



ARTIGO ORIGINAL

Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada*Physical abuse: the profile of aggressor and child victim***Gilberto Pascolat¹, Cristiane de F.L. dos Santos², Eurico C.R. de Campos²,
Luciane C.O. Valdez³, Daniela Busato², Daniela H. Marinho²****Resumo**

Objetivo: conhecer o perfil da criança vítima de agressão física e do agente responsável pela violência contra ela.

Método: investigaram-se 225 casos confirmados de abuso físico do SOS Criança, de Curitiba, durante o ano de 1.998, aos quais se aplicou um protocolo com quesitos voltados à análise da criança violentada e do agente agressor.

Resultados: registraram-se os seguintes modelos: 56% das crianças avaliadas apresentavam-se em idade escolar; 59,6% eram o primeiro filho da família; 84,4% consistiam em filhos naturais e 71,1% das crianças apresentavam satisfatório rendimento escolar. Múltiplas lesões (38,2%) atingiram o corpo das vítimas, e os ferimentos, na maioria das vezes (37,8%), apresentaram-se como hematomas. O principal agente agressor foi a mãe (42,2%), das quais 25,8% alegaram a causa disciplinar para o abuso, utilizaram-se das mãos (32,5%) para efetuar a violência e 72% delas negam o uso de bebida alcoólica.

Conclusões: As crianças que mais sofrem agressão física, segundo a amostra estudada, consistem em filhos legítimos e primogênitos, com faixa etária entre 5 e 11 anos e com nível escolar compatível com a idade. A mãe, com suas próprias mãos, resume-se no principal agente agressor, e deixa geralmente hematomas, em diversos segmentos do corpo da criança, com o princípio de educar, ou seja, a colocação de limites.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77(1): 35-40: violência doméstica, abuso infantil.

Introdução

O abuso físico é uma lesão provocada na criança causada por um responsável – por qualquer razão. As lesões incluem os danos ao tecido além do eritema, por um tapa em qualquer área do corpo, que não a mão ou as nádegas. O uso de um instrumento em qualquer parte do corpo é abuso¹⁰.

-
1. Preceptor da Residência Médica em Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.
 2. Acadêmicos do 4º e 5º ano da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.
 3. Médica Residente do 2º ano em Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Abstract

Objective: To establish a profile of the victim of child-abuse, and of the individual who commits the abuse against children.

Method: 225 cases of confirmed child-abuse (SOS Criança - Curitiba) were studied in 1998; a protocol with queries to analyze the child and the abuser was applied.

Results: The following models were found: 56% of the children were in school age; 59.6% were the first child of the couple; 84.4% were natural offspring and 71.1% of the children had a satisfactory school record. Multiple injuries (38.2%) were found on the victims' bodies, the majority of them bruises (37.8%). The main aggressor was the mother (42.2%); 25.8% of them said the reason for the violence was disciplinary, and 72% denied using alcohol.

Conclusion: The children who suffer more from physical abuse, according to the study, are first-born children of married parents, between 5 and 11 years old; their schooling level is compatible with their age. The mother, with her own hands, is the main aggressor; she normally leaves bruises in several parts of the victim's body, with the objective of educating, or setting limits to the child.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77(1): 35-40: domestic violence, child-abuse.

A incidência do abuso físico parece ter aumentado, ultimamente, devido ao maior número de notificações e à mudança na legislação, a qual determina a notificação obrigatória de casos suspeitos². Além disso, esta escalada ocorre no momento em que os óbitos por doenças médicas e traumatismos não intencionais, acompanhados de morte, estão declinando⁸.

Em 1994, nos EUA, quase 3 milhões de crianças foram notificadas às agências dos serviços de proteção à infância como possíveis vítimas de abuso ou negligência. O abuso físico e sexual constitui quase 40% de todos os relatos. Por

mais gigantescos que estes números pareçam, devem subestimar a verdadeira população de crianças que sofrem violência nos seus próprios lares⁷. Estima-se que para cada caso notificado, dois não o são. No Brasil, a cada caso de abuso físico, 10 a 20 deles não são registrados, o que confirma o grande índice de subnotificação.

O abuso infantil é maior em grupos socioeconômicos mais baixos, devido, em parte, ao estresse crônico e aos problemas de socialização. Contudo, é um fenômeno encontrado em todos os subgrupos da sociedade^{2,7}.

A agressão física tem maior probabilidade de se desenvolver nas famílias cujos pais são de baixa idade, imaturos ou alcoolistas¹¹. Além desses, citam-se como fatores de risco familiar a privação econômica, a discórdia familiar, o divórcio dos pais, o baixo nível de educação dos genitores e a história de abuso de álcool e drogas⁵.

Os fatores de risco infantis incluem crianças não planejadas; recém-nascidos prematuros, de baixo peso ou portadores de anomalias congênitas⁵, crianças com algum tipo de deficiência física ou mental, meninos (mais que meninas) até a adolescência, quando se inverte a expectativa; crianças adotadas ou sob guarda; e criança que está em fase difícil de desenvolvimento (cólicas do lactente, choro noturno, ou treinamento dos esfíncteres)¹¹.

O fato de uma pessoa haver sido vítima de um abuso físico quando criança está significativamente relacionado a um comportamento criminal violento, mais tarde³. Se é verdade que “crianças aprendem aquilo que vivenciam”, não será surpresa que crianças e adolescentes sejam ativos participantes de atos violentos, tanto como vítima, quanto como agressores, posteriormente⁸. Assim, as seqüelas biopsicossociais da exposição à violência espalham-se através do sistema familiar e da fase de desenvolvimento¹.

A violência torna-se crescentemente reconhecida como um problema premente de saúde pública, exigindo atenção urgente. Ninguém discute que a criação adequada do filho deve ser baseada na disciplina, nas recompensas e nas punições. No entanto, a punição da criança por maus comportamentos pode tomar várias formas, inclusive graves, e os graus variados de notificações, bem como a carência de dados, excluem a documentação da magnitude exata do problema⁶.

Os denunciadores potenciais devem ter em mente que sua decisão de notificar não é equivalente à conclusão de que o abuso ocorreu. Haverá ocasiões em que exista a suspeita de abuso físico, e a investigação mais detalhada não a comprove. Este resultado não indica que a denúncia não devia ter sido feita; todavia, demonstra que uma completa avaliação é necessária antes de chegar a um diagnóstico⁷.

As cicatrizes emocionais geradas pelo abuso podem persistir por muitos anos e se manifestarem como depressão¹³, ansiedade, perturbações do apetite, queixas psicossomáticas, comportamentos promíscuos e muitos outros⁷.

Diante disso, é essencial lembrar que a segurança das nossas crianças e adolescentes deverá ser da responsabilidade de todos⁶ e que interromper o ciclo de violência é uma maneira de oferecer mudanças na vida adulta da criança agredida¹⁵.

Este trabalho tem por finalidade:

- conhecer o perfil do agressor e das crianças agredidas;
- descrever os danos físicos causados às vítimas.

Métodos

Este estudo baseou-se na pesquisa dos cadastros de denúncia do SOS Criança de Curitiba, entre os meses de janeiro e dezembro de 1998. Analisaram-se 3.600 cadastros, selecionando as denúncias confirmadas de abuso físico, as quais perfizeram um total de 225. Os casos de abuso sexual, negligência, maus tratos e abandono foram excluídos do estudo, assim como os casos intencionais de violência que não puderam ser comprovados. A certificação de abuso físico fez-se através de laudos médicos ou do Instituto Médico Legal e por comprovação através de visitas domiciliares ou da própria confissão do responsável pelo abuso.

Primeiramente, realizou-se um plano piloto, baseado em dados da literatura, o qual foi aplicado a uma amostra casual de 30 cadastros. Seguiu-se então seu estudo crítico, no qual se observou a impossibilidade de preenchimento de alguns dados. Sendo assim, foram eles retirados do protocolo, elaborando-se o protocolo definitivo. Adquiriram-se os dados a partir da análise dos casos arquivados.

O protocolo definitivo (em anexo) apresentava questões relacionadas à criança vítima de agressão física e ao agente agressor.

Recorreu-se ao estudo descritivo dos dados através de quadros e gráficos, aos quais se aplicou o teste não paramétrico do Qui-Quadrado. O nível de significância mínimo adotado foi de 5%.

Resultados

Das 225 crianças estudadas, 50,2% eram do sexo masculino e 49,8% do sexo feminino, não havendo assim, diferença estatisticamente significativa neste dado.

Ao avaliar a faixa etária mais acometida pela violência física, notou-se que a prevalência maior esteve concentrada entre os escolares (56%), seguida pelos pré-púberes (19,6%), e por fim, pré-escolares (8,9%), púberes (8%) e lactentes (7,5%).

Em 59,6% dos casos de agressão, a criança era o filho mais velho. Não eram filhos de criação (84,4%), nem

adotados (97,3%), tampouco apresentavam doenças crônicas (95,6%). Não se relatou nenhum caso de malformação congênita, na amostra analisada. Além disso, essas crianças apresentavam grau escolar compatível com a idade (71,1%).

A partir dos achados obtidos, constatou-se que o agressor, na maior parte das vezes, era a mãe (Figura 1).

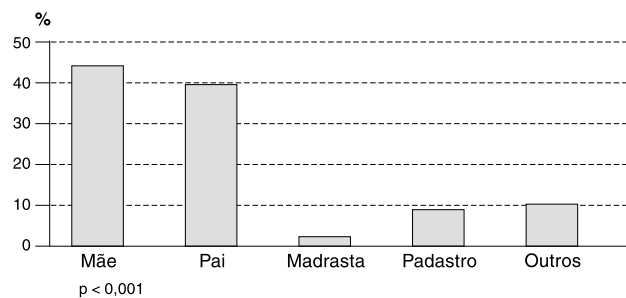


Figura 1 - Agente responsável pelo abuso físico

Quando se tentou identificar o motivo pelo qual se gerou a violência contra a criança, a maioria dos agressores alegou a necessidade de colocação de limites como forma de educação. Pôde-se verificar ainda que 10,7% dos agressores negaram a violência praticada, enquanto 1,8% deles não referiam um motivo lógico que justificasse tal acontecimento (Figura 2).

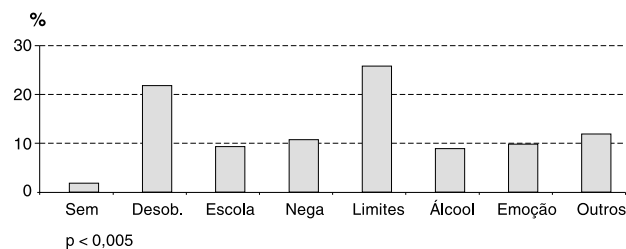


Figura 2 - Motivo alegado pelo responsável para o traumatismo intencional

Ao interrogar sobre o tipo de material ou o meio utilizado para a agressão das crianças, notou-se que o agressor utilizou as próprias mãos, na maioria das vezes. Ignorou-se o material responsável pela agressão em 0,4 % dos vitimizados (Figura 3).

As pessoas que mais denunciam o abuso físico na infância constituem a comunidade (85,8%), preferencialmente vizinhos e profissionais da área de saúde.

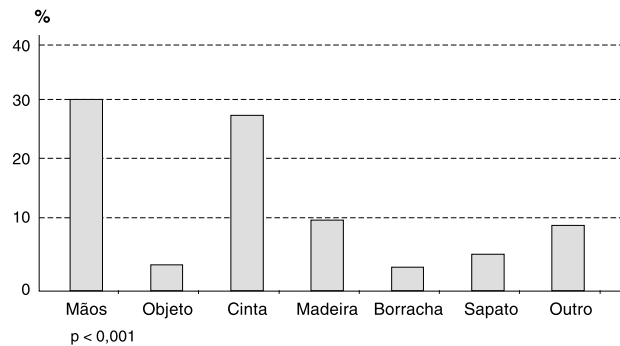


Figura 3 - Instrumento utilizado para consumir a agressão

Na caracterização dos diferentes tipos de lesões provocadas, observou-se que havia predomínio de hematomas (37,8%) (Figura 4) que apareceram predominantemente em mais de um segmento corpóreo (Figura 5). Cerca de 7% das crianças não apresentavam marcas evidentes de agressão.

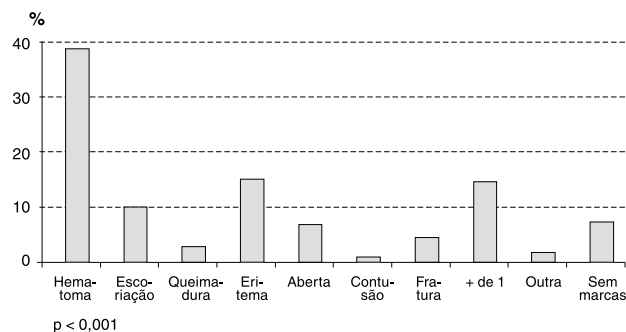


Figura 4 - Tipo de lesão decorrente do abuso físico

Das crianças estudadas, 82,2% não procuraram auxílio médico e 94,2% não mostravam seqüelas aparentes em consequência da agressão. Aproximadamente 16% delas foram afastadas da família, como conduta para a resolução do caso.

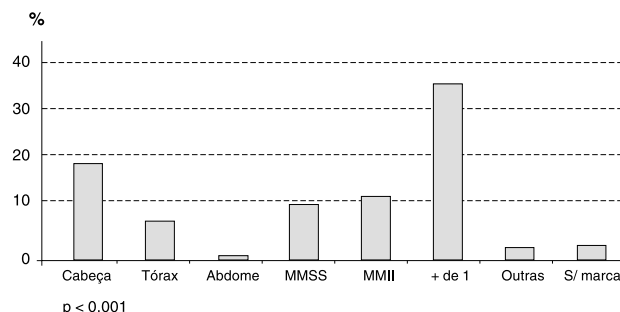


Figura 5 - Segmento corpóreo mais atingido pela violência física

Procurou-se traçar um perfil da família da criança vítima de violência física. Pai e mãe moravam juntos em 52,9% das vezes (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil da família da criança vítima de trauma intencional

Condições	Sim (%)	Não (%)	Ignorado (%)
Mãe é maltratada?	16,9	80,9	2,2
Há violência em casa?	39,6	58,2	2,2
Há violência conjugal?	17,8	80,0	2,2
Pai e mãe moram juntos?	52,9	44,9	2,2
Pais desempregados?	27,6	70,2	2,2
Uso de álcool pelos pais?	25,8	72,0	2,2
Uso de drogas pelos pais?	7,6	90,2	2,2

Nota: teste não paramétrico do Qui-Quadrado= $p < 0,001$

Discussão

É verdade que a violência constitui um problema de grande magnitude enfrentado pela sociedade e órgãos de assistência à saúde. Afeta uma significativa parte da população, atingindo muitas vezes crianças e adolescentes, que ainda não apresentam uma estrutura psicológica consolidada, o que pode acarretar, mais tarde além de sofrimentos físicos, seqüelas irreparáveis em seu comportamento, como risco de autodestruição, visão pessimista do futuro e problemas de relacionamento. Alguns estudos^{3,4,8} referem que crianças vítimas de violência, mais tarde, serão os agressores. Esses autores⁴ relatam ainda que a violência, nos EUA, tem-se tornado uma epidemia e representa um importante problema de saúde pública, afetando principalmente jovens masculinos. Acredita-se, assim, que a violência e suas subseqüentes morbidade e mortalidade têm origem multifatorial, incluindo fatores de desenvolvimento, acesso às armas de fogo, drogadição, pobreza, meios de comunicação e violência familiar⁴.

Estima-se que 1 a 2% das crianças americanas são vítimas de lesões não acidentais e que 10% de todas as consultas de emergências pediátricas, por abuso físico, são de crianças com menos de 5 anos¹². Desde 1983, tem-se observado aumento nos casos de abuso físico, explicado principalmente pelo maior número de estudos com crianças abaixo de 3 anos de idade¹⁰. Em nossa avaliação, constatou-se que a faixa etária mais atingida compreende crianças entre 5 e 11 anos, provavelmente porque, com esta idade, não vivem apenas dentro do ambiente familiar, freqüentando creches e escolas, algumas das principais fontes de denúncia.

Os negros são excessivamente representados nas estatísticas de homicídio (44% das vítimas), o que é significativamente mais elevado que a proporção de negros na população geral¹⁴. É cada vez mais evidente que o estado socioeconômico é fator de maior violência e que a prevalência dos negros nas estatísticas de violência reflete sua excessiva representação na população pobre. Um estudo de 616 crianças, vistas pelo *Child Abuse Program* de 1980 a 1982, indicou que crianças negras eram relatadas numa freqüência desproporcionalmente maior que a das crianças brancas¹⁰.

Observou-se neste estudo, nítida prevalência de abuso físico no filho mais velho da família e quase a totalidade das crianças eram filhos sanguíneos. Somente 2,7% dos agressidos eram filhos adotivos.

Ao buscar a literatura, observou-se que os mais prováveis executores do abuso físico são a mãe (25,8%) e o pai (24,6%), seguidos pelo namorado da mãe (8,6%), babás do sexo feminino (6,3%) e pais adotivos (4,1%). Quando múltiplos agentes de abuso estão envolvidos, eles são com maior probabilidade a mãe e seu namorado ou ambos os pais naturais. Embora as mães sejam as mais freqüentes idealizadoras de abusos, os homens constituem mais da metade dos executores de abusos. Os homens têm maior tendência a lesar fatalmente as crianças¹⁰. A nossa estatística apresentou dados similares aos encontrados na literatura, concordando quanto a ser a mãe a principal responsável pela violência contra a criança.

Cerca de 10% dos agressores negam o abuso físico, nesta pesquisa, mesmo na sua evidência. O motivo predominante da agressão é a colocação de limites. Estudos americanos revelam que o principal motivo alegado à violência na criança constitui a enurese e/ou encoprese².

O uso do álcool contribui para o comportamento violento. Aproximadamente a metade de todas as vítimas de homicídio apresenta níveis elevados de álcool no sangue¹⁴. Os estudos de Dukarm⁴ confirmam essa hipótese. Assim como o uso, o tráfico de drogas tem sido em muitos aspectos associado com o aumento da violência. Em nosso estudo, cerca de 7,6% consistiam em usuários de entorpecentes e em 25,8% das vezes constatou-se o etilismo.

Como materiais utilizados para a agressão, os principais referidos, em nosso trabalho, foram as mãos do agente. Num estudo de 1.146 casais norte-americanos, 73% relataram o uso de violência em algum momento da vida de seus filhos, 58% empregaram tapas ou espancamentos, 13% bateram com objetos, 5% jogaram alguma coisa, 3% chutaram, morderam ou socaram uma criança no ano anterior ao estudo¹⁰.

O *Children's Hospital* de Columbus - Ohio, em 1987, refere que as 5 principais causas de morte em crianças por abuso deveram-se a abusos físicos. As razões para a hospitalização citadas foram trauma cutâneo (38,9%), trauma à cabeça (12,5%), queimaduras (10%), fraturas (7%), dentre

AGRESSÃO FÍSICA NA INFÂNCIA: PROTOCOLO DEFINITIVO

- A) Número de referência:** _____
- B) Para a Criança:**
- 1 - Sexo: a) M b) F
- 2 - Faixa etária: a) lactente (0 – 1 a) b) pré-escolar (2- 4 a)
c) escolar (5-11 a) d) pré-púbere (12-16 a) e) púbere (17 a ou +)
- 3 - Etnia: a) Branca b) Negra c) Amarela
- 4 - Localização na família: a) 1º filho b) 2º filho c) 3º filho d) Outros (_____)
- 5 - Escolaridade adequada para a idade? a) Sim b) Não
- 6 - Filhos de criação? a) Sim b) Não
- 7 - Filhos adotivos? a) Sim b) Não
- 8 - Criança tem malformações congênitas? a) Sim b) Não
- 9 - Criança tem doença crônica? a) Sim b) Não
- 10 - Data da agressão:
- 11 - Agente agressor: a) Mãe b) Pai c) Madrasta d) Padrasto e) Outros (_____)
- 12 - Motivo da agressão:
- 13 - Material utilizado:
- 14 - Denunciante: a) Comunidade b) Família
- 15 - Reincidência: a) Sim b) Não
- 16 - Existência de casos na família? a) Sim b) Não
- 17 - Parte do corpo agredida:
a) Cabeça b) Tórax c) Abdome d) MMSS e) MMII f) Genitais g) Outra (_____)
- 18 - Natureza da lesão:
a) Hematoma b) Escoriação c) Queimadura d) Ferida aberta e) Eritema f) Contusão
g) Fratura h) Outras (_____)
- 19 - a) Lesão única b) Lesões múltiplas
- 20 - Necessitou auxílio médico? a) Sim b) Não
- 21 - Sequelas da agressão? a) Sim b) Não
- 22 - Resolução do caso: _____
- C) Para os Pais:**
- 1 - Uso de álcool: a) Sim b) Não
- 2 - Uso de drogas: a) Sim b) Não
- 3 - Mãe é maltratada? a) Sim b) Não
- 4 - Há violência conjugal? a) Sim b) Não
- 5 - Pai e Mãe moram juntos? a) Sim b) Não
- 6 - Pais desempregados? a) Sim b) Não

outras¹⁰. Nas crianças agredidas deste mesmo estudo, os locais mais comuns de lesão foram as nádegas ou quadris. Uma preocupação especial foi a freqüência das lesões à cabeça e à face. As lesões ao cérebro, embora constituindo 1% das lesões, são responsáveis por um número desproporcional das mortes devidas ao abuso de crianças¹⁰.

Cabeça e face constituem o segmento do corpo mais agredido nas crianças de Curitiba. No entanto, a maior parte das crianças apresentam mais de um segmento corpóreo agredido.

Das lesões encontradas, nesta pesquisa, predominam hematomas. Cerca de 14% das crianças apresentam mais de um tipo de lesão, sendo que 7,1% delas não apresentavam marcas visíveis. As lesões múltiplas predominaram em 64,9% dos casos, e apenas 17,8% destas crianças agredidas buscaram auxílio médico, sendo que 5,8% delas permaneceram com seqüelas definitivas

Segundo a literatura, o tipo de lesão mais comum, no abuso físico, constitui a contusão (39%), seguida de abrasões, lacerações e arranhões (21,4%), outros traumas cutâ-

neos (19,7%), queimaduras à cabeça (2,3%). Os tipos de lesões, o local da lesão e os tipos de instrumentos usados variam com a idade e a raça da criança, mas não com o sexo¹⁰.

A pobreza e o racismo são fatores de risco associados à lesão proposital. A estrição relacionada à sobrevivência econômica, à superlotação, às limitadas opções de emprego e às barreiras raciais desempenham significativo papel no estado emocional e no comportamento de uma pessoa¹⁴.

Com base no que foi exposto, a violência e suas consequências são uma grande questão a ser enfrentada pela comunidade de assistência à saúde, que não pode ignorar esse problema e que pode contribuir para sua resolução através de medidas preventivas, terapêuticas e de pesquisa. Contudo, percebe-se a intensa necessidade de mais pesquisas no futuro.

Este estudo permite comprovar a partir dos casos confirmados de traumatismo intencional, em Curitiba, no ano de 1998 que:

1. A maioria das crianças vítimas de agressão física são filhos legítimos e primogênitos, da faixa etária entre 5 e 11 anos e com escolaridade compatível com a idade. Ao exame, vários segmentos corpóreos foram atingidos e houve predomínio de lesões tipo hematoma.
2. O agente agressor na maior parte das vezes é a mãe, que agride seus filhos usando as próprias mãos e alega a colocação de limites como motivo principal.
3. Em vista das limitações decorrentes da subnotificação e do caráter regional da amostra, não são possíveis generalizações. Consideraram-se apenas os casos confirmados de abuso físico e os relacionados ao programa SOS Criança.

Referências bibliográficas

1. Davies WH, Flannery DJ. Síndrome do estresse pós-traumático em crianças e adolescentes expostos à violência. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Violência entre Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1998. p.83-97.
2. Davis HD, Carrasco M. Abuso e negligência infantil. In: Zitelli, BJ. *Atlas Colorido de Diagnóstico Clínico em Pediatria*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1992.
3. Dowd MD. Consequências da violência - morte prematura, recidiva da violência e criminalidade violenta. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Violência entre Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Interlivros 1998; p.73-82.
4. Dukarm CP, Holl JL, Mcanarkey ER. Violence among children and adolescents and the role of the pediatrician. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1995; 72:5-15.
5. Edari R, McManus P. Fatores de risco e resistência à violência. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Violência entre Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1998. p.29-42.
6. Forjuoh SM, Zwi AB. Violência contra crianças e adolescentes - perspectivas internacionais. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Violência entre Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1998. p.169-82.
7. Freitag R, Lazovitz S, Kini N. Aspectos psicossociais do abuso da criança para os pediatras de assistência primária. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Violência entre Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1998. p.141-54.
8. Hennes H. Uma revisão das estatísticas de violência entre crianças e adolescentes nos EUA. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Violência entre Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1998. p.1-14.
9. Hyden PW, Gallagher TA. Intervenção no abuso infantil no setor de emergência. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Emergência em Pediatria*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1992. p. 1103-32.
10. Johnson CF. Lesões infligidas versus lesões acidentais. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Abuso da Criança*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1990. p.861-86.
11. Kipper DJ. Síndrome da criança espancada. *Medicina: Conselho Federal*. Ano XIV, n. 102, fev. 1999.
12. Monaco JE, Brooks Jr. WG. Aspectos da terapia intensiva de crianças vítimas de maus-tratos. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Terapia Intensiva em Pediatria*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1994. 1285-94.
13. Perks SM, Jameson M. The effects of witnessing domestic violence on behavioural problems and depressive symptomatology. A community sample of pupils from St Lucia. *West Indian Med J* 199,48: 208-11.
14. Spivak H, Prothrow-Stith D, Hausman AJ. A morte não é um acidente. Adolescentes, violência e lesão intencional. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Crianças em Risco: Questões Médicas e Sociais Atuais*. Rio de Janeiro: Interlivros 1988. p.1385-96.
15. Zink T. Should children be in the room when the mother is screened for partner violence? *J Fam Pract* 200; 49: 130-6.

Endereço para correspondência:

Dra. Cristiane de Fátima Lemos dos Santos
Rua Rio Grande do Sul, 116 - ap. 31 – Água Verde
Curitiba – PR – CEP 80620- 080
Fone: 41 242.6005 - Fax: 41 345.5343