência de cuidados satisfatórios, e em relação ao abuso sexual, verificou-se que em ambos os grupos, este foi um evento que ocorreu em baixa frequência, estando mais presente no grupo de comparação que no clínico.

Obviamente que as estratégias utilizadas para coletar as informações relacionadas a estas variáveis, levando em conta os aspectos intervenientes, como a memória dos respondentes e os *tabus* sociais existentes em torno de certos temas, podem ser frágeis a ponto de constituir-se em um viés que prejudica a produção de conhecimento na área.

Uma discussão similar, referente à metodologia de coleta de dados, pode ser feita com relação à variável *qualidade do relacionamento entre o casal*, para a qual, em média, os participantes de ambos os grupos relataram uma boa qualidade no relacionamento com os companheiros atuais.

Pela literatura, esta seria uma variável de risco para os maus-tratos, já que relações conflituosas e violência entre o casal incrementam os níveis de estresse vivenciado na família, criando um contexto mais favorável aos maus-tratos infantis (Woodward & Fergusson, 2002; DiLauro, 2004; Windham e cols., 2004; Smith e cols, 2005; Reichenheim, Moraes e Dias, 2006).

Por exemplo, Woodward e Fergusson (2002) sustentam que dentre os fatores contextuais, as famílias caracterizadas por altos níveis de punição física com os filhos também foram caracterizadas por altos níveis de conflito entre o casal e violência inter-parental.

Contudo, no caso das amostras estudadas, pode-se pensar que a qualidade de relacionamento com o companheiro, no momento em que os dados foram coletados, efetivamente pudesse ser julgada como positiva, mas não se pode deixar de frisar que a coleta de dados, realizada na forma de entrevista pode ter influenciado o resultado obtido, na medida em que o aspecto de desejabilidade

social tornar-se mais intenso nesta condição. Ademais, houve momentos em que não foi possível ficar a sós com a pessoa entrevistada, ora porque o espaço do domicílio não permitia tal configuração, ora porque o próprio participante não se dispunha a ficar em um local mais reservado.

Há ainda que se considerar a hipótese de a violência entre o casal não ser percebida como tal (no caso do grupo clínico) e, portanto, não ser indicada como presente, já que os adultos que cometem maus-tratos com os filhos podem considerar os abusos nas relações como uma situação natural, inerente às interações e, por vezes, legítimos.

Nesse sentido, deve-se frisar que, embora o dado sobre presença de desavenças conjugais severas não tenham aparecido nas entrevistas, nos prontuários de alguns dos casos nos Conselhos Tutelares, havia a indicação de sua presença.

Outras variáveis de natureza sócio-demográfica que não diferenciaram os grupos se referem ao *número de moradores no domicílio*, que em média correspondeu a quase cinco pessoas em ambos os grupos, em correlação ao *número de cômodos*, que em média correspondeu a 4,5 para o clínico e 5,0 para o de comparação. Neste aspecto, o fator de risco investigado seria a aglomeração de pessoas em função do espaço disponível nos domicílios, que faria aumentar o número de interações e tensão no âmbito doméstico, mas que não foi verificado neste estudo. Neste quesito, é provável que as famílias se equiparem de fato, na medida em que a maioria foi recrutada na mesma classe econômica, classificada como C segundo o Critério Brasil, o que indica um padrão de vida difícil, porém distante do que poderia ser chamado de miserabilidade.

Quanto à variável *intervalo de nascimento entre os filhos*, é considerado pela literatura que um intervalo menor ou igual a dois anos prejudicaria a disponibilidade parental para com as crianças, já que os cuidados exigidos por estas, quando ainda são muito pequenas, são maiores e mais complexos. Assim, o estresse gerado por tal situação poderia colocar os adultos em risco para os maus-tratos infantis. No entanto, esta variável também não indicou diferença entre os grupos, já que em média, os participantes de ambos os grupos apresentaram um intervalo superior a 2 anos

entre as gestações relatadas, sendo de 3 anos no caso do grupo clínico, e de 4 anos no de comparação.

Quanto às dimensões do CAP que fazem parte da escala de abuso, duas não indicaram a diferenças entre os grupos: a *infelicidade* e a *problemas com a família*.

Em relação à sub-escala ou dimensão *infelicidade*, que avalia como os respondentes percebem os vários aspectos de suas vidas, incluindo as relações interpessoais, pode-se pensar que a não discriminação dos grupos se deva ao tipo de construto avaliado. Neste sentido a hipótese seria a de que em relação aos maus-tratos físicos, especificamente, os responsáveis em risco apresentariam dificuldades mais atreladas aos aspectos do funcionamento psicológico e cognitivo, que poderiam ser mais diretamente ligados à percepção de características da criança, representados no CAP por meio da *angústia* e da *rigidez*.

A semelhança dos grupos na dimensão *infelicidade* pode também advir de uma situação generalizada de problemas nos mais diversos setores da vida, no campo das relações afetivas, na realização profissional, nas relações com a família, problemas estes que permeariam não só o cotidiano de famílias com dificuldades maiores na interação com os filhos, como também naquelas que não apresentam tais dificuldades.

Quanto à dimensão *problemas com a família* que avalia uma variedade de problemas interacionais familiares, inclusive situações que envolvem brigas e discussões, o resultado obtido nesta pesquisa permite dizer que os dois grupos vivem dificuldades no relacionamento familiar, na mesma proporção.

Para este resultado, duas hipóteses se colocam: a primeira relacionada à possibilidade de tal construto não estar diretamente ligado à interação que se estabelece com a criança, haja vista que as escalas que diferenciaram os grupos no CAP eram mais voltadas para a apreensão dos sentimentos do adulto com relação à criança ou referentes à sua percepção sobre os comportamentos da mesma, com exceção da sub-escala *problemas com os outros*. A segunda hipótese seria a de que as respostas no grupo clínico foram fornecidas tentando-se passar uma boa imagem, na linha do

aspecto de desejabilidade social, já que os itens que compõem a sub-escala ou dimensão de *problemas com a família* trazem afirmações bem diretas sobre discórdias e conflitos familiares.

Com relação à escala de *solidão*, pode-se dizer que a mesma se refere ao grau de (des)conhecimento do respondente sobre com quem pode contar ou pedir ajuda e também noções relativas à possibilidade de poder ou não depender de outras pessoas, sendo que desta forma, estaria relacionada diretamente com a percepção dos adultos sobre os níveis de apoio social, principalmente em suas dimensões material e de informação.

Neste sentido, foi possível perceber com a análise das respostas fornecidas ao Questionário de Apoio Social, que não houve diferença entre os grupos, indicando que os participantes de ambos percebem de maneira semelhante o apoio referente à ajuda nos afazeres domésticos, em situações de doenças ou ainda em situações de necessidade de conselhos e informações. Um nível menor deste tipo de apoio talvez seja significativo para a ocorrência de casos muito graves de maus-tratos físicos, em que se verifique um padrão de recorrência e gravidade dos abusos de tal sorte que o isolamento social da família, mais que uma condição de risco, fosse a condição necessária à perpetuação da violência, como por exemplo, nos casos que tornam-se notícias de tempos em tempos, onde crianças vivem acorrentadas e confinadas em seus próprios lares, durante longos períodos.

Vale dizer que neste aspecto, o que parece contar realmente é a falta de *apoio social afetivo* e de *interações positivas*, conforme já se discutiu acima.

Quanto às variáveis referentes ao conceito de rede social (número de amigos e familiares que compõem o círculo social), também não foi encontrada diferença entre os grupos, sugerindo que a percepção que o indivíduo tem do apoio disponível possui mais peso para a composição do risco para os maus-tratos físicos que a rede propriamente dita, em termos de número de relações estabelecidas.

Há que se considerar que nos pré-testes realizados por Chor e cols. (2001) quanto à adequação do questionário de apoio social, verificou-se nas discussões em grupo, uma maior

relevância do conceito de apoio social em detrimento do de rede, indicando talvez que o apoio é mais relevante no sentido de proteger o indivíduo, seja qual for a situação de vulnerabilidade, que o número de pessoas que possam fornecê-lo.

No mais, deve-se salientar que em ambos os grupos a intensidade de participação em atividades sociais-comunitárias, contexto em que se forma a rede de apoio social, é baixa. De um lado, esse aspecto implicaria na existência de atividades diversas, de cultura, lazer, reuniões comunitárias, trabalho voluntário, na própria comunidade de residência dos respondentes que, em seu turno, em ambos os grupos, em sua maioria, pertencem a bairros ou comunidades populares, normalmente caracterizados por uma organização social-comunitária frágil, ou seja, marcados por déficits em termos de quantidade e qualidade de programas e serviços sociais.

Porém, há também que se atentar para o fato de este padrão de fraca participação comunitária, em ambos os grupos, refletir o comportamento da população brasileira em geral.

Quanto aos resultados obtidos no ISP, a escala *domínio dos pais*, não apresentou diferença entre os grupos. Tal escala avalia especificamente características ligadas à personalidade dos pais, como a *depressão* (que avalia se a energia emocional e psíquica dos pais está comprometida), os *sentimentos de competência* associados ao exercício do papel parental, e o *apego parental* (que avalia o investimento intrínseco dos pais no seu papel parental), além de algumas variáveis situacionais, como o *isolamento social* em relação ao companheiro, no sentido de obter apoio para as funções parentais, a *restrição* causada pela parentalidade, e que afeta a liberdade dos pais, e a *saúde* dos pais para dar conta das demandas advindas dos cuidados com a criança.

Pensa-se que, como tais variáveis se situam no domínio do funcionamento parental e dizem respeito, sobretudo, a uma fraca ligação afetiva com os filhos, um nível alto de estresse neste aspecto estaria mais relacionado à ocorrência de negligência do que de maus-tratos físicos. Isto foi confirmado no estudo de DiLauro (2004), onde a escala *domínio do pai* foi significativamente relacionada somente à negligência, em que as percepções dos adultos de suas relações problemáticas com a criança foram situadas na dimensão dos fatores parentais.

Além disso, o domínio ou dimensão *pais-criança* também não resultou em diferença entre os grupos. Esta possui duas variáveis, uma que trata das expectativas dos pais (a *aceitabilidade*, correspondente ao grau de conformidade da criança a uma imagem idealizada ou desejada pelos pais) e uma que trata dos seus sentimentos a respeito de ser recompensado pela criança (o *reforço*, correspondente às iniciativas de interação por parte da criança ou respostas afetivas favoráveis que provocam nos pais as interações pais-criança).

Neste sentido, pensa-se que com relação à primeira variável (*aceitabilidade*), a possibilidade de estresse sentido pelos pais que maltratam fisicamente poderia se fazer presente, já que a literatura aponta que os mesmos possuem expectativas muito altas ou muito baixas a respeito das realizações da criança. No entanto, a segunda variável (o *reforço*) que faz parte da dimensão *pais-criança* parece estar mais relacionada a um estresse cuja natureza levaria mais propriamente à estruturação de um padrão de cuidado negligente, visto que os sinais emitidos pela criança seriam de extrema importância para manter a motivação dos pais, de seu engajamento em relação aos filhos, para empreender os cuidados e a supervisão.

Como estas variáveis são do tipo interativo, referindo-se não só às características da criança como também ao impacto que provocam nos pais, o estresse parental poderia advir de um sentimento de rejeição e incompetência, fazendo com que os responsáveis percebessem suas habilidades parentais como pouco satisfatórias, na medida em que também as crianças não os estimulassem às práticas mais engajadas, contribuindo mais para situações de negligência do que para os abusos físicos.

Por fim, faz-se necessário discutir as variáveis que fazem parte do IEP e que não apresentaram diferenças entre os grupos. Como dito anteriormente, esperava-se que o grupo clínico utilizasse mais práticas educativas negativas, principalmente o abuso físico, a monitoria negativa e a punição inconsistente do que o grupo de comparação, visto que o primeiro grupo foi formado por pessoas que cometeram maus-tratos físicos com os filhos, e as outras dimensões estão mais atreladas à ocorrência de negligência.

Especificamente em relação à monitoria negativa, esperava-se que o grupo clínico apresentasse média superior ao de comparação, já que tal dimensão avalia o controle parental exercido sobre os filhos no sentido de uma supervisão excessiva e que cerceia a liberdade e o desenvolvimento da criança, gerando um clima de hostilidade nas interações entre pais e filhos, a qual está presente em situações de maus-tratos físicos (correlatas às estratégias de afirmação do poder).

Pode-se pensar, com base no resultado obtido (média de 7,43 e 7,24 para grupo de comparação e grupo controle), pautando-se na pontuação máxima de 12 pontos em cada prática, que os relacionamentos entre pais e filhos, nos dias atuais, mesmo em meio àqueles não engajados em práticas abusivas, podem estar atravessados pelo exercício de uma autoridade excessiva da parte dos pais, por um controle em que a vontade parental é imposta de maneira a não considerar a participação das crianças nas questões referentes a seu próprio desenvolvimento.

Porém em relação à punição inconsistente, considerando-se as médias obtidas nos dois grupos (2,79 e 2,53, para grupo de comparação e grupo clínico, respectivamente) pensa-se que os adultos de ambos os grupos aderem pouco a este tipo de prática, demonstrando então que estes pais punem ou disciplinam as crianças com base na situação em foco, com a intenção de discipliná-las em relação a limites e possibilidades de comportamentos sociais, e não em função do seu estado emocional.

No entanto, considerando que o grupo clínico foi formado por pais que puniam fisicamente suas crianças, é possível que tal prática aparecesse com mais frequência neste grupo, já que se observou nestes adultos características de angústia ou mal estar psicológico. Neste sentido, pensa-se que a hipótese relacionada à fragilidade do instrumento no tocante a facilitar o fornecimento de respostas socialmente desejáveis é mais plausível do que a primeira.

Já com relação à prática de abuso físico, atentando-se igualmente para a questão de desejabilidade social, percebe-se também a semelhança dos grupos na sua utilização, levando-se em conta que o construto avaliado por esta dimensão diz respeito às práticas educativas pautadas no uso

da punição física, bem como às situações denominadas propriamente como violência física com os filhos, no próprio instrumento, facilmente detectadas pelos respondentes.

Por outro lado, há que se considerar que, enquanto prática educativa, a punição física é amplamente empregada no contexto brasileiro para corrigir e controlar o comportamento das crianças, parecendo se caracterizar de forma diferente, talvez quanto à frequência e à intensidade, nas famílias que são notificadas aos órgãos de proteção, o que leva a pensar que estes dois fenômenos realmente se constituem em problemáticas distintas, ao menos no imaginário brasileiro.

VII- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que resultados importantes se delinearam neste estudo, principalmente os que ressaltaram a relação entre características psicológicas do cuidador (*angústia, rigidez*) e os maus-tratos físicos infantis, além dos resultados que evidenciaram que variáveis no plano interacional (como *problemas com a criança e consigo, problemas com os outros, nível de apoio social, estresse parental e estilo parental*, este último ligado especificamente ao déficit na utilização de práticas parentais habilidosas) também se constituem em risco para a ocorrência de punições físicas. Além disso, é preciso ressaltar a importância de variáveis no nível ontogenético, principalmente, o histórico de punições físicas na própria infância do adulto, na composição do risco de abuso.

Desta forma, considera-se que este estudo contribui, em um primeiro momento, com a identificação dos fatores que são efetivamente correlacionados com o fenômeno dos maus-tratos físicos, no contexto brasileiro, sendo que esta contribuição pode ir além, na medida em que oferece alguns parâmetros objetivos para se estruturar intervenções de ajuda aos cuidadores, no nível primário e secundário.

Além disto, pensa-se que esta investigação pôde oferecer possíveis direções na dinâmica das variáveis para a composição do risco de maus-tratos físicos, sendo necessário o aprofundamento destas em outros trabalhos.

Porém, há que se considerar alguns limites na obtenção de resultados quando se adota o formato de entrevista para a coleta de dados, a qual por um lado pode contribuir para que as questões pertinentes a cada instrumento sejam todas respondidas, mas por outro pode influenciar o fornecimento de respostas baseadas no aspecto de desejabilidade social.

Além disso, pode-se dizer que a metodologia de comparação entre grupos distintos permite a verificação dos fatores relacionados ao fenômeno em questão, mas de outro modo, limita o conhecimento até este ponto, tendo em vista a impossibilidade de se estabelecer a quantidade de problemas efetivamente vividos por um grupo e outro, ou seja, de se verificar, por exemplo, quais

os níveis de estresse ou de potencial de abuso são definidores do risco de maus-tratos. Porém, é preciso levar em conta que alguns instrumentos adotados no presente estudo (como o CAP) ainda não foram adaptados para a realidade brasileira, dificultando a investigação deste tipo de questão.

Desta forma, mais um desafio é lançado, aprofundar o conhecimento no que se refere à validade e fidedignidade de instrumentos que têm em sua concepção teórica a verificação de fatores que estão ligados aos maus-tratos infantis, sendo que neste sentido, uma contribuição aqui já foi dada, qual seja, a adaptação semântica do CAP.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arruabarrena, M. I.; Ochotorena, J. P.; Milner J. S. e Mugica, P. (1999) Validación de la versión española del Child Abuse Potential Inventory. *Estudios de Psicología*, 63, 55-72.
- Assis, S. G. (1991). *Quando crescer é um desafio social: estudo sócio-epidemiológico sobre violência em escolares de Duque de Caxias – RJ*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Ateah, C. A.; Durrant, J. E. (2005). Maternal use of physical punishment in response to child misbehavior : implications for child abuse prevention. *Child Abuse & Neglect*, 29, 169-185.
- Australian Institute Health and Welfare (1999) Child protection Australian 1997–98 (AIHW Cat. No. CWS 13). Canberra, Australia: AIHW (Child Welfare Series no. 27).
- Azevedo, M. M. e Guerra, V. N. A. (1997). *Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento*. 2º ed. São Paulo: Cortez.
- Balge, K. A. e MILNER J. S. (2000). Emotion Recognition Ability in Mothers at High and Low Risk for Child Physical Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 10 (24), 1289-1298.
- Bazon, M. R. (2004). *O panorama dos maus-tratos domésticos em Ribeirão Preto/SP – Identificação de casos e intervenções vigentes*. (relatório de pesquisa). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Rib. Preto, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo.
- Bigras, M. e Lafrenière, P.J. (1995). *Índice de Stress Parental. Manuel d'utilisation. Complément francophone à l'édition américaine*. Multi-Healthy System.
- Black, D. A.; Heyman, R. E. e Slep, A M. S. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 121-188.
- Black, M. M. e McNary S. W. (2003). Use of the Child Abuse Potential Inventory as a measure of treatment outcome. *Child Abuse & Neglect*, 27, 459-461.

- Bordin, I. A. S.; Paula, C. S.; Nascimento, R. e Duarte, C.S. (2006). Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 28(4), 290-296.
- Bringiotti, M. I.(1999). *Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la poblacion infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Madrid/Buenos Aires: Niño y Dávila editores.
- Bringiotti, M. I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paídos.
- Bringiotti, M. I.; Barbich A.; De Paúl, J. (1998) Validacion de una Version Preliminar del Child Abuse Potential Inventory para su uso en Argentina. *Child Abuse & Neglect*, 9 (22),881-888.
- Budd K. S.; Heilman N. E. e Kane D. (2000). Psychosocial Correlates of Child Abuse Potential in Multiply Disadvantaged Adolescent Mothers. *Child Abuse & Neglect*, 5 (24), 611-625.
- Carmo, C. J. e Harada, M. J. C. S. (2006). Violência física como prática educativa. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 14 (6).
- Chaffin, M.; Kelleher, K. e Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect.* , 3 (20), 191-203.
- Chaffin, M. e Valle L. A. (2003). Dynamic prediction characteristics of the Child Abuse Potential Inventory. *Child Abuse & Neglect*, 27, 463-481.
- Chor, D.; Griep, R. H. ; Lopes, C. S. e Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. de Saúde Pública*, 4 (17), 887-896.
- Chor, D.; Griep, R. H. ; Lopes, C. S., Faerstein, E. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo Pró-saúde. *Cad. de Saúde Pública*, 2 (19), 625-634.

- Crami - Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância do ABCD (2004). Evolução das notificações recebidas pelo CRAMI de 1992 a 2002. Disponível em < www.crami.org.br >. Acesso em: maio/2004.
- Crouch J. L.; Milner J. S.; Thomsen C. (2001). Childhood physical abuse, early social support, and risk for maltreatment: current social support as a mediator of risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 93-107.
- Davoli, A.; Palhares, F. A. B.; Corrêa-Filho, H. R.; Dias, A. L. V.; Antunes, A. B.; Serra, J. F. e Schincariol, P. (1994). Prevalência de violência física relatada contra crianças em uma população de ambulatório pediátrico. *Cad. Saúde Pública*, 1 (10).
- De La Barra, F. M.; Rodrigues, J. T. ; Alvarez, P. P. ; Vergara Del, A. S.; Toledo, V. D. (1998) Maltrato infantil y juvenil en una comuna Santiago. Parte I: estimación de la prevalencia. *Rev. chil. pediat.*, 3 (69),126-131.
- Dessen, M. A.; & Bigras, M. (2000). As crianças pré-escolares com problemas de comportamento e suas famílias: identificação de fatores de risco. *Relatório de Pesquisa* (Processo n.º523059/96-5).Brasília:CNPq.
- Diareme, S.; Tsiantis, J; Tsitoura, S. (1997). Cross-cultural validation of the Child Abuse Pontential Inventory in Greece: a preliminary study. *Child Abuse & Neglect*, 21(11), 1067-1074.
- Dixon, L.; Browne, K.; Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of intergenerational continuity of child maltreatment (part 1). *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 46(1), 47-57.
- Domenech, L; Paúl, J. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 5 (24), 701-713.
- Dopke C. A.; Milner J. S. (2000). Impact of child noncompliance on stress appraisals, attributions, and disciplinary choices in mothers at high and low risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 4 (24), 493-504.

- Dubowitz & D.; DEPANFILIS (2000). *Handbook for child protection practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Faleiros, J. M. e Bazon, M., R.(2006). *Estudo da prevalência de maus-tratos em crianças matriculadas de 1º a 4º série do ensino fundamental em escolas da rede pública e particular da cidade de Ribeirão Preto*. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Freisthler, B.; Merritt, D.H.; LaScala, E. A. (2006). Understanding the ecology of child maltreatment: a review of the literature and directions for future research. *Child Maltreatment*, 3 (11), 263-280.
- Gomes, R.; Junqueira, M.F.P.S.; Silva, C.O.; Junger, W.L.(2002). A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2 (7), 275-283.
- Gomide, P. I. C. (2006) *Inventário de Estilos Parentais - IEP. Modelo teórico- Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Griep, R. H.; Chor, D.; Faerstein, E.; Werneck, G. L.; Lopes, C. S. (2005). Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo Pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*, 3 (21), 703-714.
- Haskett, M. E.; Scott, S. S.; Grant, R.; Ward, C. S.; Robinson, C. (2003). Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison parents. *Child Abuse & Neglect*. 27, 663-686.
- Hecht, D. B.; Hansen, D. J. (2001). The environment of child maltreatment: contextual factors and the development of psychopathology. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 433-457.
- Lacri - Laboratório de Estudos da Criança (2004). A Ponta do Iceberg: dados de Incidência e Prevalência. Disponível em: <<http://www.usp.br/ip/laboratórios/lacri>>. Acesso em: maio/2004.

- Levendosky, A. A.; Okun, A.; Parker, J. G. (1995). Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children. *Child Abuse & Neglect*, 10 (19), 1183-1195.
- Matias, A. S. A. (2004). *Estudo da prevalência de maus tratos em crianças de 0 a 6 anos matriculadas em creches e pré-escolas da rede pública e particular na cidade de Ribeirão Preto – SP*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- McLewin, L. A.; Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30, 171-191.
- Meneguel, S. N., GiuglianiI, E. J. e Falceto, O. (1998). Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Saúde Publica*, 2 (14), 327-335.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: the Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 6 (14), 547-583.
- Milner, J. S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual*. Webster: NC, Psytec.
- Milner, J. S. (1990) *An Interpretive Manual for the Child Abuse Potential Inventory*. Webster: NC, Psytec.
- Milner, J. S.; Chilamkurti, C. (1991). Physical child abuse: perpetrator characteristics. *Journal of Interpersonal Violence*, 3 (6), 345-366.
- Montes, M. P.; Paúl, J.; Milner, J. S. (2001). Evaluations, attributions, affect, and disciplinary choises in mothers at high and low risk for child physical abuse. *Chile Abuse & Neglect*, 25, 1015-1036.
- Ochotorena, J. P., Madariaga, M. I. A. (1996). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson ed., 25-62.

- Palusci, V. J.; Smith, E. G.; Paneth, N. (2005) Predicting and responding to physical abuse in young children using NCANDS. *Children and Youth Services Review*, 27, 667-682.
- Pasquale, W, L. E.; Sarmiento, T. L.; Strand, V. C. (2005). Assessment and Screening Tools for Trauma in Children and Adolescents. A Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 1 (16), 55-78.
- Price, B. L.; Rodriguez, C. M. (2004). Attributions and discipline history as predictors of child abuse potential and future discipline practices. *Child Abuse & Neglect*, 28, 845-861.
- Ramirez, V.; Haz, A M. (1998). Preliminary Validation of the Child Abuse Potential Inventory in Chile. *Child Abuse & Neglect*, 9 (22), 869-879.
- Reichemheim, M. E.; Dias, A. S.; Moraes, C. L. (2006). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 40 (4), 595-603.
- Rodriguez, C. M. (2006). Attributional style as a mediator between parental abuse risk and child internalizing symptomatology. *Child Maltreatment*, 2 (11), 121-130.
- Sacroisky, G. (2003). Maltrato físico: um problema de salud que nos involucra. *Arch. Argent. Pediatr*, 1 (101),64-72.
- Salzinger, S; Brown, J.; Cohen, P.; Johnson, J. G. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-years prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 11 (22), 1065-1078.
- Scannapieco, M.; Connell-Carrick, K. (2005). Focus on the first years: correlates of substantiation of child matreatment for families with children 0 to 4. *Children and Youth Services Review*, 27, 1307-1323.
- Severino A. J. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez.
- Sinaiko, H. W.; Brislin., R. W. (1973). Evaluating language translations: experiments on three assessment methods. *Journal of applied psychology*, 57 (3), 328-334.

- Trocmé, N. M.; MacMillan, H.; Fallon, B.; De Marco, R. (2003). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *CMAJ*, 9 (169), 911-915.
- Trocmé, N. M.; Tourigny, M.; MacLaurin, B.; Fallon, B. (2003). Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1427-1439.
- Unicef Innocenti Research Centre. (2003) First Comparative Analysis of Child Maltreatment in Rich Nations. Disponível em: <http://www.unicef.org>. Acesso em: maio/2.004.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, *Child Maltreatment 2002* (Washington, DC: US Government Printing Office, 2004). Disponível em: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/publications/cmreports.htm>. Acesso em: abril / 2.004.
- Weber, L. N. D.; Viezzer, A. P.; Brandenburg, O. J. (2004). O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 227-237.
- Windham, A. M.; Rosenberg, L.; Fuddy, L.; McFarlane, E.; Sia, C.; Duggan, A. K. (2004). Risk of mother – reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*, 28, 645-667.
- Woodward, L. J.; Fergusson, D. M. (2002). Parent, child, and contextual predictors of childhood physical punishment. *Infant and Child Development*, 11, 213-235.
- World Health Organization e ISPCAN (2006). Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Who Press.
- Vitolo, Y. L. C.; Fleitlich-Bilyk, B; Goodman, R.; Bordin, I. A. S. (2005) Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev. Saúde Pública*, 39(5), 716-724.

Vizcarra, M. B.; Cortês, J.; Bustos, L.; Alarcón, M.; Muñoz, S. (2001). Maltrato infantil en la ciudad de Temuco. Estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista Médica de Chile*, 12 (129).

Zelenko, M. A.; Huffman, L.; Lock, J.; Kennedy, Q; Steiner, H. (2001). Poor adolescent expectant mothers: can we assess their potential for child abuse? *Journal of adolescent health*, 29, 271-278.

ANEXOS

¹ **Questionário de Caracterização do Adulto Respondente** – Código N°: _____

DATA DA ENTREVISTA: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

1- Quantos anos estudou?

Parou em que série?

2- Estado Civil:

- ☐ Solteiro, sem companheiro(a) estável
- ☐ Casado(a)
- ☐ Separado (a) ou divorciado(a), sem companheiro estável
- ☐ Viúvo(a), sem companheiro(a) estável
- ☐ Unido(a), com companheiro(a) estável

No caso de família monoparental:

- ☐ Sozinho(a): inclui solteiro(a), viúvo(a) ou separado(a), todos eles sem companheiro(a) estável.
- ☐ Acompanhado(a), casado(a) ou unido(a) com companheiro(a) estável.

3- Idade em que teve seu primeiro filho: _____ anos

- ☐ antes dos 20 anos
- ☐ depois dos 20 anos

4- Número de pessoas que moram na casa (registra-se o número total de pessoas que convivem na mesma moradia; família extensa ou outros membros com os quais se compartilha a cozinha e o banheiro): _____

5- Número de filhos (registra-se o número total de filhos que teve o entrevistado, convivam ou não com ele ou ela, e o número total que convive na mesma moradia): _____

¹ BRINGIOTTI, M.I. (1999) Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Miño y Dávila. Tradução e adequação do questionário por Ávila de Mello, Bérnago, Piñón & Bazon, 2006. Para uso interno de pesquisa. Proibida reprodução total ou parcial.

6- Qual o intervalo de tempo entre o nascimento de cada filho?

Idade: _____ data de nascimento: _____
Idade: _____ data de nascimento: _____
Idade: _____ data de nascimento: _____
Idade: _____ data de nascimento: _____
Idade: _____ data de nascimento: _____
Idade: _____ data de nascimento: _____

7- Quantos filhos menores de cinco anos? (computa-se a quantidade de filhos menores de cinco anos convivendo no lar - pode haver intervalo de tempo entre o nascimento de um ano, gêmeos, trigêmeos, adotivos ou em tutela)

8- Quantos cômodos possui a casa?

9- Situação de emprego:

Se empregado, qual o trabalho / profissão: _____

- ☐ Empregado
- ☐ Desempregado
- ☐ Desempregado um dos responsáveis
- ☐ Desempregados ambos os responsáveis

10- Você nasceu em Ribeirão Preto?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se não, veio de onde?

Há quanto tempo?

11- Qual o grau de satisfação em relação a seu bairro?

- ☐ Muito satisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Depende
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

12- Como é a qualidade do relacionamento entre o casal (se existir)?

- ☐ Bom.
- ☐ Regular, pois às vezes há brigas.
- ☐ Ruim, há muitas brigas e discussões.

² **Entrevista: História da Infância do Adulto.**

1- Com quem morou quando era criança? Cresceu com seus pais ou separado(a) deles por um longo período de tempo?

- 1- Com os dois pais até sair de casa.
- 2- Um dos pais.
- 3- Morava com um dos pais e depois passou a morar com o outro, ou se afastou por um tempo de um deles.
- 4- Morou com pais substitutos.
- 5- Mudou mais de uma vez de lar (pais ou pais substitutos).
- 6- Em instituições.

2- Gostaria de ser o mesmo tipo de pai/mãe que foi seu pai/mãe com você?

- 1-Sim.
- 2- Como meu pai/mãe, mas não como os pais/mães substitutos.
- 3- Em algumas coisas (atitudes, posturas)
- 4- Não.

3- Que sentimentos tem sobre sua mãe ou sua mãe substituta?

- 1- Próximo afetivamente
- 2- Bom, normal
- 3- Estão afastadas (os)
- 4- Sem relacionamento

Dê uma nota para a relação que você tem com a sua mãe, sendo 5 uma boa relação e 1 a pior:

5 4 3 2 1

4- Que sentimentos tem sobre seu pai ou pai substituto?

- 1- Próximo afetivamente.
- 2- Bom, normal
- 3- Estão afastados (as)
- 4- Sem relacionamento

Dê uma nota para a relação que você tem com o seu pai, sendo 5 uma boa relação e 1 a pior:

5 4 3 2 1

² BRINGIOTTI, M. I.. Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Madrid/Buenos Aires: Niño y Dávila editores, 1999. Tradução e adequação realizada por Ávila, Bérnago, Piñón & Bazon, 2006. Para uso interno de pesquisa. Proibida reprodução total ou parcial.

5- Se existiram outras pessoas que cuidaram de você, dê uma nota a elas, sendo 5 a melhor nota e 1 a pior.

5 4 3 2 1 Quem é? _____

5 4 3 2 1 Quem é? _____

6- Em geral, como foi sua infância?

- 1- Feliz
- 2- Mais ou menos...intermediária.
- 3- Triste.

7- Você considera que foi amado(a) pelos seus pais como uma criança deveria ser amada?

- 1- Sim.
- 2- Mais ou menos, intermediário.
- 3- Sim, por parte de um pai e por outro não.
- 4- Não.

8- Acredita que as crianças possam ser marcadas pelo nervosismo de seus pais? Por exemplo: eles gritavam ou castigavam você por pequenas coisas? Descarregavam sua raiva em você?

- 1- Não.
- 2- Eram nervosos, mas não descarregavam em mim.
- 3- Sim, um dos pais descarregava.
- 4- Sim, os dois pais.

X – SE CONVIVEU COM AMBOS OS PAIS E/OU UM DOS PAIS E SEU NOVO COMPANHEIRO(A), LEMBRA SE ELES BRIGAVAM MUITO?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

9- Como foi castigado(a) quando era criança?

- 1- Dando bronca.
- 2- Dando castigos.
- 3- De nenhuma forma.
- 4- Batendo com a mão, só no traseiro ou nas pernas de vez em quando ou com frequência.
- 5- Batendo com um objeto no traseiro ou nas pernas.
- 6- Batendo com as mãos, em outras partes, que não seja no traseiro ou nas pernas.
- 7- Batendo com um objeto, em outras partes, que não seja no traseiro ou nas pernas.

10- Sente que foi castigado(a) indevidamente / injustamente?

- 1- Não, quando me davam um castigo leve.
- 2- Sim, mesmo quando me davam um castigo leve.
- 3- Não, mesmo quando me davam um castigo severo.
- 4- Sim, quando me davam um castigo severo.

11- Houve alguém entre aqueles que cuidaram de você quando era criança (incluindo irmãos) que te bateram?

1- Quem?

1-Ninguém.

2-Irmão ou parente.

3- Pai ou pai substituto responsável

4-Mãe ou mãe substituta responsável.

5- Ambos, mãe e pai.

6- Um dos pais e outra pessoa.

2- Com quanta frequência?

1- Algumas vezes.

2- Uma ou duas vezes.

3- Mais de duas vezes.

3- Teve alguma fratura, um hematoma ou precisou de pontos, ou teve que ir ao médico por alguma destas situações?

1- Não

2- Sim, hematomas.

3- Sim, qualquer uma destas situações e teve que ir ao médico.

12- Durante a sua infância, lembra de ter ficado longos períodos sozinho em casa?

1- Sim, ficava sempre sozinho.

2- Não, nunca fiquei sozinho.

3- Ficava, de vez em quando.

13- Em relação a higiene e alimentação considera que recebeu os cuidados necessários:?

1- Sim, sempre recebi.

2- Não lembro de ter sido cuidado.

3- Às vezes.

14- Você considera que quando estava doente recebia a atenção necessária dos seus pais?

1- Sim, era medicado.

2- Não, outras pessoas me auxiliavam.

3- De vez em quando.

15- Com que idade passou ajudar nas tarefas domésticas?

16- Quando era corrigido verbalmente por seus pais conseguia compreender o motivo?

- 1- Sim, a bronca era merecida.
- 2- Não, sentia-me desvalorizado, ameaçado.
- 3- Chorava sem compreender.
- 4- Às vezes sentia-me culpado.
- 5- Nunca compreendi.

17- Sentia-se à vontade para questionar seus pais em suas opiniões?

- 1- Sim, falava o que considerava importante.
- 2- Não, tinha receio de ser criticado.
- 3- Às vezes.

18- Quando era criança lembra de ter sido tocado por um de seus pais ou responsáveis em partes do corpo que você não quisesse?

- 1- Sim, isso sempre acontecia.
- 2- Não, nunca aconteceu.
- 3- Aconteceu algumas vezes e por algum motivo cessou.

³ Critério de Classificação Econômica Brasil

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Não tem	T E M			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

³ Instrumento desenvolvido a partir de um estudo realizado com base no banco de dados do LSE - Levantamento Sócio-Econômico de 1993 do IBOPE.