



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**PROPOSTA DE ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DE
COMPROMETIMENTOS PSICOLÓGICOS EM CRIANÇAS
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Mestranda: Viviane Schultz Foerster da Silva

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Área de Concentração:
Processos psicossociais, saúde e desenvolvimento psicológico

Linha de Pesquisa:
Medida e avaliação de fenômenos psicológicos

Florianópolis
Abril, 2013.

Viviane Schultz Foerster da Silva

**PROPOSTA DE ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DE
COMPROMETIMENTOS PSICOLÓGICOS EM CRIANÇAS
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Dissertação de Mestrado elaborada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Florianópolis
Abril, 2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Viviane Schultz Foerster da Silva

PROPOSTA DE ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DE
COMPROMETIMENTOS PSICOLÓGICOS EM CRIANÇAS VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA / Viviane Schultz Foerster da Silva Silva ;orientador,
Roberto Moraes Cruz Cruz - Florianópolis, SC, 2013.

138 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. comprometimento psicológico. 3. prejuízo psicológico. 4.
dano psicológico. 5. violência, mastratos.I. Cruz, Roberto Moraes Cruz. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

Viviane Schultz Foerster da Silva

**PROPOSTA DE ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DE
COMPROMETIMENTOS PSICOLÓGICOS EM CRIANÇAS
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Crepaldi
Coordenadora PPGP/UFSC

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz
Orientador PPGP/UFSC

Prof. Dr^ª. Sonia Liane Reichert Rovinski
Examinadora FARGS/UPF/UP/FFFCMPA

Prof^ª. Dr^ª. Saily Karolin Maciel
Examinadora UNISUL

Prof. Dr. Jaime Bezerra do Monte
Examinador UDESC/FMP

Florianópolis
Abril, 2013

Dedico este trabalho a todas as crianças que sofreram ou ainda sofrem qualquer tipo de violência. Espero contribuir, de alguma forma, para que tenham uma melhor qualidade de vida e que sejam não só adultos mais saudáveis, mas felizes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar e me dar forças sempre que necessito.

Ao meu “papis” Mozart e a minha “mamis” Rosana, por tudo que fizeram e ainda fazem por mim. Pelo suor que despenderam ao longo de todo o meu desenvolvimento, buscando me fazer uma pessoa feliz e pelo apoio e incentivo para a realização deste sonho. Meu eterno carinho a vocês.

Ao meu anjo, companheiro, amor, Steve, por toda a força que me deu, pelo ombro amigo, por acreditar em mim e me incentivar na busca pelos meus sonhos. Você sempre eSTEVE ao meu lado. É uma peça fundamental nessa conquista.

Aos meus irmãos, Tati, Júnior e Cris, por sempre se fazerem presentes em minha jornada. Todos os momentos que já passamos juntos me ensinaram a valorizar as simples coisas da vida. Sempre levo vocês em meus pensamentos.

As minhas amigas, Manu e Pati, por todos os momentos que já compartilhamos juntas e por toda a ajuda que recebi de vocês ao longo dessa trajetória, principalmente pela acolhida em seus lares e pelas boas conversas. As minhas amigas Cátia, Talita, Marina, Amandinha e a minha sogra Inge, pela preocupação com meu bem-estar, me auxiliando a superar muitos desafios ao longo deste tempo.

Aos meus parceiros de mestrado, em especial, Andréia, Cassandra, Cintia e Taís, por todas as contribuições, pelas trocas de pensamentos, ideias e sentimentos ao longo destes dois anos.

Aos Professores Dr. José G. Medeiros e Dr. Carlos Nunes pelas importantes colaborações na construção desta pesquisa. Ao Dr. Jaime Bezerra do Monte e a Dra. Saily Karolin Maciel pelas preciosas contribuições na qualificação do projeto de pesquisa.

A Michele Tedesco, Rosiléia Vieira Medina, Alexandre Dittrich Buhr, Carmen Lúcia D’Agostini e Tatiana Schuh. O apoio de vocês foi fundamental para concretização deste trabalho.

Ao meu orientador Dr. Roberto Moraes Cruz, pela paciência, orientações e sugestões ao longo desses 7 anos de trabalho em conjunto. Agradeço pela confiança que depositou em mim e pela participação na construção do que sou enquanto profissional.

Sem a contribuição de cada um de vocês esse sonho não seria tão real!

SUPER(AÇÃO)

Das histórias de super-heróis que eu conheço
Desta nunca me esqueço
Era uma vez um menino que voou para longe, num voo interplanetário
Ele se viu distante, assustado, sem nem mesmo seu amigo imaginário
Mexeram no menino, ele sentiu-se sujo
Será que grito? Será que fujo? – se perguntou
O bicho papão morava ao lado – nunca imaginou
Ameaçou, ordenou que ficasse calado
E assim um monstro passou a povoar sua memória
Em pesadelos, nas brincadeiras, na história
Homem não chora? Homem é valente? Homem não machuca?
São tantas coisas que escuta!
O menino queria ser gente grande, mas o que crescia era o medo, a
vergonha
Mas que sina enfadonha!
Era muita maldade pra entender com sua pouca idade
Ei, onde está a lealdade?
Queria que a dona culpa desaparecesse...
E seu sorriso se amiudava
Ele saía de campo, se escondia, se revoltava
Por tanto temer, se isolou
Na noite, monstros vinham lhe visitar
De dia, uma guerra tinha de travar
Se tirava de letra os temas de aula
As lições de vida o trancavam na jaula
Não confiava em mais ninguém, nem pais, nem professores
Permaneceu enclausurado com seus temores
Mas um dia surgiu um guardião
E a ele o menino confiou seu segredo
E, sem medo,
Entendeu-lhe a mão
Tornou-se amigo
Livrou-lhe do perigo
E juntos voltaram pra esse planeta, abrindo o coração
E agora ele sabia que quando crescesse podia ser tudo, menos vilão
e o menino pôs-se a correr, voltou a brincar
O que é o que é? SUPERAR!

Camila Roberta Lahm Vieira

RESUMO

A violência infantil tem mobilizado *esforços* de diferentes áreas do conhecimento para o desenvolvimento de processos de diagnósticos mais acurados. Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar evidências de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência descritas em informes produzidos por psicólogos, definir dimensões desses comprometimentos e construir uma proposta de roteiro de investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência. Os dados foram coletados de informes referentes a 50 crianças que sofreram um ou mais tipo de violência, 14 do sexo masculino e 36 do feminino. Esses informes fazem parte de procedimentos judiciais que correram na Justiça de 2005 a 2012, em sete cidades do centro-oeste catarinense, e foram coletados nas seguintes instituições: Fórum, Centro de Referência Especializada de Assistência Social e serviço de atendimento psicológico de uma universidade privada da região. A faixa etária das crianças vítimas de violência se concentrou, principalmente, aos 6, 7, 10, 12 e 13 anos. Em relação aos agressores, houve predomínio para pessoas do ciclo familiar da criança, principalmente mãe, pai e padrasto, sendo 50 do sexo masculino e 26 do feminino. Quanto à configuração familiar da criança, houve destaque para a família nuclear e a recasada. Também foram encontradas situações de risco nas famílias das crianças, principalmente o uso de álcool e drogas e a pobreza. A violência sexual se destacou com o maior número de vítimas e a negligência com o maior número de ocorrência de ações em relação às vítimas. As técnicas e instrumentos que predominaram na avaliação psicológica da criança foram: entrevista psicológica, entrevista com familiares, Teste Casa-Árvore-Pessoa, observações e Teste Gestáltico Viso-Motor de Bender. Também se verificou o uso de fontes de informação no processo de avaliação psicológica, tais como: contato com a escola, Conselho Tutelar, médico e visita domiciliar. Os sinais e sintomas identificados enquanto comprometimentos psicológicos foram organizados nas seguintes dimensões de manifestação: física, afetiva, cognitiva e social. Na dimensão física houve predomínio para sexualidade precoce, distúrbios do sono, choro fácil, enurese e alterações no apetite. Na afetiva se destacaram: medo, ansiedade, insegurança, humor depressivo, impulsividade, irritabilidade, baixa autoestima, culpa, tristeza, tendências negativistas, inadequação, desconfiança e outras alterações emocionais. Na cognitiva houve predominância para: dificuldade de aprendizagem, evitação, baixo desempenho escolar, fantasia, defasagem

na percepção visomotora e desatenção-hiperatividade. Na social se destacaram: isolamento social, comportamentos agressivos, dificuldade no relacionamento interpessoal, hostilidade em relação ao meio, dependência e evasão escolar. Como resultado final desta pesquisa, foi construído um roteiro com indicadores de comprometimento psicológico em crianças vítimas de violência que possibilite ao psicólogo inferir se existem prejuízos ou danos psicológicos na criança em decorrência da violência sofrida.

Palavras-chave: comprometimento psicológico, prejuízo psicológico, dano psicológico, violência, maus-tratos, criança, infância.

ABSTRACT

The child abuse has mobilized efforts in different areas of knowledge for the development of more accurate diagnostic procedures. This research aimed to characterize evidence of psychological damages in children victims of violence described in reports produced by psychologists, define dimensions of these damages and build a research screenplay for psychological damage in children victims of violence. Data were collected from reports concerning 50 children who experienced one or more kinds of violence, 14 males and 36 females. These reports are part of legal proceedings in court which ran from 2005 to 2012 in seven cities in the Midwest Santa Catarina, and were collected at the following institutions: Forum, Specialized Reference Center of Social Welfare and psychological service of a private university in the region. The age range of children victims of violence concentrated mainly at 6, 7, 10, 12 and 13 years. Regarding offenders, predominated for people in your family circle, especially his mother, father and stepfather, 50 male and 26 female. As for setting the child's family, there was emphasis on the nuclear family and remarried. Also found were risk situations in families of children, especially the use of alcohol and drugs and poverty. Sexual violence stood out with the highest number of victims, and the neglect of the higher incidence of actions towards victims. The techniques and tools that predominated in the psychological evaluation of the child were: psychological interview, interviews with relatives, House-Tree-Person Test, observations and Bender Visual-Motor Gestalt Test. It was also found the use of information sources in the process of psychological evaluation, such as: contact the school, Guardian Council and doctor, and home visit. The signs and symptoms identified as psychological damage were organized in the following dimensions of manifestation: physical, emotional, cognitive and social. In the physical dimension was predominance for: precocious sexuality, sleep disturbance, crying easily, enuresis and changes in appetite. In emotional stood out: fear, anxiety, insecurity, depressed mood, impulsivity, irritability, low self-esteem, guilt, sadness, trends naysayers, inadequacy, distrust and other emotional disorders. In cognitive predominated for: learning difficulties, avoidance, poor school performance, fantasy, gap in perception visual-motor and hyperactivity-inattention. In social stood out: social isolation, aggressive behavior, difficulty in interpersonal relationships, hostility toward the middle, dependency and leave school. As a final result of this research, we built a screenplay with indicators of psychological damage in children

victims of violence that enables the psychologist to infer whether there are damages in children due to the violence suffered.

Keywords: psychological impairment, psychological injury, psychological damage, violence, maltreatment, child and childhood.

TABELAS

Tabela 01 -	Tabela 1 – Instrumentos utilizados para investigar construtos considerados pela literatura como comprometimentos psicológicos decorrentes de violência.....	43
Tabela 02 -	Distribuição da ocorrência de casos conforme a idade da criança vítima de violência descrita no informe psicológico.....	59
Tabela 03 -	Distribuição da ocorrência dos casos de violência infantil conforme o agente agressor.....	61
Tabela 04 -	Distribuição da ocorrência dos casos conforme a configuração familiar da criança vítima de violência.....	63
Tabela 05 -	Distribuição da ocorrência dos casos conforme situações de risco encontradas na família da criança vítima de violência.....	64
Tabela 06 -	Distribuição da ocorrência dos casos, do total de vítimas e seu respectivo sexo em função da violência sofrida.....	67
Tabela 07 -	Distribuição das técnicas e instrumentos citados nos informes psicológicos das crianças vítimas de violência.....	72
Tabela 08 -	Distribuição da ocorrência de fontes de informação citadas nos informes psicológicos das crianças vítimas de violência.....	76
Tabela 09 -	Distribuição de comprometimentos psicológicos de dimensão física manifestos em crianças vítimas de violência.....	79
Tabela 10 -	Distribuição de comprometimentos psicológicos de dimensão afetiva manifestos em crianças vítimas de violência.....	83
Tabela 11 -	Distribuição de comprometimento psicológico de dimensão cognitiva manifestos em crianças vítimas de violência.....	92
Tabela 12 -	Distribuição de comprometimentos psicológicos de dimensão social manifestos em crianças vítimas de violência.....	95

Figura 01 - Fluxograma referente ao procedimento de coleta de dados.....	57
---	-----------

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	23
1.2 Objetivos	27
1.2.1 OBJETIVOS GERAIS	27
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
2.1 O Fenômeno violência: conceitos e tipificações	29
2.2 Comprometimentos psicológicos decorrentes da violência infantil	35
2.3 Métodos para investigar comprometimentos psicológicos decorrentes de violência contra crianças	38
2.4 Associações entre violência na infância e a saúde mental na fase adulta.....	45
2.5 Informes psicológicos decorrentes de avaliação psicológica de crianças vítimas de violência	48
3. MÉTODO E PLANEJAMENTO DA INVESTIGAÇÃO	53
3.1 Natureza, delineamento e fonte de dados	53
3.2 Locais de pesquisa e critérios de inclusão.....	54
3.3 Técnica e instrumento de coleta de dados	55
3.4 Procedimentos de coleta de dados e implicações éticas	56
3.5 Tratamento e análise de dados.....	56
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1 Comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência.....	79
4.2 Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em criança vítimas de violência	98
5. CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	123

1. INTRODUÇÃO

“Um país que quer ser grande tem que proteger quem não terminou de crescer”; “Quem não denuncia também violenta”; “Não bata. Eduque”; “Algumas feridas não se tornam apenas cicatrizes, ficam marcadas na alma por toda a vida...”. Essas são algumas frases encontradas em campanhas publicitárias contra violência infantil, demonstrando a relevância deste tema na atualidade. Seja pelo impacto na saúde das pessoas, na economia de um país, ou mesmo no desenvolvimento do ser humano como um todo, a violência gera repercussões biopsicossociais significativas, principalmente quando ocorre na infância, um período importante do desenvolvimento humano.

A violência infantil, um fenômeno presente em todas as camadas e ambientes sociais, manifesta-se de diferentes formas de acordo com a cultura presente, dificultando, assim, a sua conceituação. Nesse sentido, os conceitos sobre violência são heterogêneos entre os especialistas, resultando em uma falta de uniformidade e tipificação dos casos identificados, interferindo na forma de intervenção sobre eles nas suas diversas necessidades de tratamentos.

As consequências da violência envolvem desde a assistência às vítimas à reparação dos danos causados, o que gerou para o Brasil um custo total de 1,9% do Produto Interno Bruto – PIB no ano de 1997 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2002). No ano de 2004, os gastos foram de 90 bilhões de reais, representando 5% do PIB brasileiro (Brasil, 2008). Entretanto, essas estimativas de custo total com a violência não consideram outros problemas a ela relacionados, tais como depressão, gravidez indesejada, abuso de álcool e drogas, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções. Ainda não é possível estimar o custo econômico dos referidos problemas nos casos em que estes estão vinculados à violência (OMS, 2002). Os danos aliados aos dados do custo que a violência gera demonstram a relevância econômica e social de se pesquisar as repercussões da violência, contribuindo para uma compreensão mais abrangente desse fenômeno na sua real dimensão e impacto na economia do país.

Além da implicação na economia nacional, a violência é considerada uma questão de saúde pública, ou seja, de grande relevância científica e social. Tais relevâncias podem ser observadas tanto no crescimento dos índices da violência quanto no impacto que esta causa nas condições de vida e saúde da população e, no desenvolvimento da criança e do adolescente. Em se tratando da violência infantil, esta é responsável por uma crescente demanda de atendimento de crianças nos

serviços públicos de saúde (Abranches & Assis, 2011; Magalhães et al., 2009).

No Brasil, dados epidemiológicos referentes à violência infantil, principalmente à morbidade, são escassos, o que torna difícil o acompanhamento da incidência deste fenômeno e dos comprometimentos decorrentes dessa forma de violência. Entretanto, alguns trabalhos têm sido realizados possibilitando uma maior visibilidade sobre a violência (Carvalho et al., 2009). Estima-se que aproximadamente 20% das crianças e adolescentes brasileiros sofram algum tipo de violência (Ferreira, 2005). No entanto, as taxas de ocorrência reais provavelmente são mais altas que as estimativas existentes, visto que muitas crianças violentadas não são reconhecidas, nem mesmo diagnosticadas (Amazarray & Koller, 1998).

Em relação às pesquisas sobre violência infantil, seu enfoque passou a ser cada vez mais contextual. Enquanto os primeiros trabalhos sobre o tema versavam sobre investigação da vitimização direta da violência, posteriormente esses passaram a abordar o testemunho da violência, principalmente as cometidas pelos pais. Atualmente, busca-se investigar os múltiplos tipos de violência infantil em diferentes contextos, seja na escola, na comunidade, na família ou entre pares. A ênfase contextual das recentes pesquisas indica que crianças que sofrem um tipo de violência apresentam maior risco de experienciar um subsequente ou simultâneo episódio de violência no mesmo ou em outro contexto (Avanci, Assis, Oliveira, & Pires, 2009).

Os efeitos da tortura, ódio, estupro, sedução, indiferença, privação de amor e cuidado para com a criança são obstáculos devastadores a seu desenvolvimento, já que sua estrutura e funcionamento psicológico ainda estão em formação (Bassols, Bergmann, Falceto, & Mardini, 2011). As crianças que sofrem algum tipo de violência possuem mais probabilidade que seus pares que não sofreram violência de apresentar atrasos em todas as esferas de seu desenvolvimento (Bee & Boyd, 2011). Nesse sentido, torna-se relevante investigar as repercussões da violência na vida da criança e no seu entorno familiar.

A violência contra a criança é praticada pela omissão, supressão ou transgressão dos seus direitos, que são definidos por normas culturais e convenções legais (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001). Os casos de violência infantil ocorrem em incidentes nos quais as crianças são maltratadas fisicamente por um adulto, ou mesmo pela privação de roupas, alimentos, abrigo e amor, o que resulta em comprometimentos

de diferentes formas, inclusive no óbito (Carvalho, Barros, Alves, & Gurgel, 2009).

As crianças podem sofrer diferentes tipos de violência. O uso dessa tipologia é apenas uma maneira didática de compreender o fenômeno, que muitas vezes ocorre de forma simultânea e dinâmica, ou seja, parte das crianças sofre mais de um tipo de violência ao mesmo tempo (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Nesse sentido, uma criança vítima de violência física provavelmente sofra de negligência e violência psicológica concomitantemente.

Mesmo que não exista um consenso referente às tipologias, é possível identificar a violência de acordo com a natureza do ato violento, sendo essa classificada em: física, psicológica ou emocional, sexual e negligência/abandono (Barbosa & Pegoraro, 2008; Machado, Lueneber, Régis, & Nunes, 2005; Magalhães et al., 2009; OMS, 2002; Pires & Miyasaki, 2005). Todos os tipos de violência podem causar comprometimentos no desenvolvimento biopsicossocial da criança a curto, médio e longo prazo (Magalhães et al., 2009). Entretanto, tais comprometimentos são de difícil identificação pelos profissionais que atendem essa demanda (SBP, 2001), interferindo tanto na intervenção nos casos de violência infantil quanto na produção científica sobre as repercussões psicológicas para a criança vítima de violência (Maciel, 2011).

Entende-se por comprometimento psicológico alterações cognitivas, emocionais, comportamentais e fisiológicas. Tais alterações, quando são perturbações passageiras e não resultam em uma ruptura da homeostasia¹ anterior do organismo, são chamadas de prejuízo psicológico. Entretanto, quando existe a possibilidade de resultar em transtornos graves, persistentes e duradouros, chegando a um nível patológico, são chamadas de dano psicológico (Maciel, 2011).

Uma das hipóteses para os comprometimentos psicológicos ocorrerem, ou serem potencializados, é quando não existe uma intervenção efetiva nos casos diagnosticados, indicando um despreparo de profissionais da saúde, educadores e juristas, bem como das instituições que intervêm diretamente nos casos de violência infantil. A intervenção legal sem a compreensão dos aspectos psicológicos da violência e das necessidades terapêuticas da criança e sua família pode produzir comprometimentos psicológicos adicionais para a vítima. Da

¹ Homeostasia ou homeostase é o processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema do organismo de modo a preservar o seu funcionamento (Grandesso, 2000).

mesma forma, profissionais da saúde, ao negligenciar questões legais da violência, como proteção à criança e prevenção adicional do crime, também colaboram na produção de comprometimentos (Amazarray & Koller, 1998).

Comprometimentos psicológicos decorrentes da violência infantil são, muitas vezes, ignorados na elaboração de laudo resultante da avaliação psicológica da criança violentada. Esses laudos psicológicos são produzidos, geralmente, utilizando os mesmos critérios usados para avaliar adultos. São baseados em evidências físicas, ignorando os prejuízos e danos psicológicos que podem gerar consequências definitivas na vida do sujeito (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Avaliações incompletas demonstram um despreparo tanto daquele que elabora o laudo quanto do jurista que o considera sem maiores questionamentos. Dessa forma, as crianças acabam sendo vitimizadas duplamente: primeiro pela violência cometida contra ela e, segundo, pelo fato das normas jurídicas desconsiderarem aspectos psicológicos e sociais característicos do fenômeno (Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005).

Ampliar o conhecimento sobre prejuízos e danos psicológicos resultantes de violência contra criança é uma necessidade a ser contemplada pelos operadores do direito e facilitadores de depoimentos no âmbito jurídico, como assistentes sociais, psicólogos, médicos, psicopedagogos (Cezar, 2010). Verifica-se, nesse sentido, a necessidade de capacitar profissionais que trabalham com a violência infantil, seja para fins de diagnóstico, prevenção ou intervenção, visando uma atuação multiprofissional. Para tanto, torna-se imprescindível o incremento da produção científica sobre o tema, bem como a construção de instrumentos, práticas e saberes que auxiliem tais profissionais no enfrentamento da violência contra a criança.

Investigar comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência é de grande relevância para a linha de pesquisa “Medida e Avaliação de Fenômenos Psicológicos” do programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC. O conhecimento produzido sobre o tema auxiliará na identificação e caracterização do fenômeno violência infantil por profissionais que trabalham diretamente com tais casos. Nesse sentido, esta pesquisa pretende contribuir no aperfeiçoamento do processo de diagnóstico psicológico neste âmbito, com reflexos nos procedimentos de intervenção e atenção à criança.

Quando o profissional que trabalha com casos de violência infantil capacita-se para identificar e caracterizar comprometimentos psicológicos em crianças, torna-se competente para detectar casos de

violência infantil. Isso possibilita que ele acione os órgãos competentes e faça a denúncia dos casos identificados, para que medidas necessárias sejam tomadas buscando interromper a prática da violência. Também possibilita que o profissional encaminhe a criança para tratamento e acompanhamento adequados, com o objetivo de reduzir nela os prejuízos e danos decorrentes da violência contra o seu desenvolvimento saudável (Martins & Jorge, 2010). Dessa forma, há que se questionar: quais evidências de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência são descritas em informes produzidos por psicólogos? Essas evidências refletem indicadores para a construção de um roteiro de investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência?

Buscando responder essas perguntas, utilizaram-se as seguintes bases de dados para a revisão da literatura: bireme, scielo e psychinfo, bem como os seguintes descritores: criança, infantil, violência, maus tratos, abuso, dano, comprometimento, prejuízo, trauma, psicológico(a) e psíquico(a).

1.2 Objetivos

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar evidências de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência descritas em informes produzidos por psicólogos.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir dimensões de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência com base na análise dos informes psicológicos e da literatura pesquisada;

Construir uma proposta de roteiro de investigação de comprometimento psicológico em crianças vítimas de violência.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O fenômeno violência: conceitos e tipificações

A palavra violência vem do latim *violentia* e significa caráter violento, ferocidade, severidade. *Violentus* é o impetuoso, furioso, arrebatado e o verbo *violare* significa tratar com violência, transgredir, violar. Essas palavras, oriundas de *vis* estão relacionadas ao uso que um sujeito faz da sua força (Houaiss, 2002; Landini, 2003; Michaud, 1986; Zaluar, 1999). Tal força transforma-se em violência quando extrapola um limite ou quando interfere em regras que regulam relações humanas, provocando sofrimento. Assim, o ato violento é caracterizado pela percepção do limite e da perturbação, o que varia de acordo com a cultura e história (Zaluar, 1999).

As especificidades culturais e tradições algumas vezes são utilizadas para justificar determinadas práticas sociais perpetuando a violência em várias partes do mundo (OMS, 2002). É nesse sentido, por exemplo, que a aprovação do uso da violência na criação e educação de crianças está profundamente enraizada em algumas sociedades (Brasil, 2008). Em muitos países, bater nas nádegas da criança e gritar com elas são consideradas medidas disciplinares infantis comuns; no Egito, por exemplo, além de gritar com as crianças, as punições mais normais são sacudi-las, beliscá-las ou estapeá-las na cabeça e no rosto. Já nas áreas rurais da Índia todas essas práticas são comuns. Ou seja, em cada cultura são estabelecidos quais atos de omissão ou cometimento são considerados violência e negligência e, inclusive, quais práticas parentais são aceitas na criação dos filhos e nos seus cuidados (OMS, 2002).

A violência, um fenômeno que se dissemina nas relações interpessoais e sociais, é caracterizada por uma relação desigual de poder, ou seja, pelo exercício do domínio do mais forte sobre o mais fraco de diferentes formas (Ferreira, 2002). Nessa relação de poder, o agressor não reconhece a vítima como uma pessoa com direitos e sentimentos, mas sim como um objeto (Blanchard, 1996). Chauí define a violência sob dois ângulos: “*como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão (...) como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa*” (1985, p. 35). Dessa forma, violência não é a transgressão ou violação de normas, lei e regras, mas a relação de forças caracterizada pela dominação de um lado e coisificação de outro.

A violência também é definida pelo uso intencional do poder ou força física, real ou potencial, contra si, outra pessoa ou grupo, resultando ou possibilitando resultar em lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento, privação, podendo levar a morte. Nesse sentido, é possível classificá-la conforme suas manifestações empíricas, ou seja, de acordo com as características daquele que comete o ato violento em: violência auto-inflingida, que é aquela dirigida a si mesmo e se desdobra em comportamento suicida e auto-abuso; violência coletiva, realizada por grandes grupos de pessoas e subdividida em violência social, política e econômica; e, violência interpessoal que é aquela realizada por uma pessoa ou um grupo pequeno de pessoas e manifesta-se a partir da violência familiar ou de parceiro íntimo e da violência comunitária (OMS, 2002).

Em se tratando de violência interpessoal, esta é classificada como violência intrafamiliar quando ocorre entre os membros da família e parceiros íntimos, embora não exclusivamente. Nesse caso, são consideradas a violência perpetrada contra mulheres, homens, idosos, crianças e adolescentes (Ando & Ando, 2008; OMS, 2002). A violência interpessoal também pode ser classificada como violência comunitária. Esta ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, ou seja, entre conhecidos ou estranhos e, normalmente, fora de casa, como o estupro, violência contra criança e adolescentes, agressões físicas e violência institucional (OMS, 2002).

A classificação da violência de acordo com sua manifestação empírica traz, em si, conceitos pertencentes à outra tipologia, relacionadas à natureza do ato violento. Essa tipologia, no contexto da violência infantil, se divide em: violência física, violência psicológica, violência sexual e negligência/abandono (Gomes & Fonseca, 2005).

A violência física, descrita na literatura como maus-tratos físicos e abuso físico, é caracterizada pelo uso da força física contra a criança, com consequências danosas no corpo (Minayo, 2001). Danos físicos variam desde uma lesão leve, ferimentos cutâneos, neurológicos, oculares e ósseos, a consequências extremas como a morte (Gomes & Fonseca, 2005; Machado et al., 2005). Alguns estudos apontam o sexo masculino como o que apresenta maior incidência de violência física, quando comparado ao sexo feminino (Briere & Elliott, 2003; Carvalho et al., 2009; Sharma & Gupta, 2004) e, membros da família com um dos principais autores desse tipo de violência (Cavalcanti & Martins, 2008).

É possível, ainda, atribuir ao conceito de violência física o caráter intencional e não acidental do ato violento. Assim, a violência perpetrada contra a criança tem como objetivo danificar, ferir ou destruí-

la, deixando ou não marcas evidentes (SBP, 2001). No contexto familiar, o uso da violência física é, muitas vezes, realizado com a justificativa de disciplinar e castigar a criança. Na disciplina, se faz o uso da agressão física para ensinar algo a criança, controlá-la, buscando prevenir novos erros. Já no castigo, a violência física está atrelada a ideia de punir a criança por erros e falhas reais ou supostamente cometidas por ela (Assis & Deslandes, 2006; Azevedo & Guerra, 2001).

A violência psicológica, também chamada de violência emocional, ocorre através de comportamentos destrutivos de um adulto que expõe a criança a situações humilhantes e constrangedoras, induzindo comprometimentos no seu desenvolvimento biopsicossocial (Gomes & Fonseca, 2005; Magalhães et al., 2009). A violência psicológica manifesta-se através de atos como: restringir os movimentos da criança, denegrir, expor ao ridículo, ameaçar, rejeitar, discriminar e intimidar (OMS, 2002).

A violência psicológica contra a criança é o tipo de violência mais difícil de identificação, seja pela sutileza com que ela ocorre, ou pela falta de evidências que a comprove, por não deixar marcas físicas, apesar de estar acompanhada por outros tipos de violência (Machado et al., 2005; SBP, 2001). Diante dessa condição de “invisibilidade”, buscase, atualmente, avançar no conhecimento acerca da violência psicológica investigando sua ocorrência com o uso de instrumentos de medida, possibilitando, assim, associar e correlacionar seus resultados com diferentes variáveis pessoais, familiares e sociais, bem como produzir informações para ações preventivas (Abranches & Assis, 2011).

A violência sexual infantil se caracteriza por atos impostos realizados por uma pessoa que usa seu poder sobre a criança para obter gratificação sexual, com ou sem contato físico e/ou uso da força física (Machado et al., 2005). É realizada por adulto ou adolescente, ou mesmo, criança que, pela idade ou desenvolvimento, estão em relação de poder, responsabilidade e confiança para com aquela que sofreu o abuso. Em relação à criança violentada, devido à fase de desenvolvimento em que se encontra, ela não compreende a natureza deste contato e não está apta a concordar com ele (Amazarray & Koller, 1998; Pfeiffer & Salvagni, 2005; Scanavino, 2009).

A violência sexual infantil pode ser subdividida em estupro, atentado violento ao pudor, atos libidinosos, exibicionismo e sedução (Machado et al., 2005; Pfeiffer & Salvagni, 2005). O estupro caracteriza-se pela conjunção carnal ilícita, é praticado contra a vontade da criança e com o uso da força. O atentado violento ao pudor ocorre nos casos em que o sujeito constrange a criança, usando violência ou

ameaça grave, a praticar ou permitir que ele pratique com ela ato libidinoso diverso da conjunção carnal, como o voyerismo², linguagem sexualizada e telefonemas obscenos. Por ato libidinoso entende-se quando o abusador busca satisfazer sua vontade sexual por meio de toques, contatos sexuais com ou sem a penetração e beijos. No exibicionismo, o adulto expõe seu corpo ou parte dele para uma criança intencionalmente e de forma não natural. Por último, a sedução, que ocorre quando a criança é corrompida sexualmente empregando meios não violentos (Machado et al., 2005).

A negligência, outro tipo de violência, ocorre quando os pais/responsáveis não se atentam àquilo que é indispensável para o adequado desenvolvimento e crescimento da criança. Isso inclui o desinteresse para as necessidades e manifestações da criança, a ausência de amor, calor humano e responsabilidade (Gomes & Fonseca, 2005), podendo chegar ao abandono, que é a forma mais extrema da negligência (SBP, 2001). A omissão pode ser em relação à saúde, educação, alimentação, moradia e ao afeto, prejudicando o desenvolvimento infantil (Magalhães et al., 2009), como em fornecer supervisão adequada para a idade da criança (Bee & Boyd, 2011).

Bowlby (1990) salienta que existem dois tipos de negligência que, embora possam coexistir, devem ser tratadas de forma diferente: a física e a emocional. Enquanto a primeira é resultante, principalmente, de questões econômicas, ignorância e enfermidade materna, a segunda é causada por instabilidade emocional e doença mental dos pais ou cuidadores.

É importante diferenciar os casos de negligência daqueles em que, por carência de recursos dos pais ou responsáveis, as necessidades básicas da criança não são atendidas. Há que se investigar a existência de intencionalidade dos cuidadores em não suprir tais necessidades e garantir uma atitude protetora em relação à criança independente da culpabilidade dos responsáveis pelos cuidados com a criança, (Gomes & Fonseca, 2005; SBP, 2001). Dessa forma, incide sobre as condições de vida da criança a chamada violência estrutural, tornando vulneráveis suas condições de desenvolvimento e crescimento pelas desigualdades

² Voyerismo é caracterizado por fantasias sexualmente excitantes, intensas e recorrentes, impulsos sexuais ou comportamentos que envolvem observar uma pessoa se despindo, nua, ou em atividade sexual, sem que esta suspeite que está sendo observada (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR, 2002).

sociais, etárias, de gênero e cultura que a acometem, repercutindo em fome, miséria e outras formas de exploração e submissão (Ando & Ando, 2008; Sanchez & Minayo, 2006).

Dados referentes aos diferentes tipos de violência no Brasil foram levantados pelo Ministério da Saúde de 2006 a 2007, coletando informações em 27 municípios de 20 Unidades da Federação. Foram realizados 1.939 registros de violência contra crianças de 0 a 9 anos, destes, 43,6% eram casos de violência sexual, 37,9% violência psicológica, 33% negligência/abandono e, 28,5%, violência física. Já em relação a adolescentes de 10 a 19 anos, ao todo foram registrados 2.370 casos de violência, sendo 56% de violência sexual, 50% violência psicológica, 48% violência física e, 13% negligência/abandono (Brasil, 2008). Com base nesses dados, considera-se que a violência sexual é a que mais tem sido denunciada e acompanhada, entretanto, não é possível afirmar que esse tipo de violência prevalece sobre as demais. Por se tratar de um fenômeno que é pouco divulgado por familiares, vizinhos e profissionais que atendem crianças vítimas de violência, as estatísticas não refletem a realidade da violência infantil (Braun, 2002).

Em uma delegacia especializada na repressão de crimes contra crianças e adolescentes, localizada na cidade de Salvador, foi realizado, no período de 1997 a 1999, um estudo que buscou investigar as ocorrências relacionadas à violência infantil. Das 2.073 ocorrências analisadas, 64,7% dos casos envolviam violência física, 28,3% violência psicológica, 16,5% violência sexual e, 2,8% envolviam negligência (Carvalho et al., 2009). Entretanto, há que se ter cautela quanto às reais incidências desses tipos de violência, pois diversos fatores interferem em sua estimativa.

Um dos fatores que interfere nas estimativas da violência sexual contra a criança, e que é um problema tanto para os médicos quanto para os meios legais, é a dificuldade de sua comprovação. Diferente da violência física, em que o diagnóstico se baseia em consequências observáveis, na violência sexual o diagnóstico geralmente é definido por meio de relatos das vítimas, ou de adultos relacionados a elas, e por meio de sinais indiretos da violência psicológica, a qual ocorre concomitantemente com a sexual. Todavia, nos casos em que há a conjunção carnal, geralmente, as consequências também são observáveis (Pfeiffer & Salvagni, 2005).

A divergência entre os dados levantados pelo Ministério Público (Brasil, 2008) e por Carvalho et al. (2009) possibilita assinalar inconsistências nas pesquisas que estimam a ocorrência de cada tipo de violência, sendo essas geradas por diferentes fatores: dificuldade do

diagnóstico pela ausência de evidência física do ato violento; imaturidade no desenvolvimento da criança pré-escolar junto a sua dificuldade no uso da linguagem, que interfere na percepção sobre a violência que sofreu e na sua denúncia; dificuldade ou impossibilidade de diálogo entre a criança e seus pais/responsáveis não envolvidos no ato violento (Pfeiffer & Salvagni, 2005); falta de treinamento de profissionais na identificação de casos de violência e sua consequente notificação; ausência de apoio familiar para a criança diante de uma denúncia da violência sofrida (Araújo, 2002); naturalização da violência intrafamiliar como método disciplinar, fazendo com que muitos casos não sejam reconhecidos, nem mesmo notificados (Tavares, 2006). Esses fatores interferem no estudo da dimensão da violência nas suas diferentes tipologias e exigem esforços de pesquisadores em superá-los.

Considerando que parte das pesquisas adotam didaticamente as diferentes tipologias da violência – física, psicológica, sexual, negligência - sabe-se, no entanto, que a ocorrência de uma forma de violência não exclui a ocorrência de outra concomitantemente e que os limites entre cada tipo de violência nem sempre são claros. Em geral, uma mesma criança é vítima de vários tipos de violência. Quando ela sofre uma violência física, por exemplo, é espancada, possivelmente já sofreu violência psicológica e negligência. O mesmo pode-se falar daquela que sofreu violência sexual e, ao mesmo tempo, negligência, violência psicológica e física (Ferreira, 2002; OMS, 2002).

A violência psicológica comumente acompanha outro tipo de violência, como a sexual e a física (Carvalho, 2009). O mesmo se diz da negligência, que frequentemente aparece associado a outros tipos de violência (SBP, 2001). Assim, diversos estudos afirmam que coexistência de dois ou mais tipos de violência no mesmo relacionamento produz um efeito sinérgico sobre a vítima, ou seja, a gravidade da violência conjunta é maior que a soma dos efeitos de cada violência em separado (Carvalho, 2009; Kashani, Daniel, & Dandoy, 1992; Reichenheim, Hasselmann, & Moraes, 1999).

A violência praticada contra a criança, em seus diferentes tipos, pode afetar vários aspectos do desenvolvimento infantil: físico, emocional, psicológico, cognitivo e social (English, 2004). Isso se dá, em parte, porque crianças não têm a personalidade completamente desenvolvida. Elas se encontram em processo de formação física, psíquica, intelectual, moral e social e estão submetidas a uma carga maior de vulnerabilidade quando comparadas a adultos (Azambuja, 2010; Machado, 2012).

As consequências da violência de curto e longo prazo com frequência inibem o crescimento saudável da criança prejudicando o seu funcionamento na fase adulta (Avanci, Assis, Santos, & Oliveira, 2005). Nesse sentido, verifica-se que a prática da violência contra a criança pode repercutir em graves consequências para o seu desenvolvimento, causando diferentes níveis de comprometimento psicológico, variando de um prejuízo até um dano, dependendo da dimensão que esta abrange na sua vida (Maciel, 2011).

2.2 Comprometimentos psicológicos decorrentes da violência infantil

Os efeitos da violência no desenvolvimento infantil, capazes de produzir comprometimentos psicológicos de curto a longo prazo, dependem da combinação de alguns fatores, tais como: sentido que a criança atribui à violência sofrida, frequência e intensidade dos atos violentos, estágio de desenvolvimento que a criança se encontra (Maciel, 2011; 2009), duração da violência, relação entre o perpetrador e a criança e outros fatores presentes no ambiente da criança (OMS, 2002), características pessoais da criança, apoio social e afetivo recebido por pessoas significativas a ela e por órgãos de proteção (Habigzang et al., 2012).

Tais comprometimentos variam entre as crianças vítimas de violência. Algumas estão sujeitas a apresentar sintomas que não chegam a atingir níveis clínicos de preocupação ou, se atingem, não são tão elevados. Outras, entretanto, apresentam graves sintomas psiquiátricos, tais como: depressão, abuso de substâncias, ansiedade, agressão, sentimento de vergonha e enfraquecimento cognitivo. Há, ainda, aquelas que fecham todos os critérios para doenças psiquiátricas, como distúrbio de estresse pós-traumático, distúrbio de ansiedade, distúrbio do sono, forte depressão (OMS, 2002).

No desenvolvimento físico as repercussões da violência são mais imediatas e de fácil verificação, deixando marcas visíveis na pele ou sistema ósseo (Barbosa & Pegoraro, 2008). Existem alguns indicadores físicos que auxiliam a identificar a ocorrência da violência contra a criança, são eles: hematomas, equimoses, fraturas, queimaduras, traumatismo abdominal, baixo peso, aparência descuidada

e suja, enurese³, tristeza e distúrbios do sono. Crianças que sofreram violência sexual também podem apresentar os seguintes indicadores: dificuldade de caminhar, urinar ou deglutir, edemas, infecções urinárias, secreções vaginais, penianas ou anais, perda do controle esfinteriano, dor ou coceira na região genital ou na garganta (Gomes & Fonseca, 2005).

No desenvolvimento psicológico as repercussões da violência são de médio e longo prazo, de difícil identificação, como as consequências no desenvolvimento socioemocional, cognitivo e comportamental da criança (Barbosa & Pegoraro, 2008). Dentre os indicadores comportamentais da violência infantil encontramos: alterações de humor, fugas de casa, vergonha excessiva, regressão para estágios anteriores do desenvolvimento, comportamento sexual inadequado, interesse incomum por assuntos de natureza sexual, resistência a participar de atividades grupais e físicas (Gomes & Fonseca, 2005).

Nesse sentido, verifica-se que as crianças vítimas de violência estão sujeitas a apresentar problemas psicológicos em diferentes níveis de comprometimento. Quando problemas psicológicos decorrentes da violência são passageiros e não muito comprometedores são considerados prejuízos psicológicos. O prejuízo é considerado um comprometimento temporário por ser possível a normalização da conduta da vítima após o evento traumático. Entretanto, quando os problemas psicológicos atingem um nível patológico resultando em transtornos graves, persistentes e duradouros caracterizam-se como danos psicológicos. O dano psicológico pode estar relacionado com rupturas na estrutura da personalidade e alterações no repertório de comportamentos da vítima, interferindo negativamente em sua qualidade de vida (Maciel, 2011; Maciel & Cruz, 2005).

O dano psicológico decorrente da violência refere-se tanto a uma lesão psíquica aguda quanto a uma seqüela emocional. A primeira, em alguns casos, diminui com o passar do tempo, do apoio social recebido e de tratamento psicológico adequado, ou seja, se as necessidades psicológicas, sociais, médicas e legais forem garantidas (Echeburúa, Corral, & Amor, 2004; Ferreira, 2005). A segunda persiste na pessoa de forma crônica, interferindo negativamente no seu cotidiano

³ Enurese caracteriza-se pela repetida emissão de urina na cama ou na roupa (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR, 2002).

(Echeburúa et al., 2004). Essas sequelas interferem nas suas relações sociais, na sua capacidade de aprendizado e em seu desenvolvimento, gerando repercussões tanto para a sua família quanto para a sociedade como um todo (Biscegli, Arroyo, Halley, & Dotoli, 2008).

O dano psicológico é a consequência de um evento negativo que supera a capacidade do sujeito de enfrentar e se adaptar a sua nova situação (Echeburúa et al., 2004). No caso da violência infantil, indicadores de danos psicológicos decorrentes desta são construídos objetivando compreender esse fenômeno, auxiliar no diagnóstico e intervenção sobre ele, com o intuito de reduzir as consequências negativas da violência sobre os diferentes aspectos do desenvolvimento do ser humano (Esbec, 2000).

São considerados indicadores de danos psicológicos em vítimas de violência: sentimentos negativos como humilhação, vergonha, culpa ou ira; ansiedade; preocupação constante com o trauma com tendência a reviver o evento; depressão; perda progressiva de autoconfiança como resultado de sentimentos de desamparo e desesperança experimentados; queda na autoestima; perda de interesse e concentração em atividades anteriormente gratificantes; mudança nos sistemas de valores, principalmente na confiança nos demais e na crença em um mundo justo; hostilidade, agressividade, abuso de drogas; mudança nas relações (dependência emocional e isolamento); aumento da vulnerabilidade, medo de viver em um mundo perigoso e perda de controle sobre a própria vida; mudança drástica do estilo de vida, com medo de frequentar lugares de costume, necessidade urgente em mudar de casa; alterações no ritmo e conteúdo do sonho; disfunção sexual (Esbec, 2000).

No caso da violência infantil, tais indicadores precisam ser elaborados especificamente para essa faixa de idade, visto se tratar de sujeitos ainda em processo de desenvolvimento. Maciel (2011), em sua tese de doutorado, tendo como sujeitos de pesquisa 59 crianças, apresenta um conjunto de indicadores de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência, são eles: alterações cognitivas; baixa regulação e controle emocional; tendências à frustração e agressividade; baixa autoestima; baixa autoeficácia; baixo grau de pertencimento familiar; baixo grau de autonomia; transtornos de ansiedade, da linguagem, do sono e alimentares; depressão; presença predominante de sentimentos de raiva, vingança e conduta violenta. Os indicadores levantados por Maciel (2011) serviram de aporte teórico para esta pesquisa.

2.3 Métodos para investigar comprometimentos psicológicos decorrentes da violência contra crianças

Estratégias e instrumentos para a avaliação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência são relativamente recentes. Muitos instrumentos de medidas foram construídos visando avaliar um construto específico que por ser, também, considerado uma decorrência da violência infantil, acabam sendo utilizados como ferramentas para avaliar comprometimentos em crianças. Nesse sentido, escalas para investigar depressão são comumente utilizadas para avaliar crianças vítimas de violência, já que a depressão é considerada um dos indicadores de comprometimento psicológico decorrente da violência infantil (Amazarray & Koller, 1998; Pfeiffer & Salvagni, 2005; Scanavino, 2009).

Dentre os instrumentos construídos para avaliar depressão tem-se o Inventário de Depressão Infantil (CDI), resultado de uma adaptação do *Beck Depression Inventory* para adultos elaborado por Kovacs (1992). O CDI tem como objetivo detectar a presença e severidade do transtorno depressivo. Foi elaborado para identificar alterações afetivas em crianças e adolescentes dos 07 aos 17 anos. O inventário é composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta que variam de 0 a 2, sendo o mesmo aplicado individual ou coletivamente. O respondente deve escolher a opção que melhor descreve o seu estado nos últimos tempos (Habigzang, Corte, Hatzenberger, Stroher, & Koller, 2008).

Existe, também, a *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC), uma escala para avaliar sintomas depressivos. Ela foi elaborada por Weissman, Orvaschel e Padian (1980) como resultado de uma adaptação da escala para adultos (CES-D). O CES-DC é uma escala de autorrelato, podendo ser respondida individual ou coletivamente. Possui 20 itens que são respondidos em uma escala que varia de 0 a 3. Seus itens representam os seguintes sintomas depressivos: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono. Resultados elevados indicam altos índices de sintomatologia depressiva. A partir de 15 pontos o resultado sugere sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Affonseca & Williams, n/d; Pracana & Santos, 2010).

Da mesma forma que o CDI e o CES-DC, os questionários *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ) e sua versão resumida chamada *Short Mood and Feelings Questionnaire* (SMFQ), desenvolvidos por Angold e Costello (1987), são utilizados para

mensurar depressão em crianças e adolescentes. Seus itens são frases descritivas sobre como crianças e adolescentes têm se sentido ou agido ultimamente, sendo que o primeiro contém 32 itens e o segundo contém 13. Os participantes devem responder cada item com base em uma escala *Likert* de 3 pontos, sendo 0 aquilo que “não é verdade”, 1 para “às vezes” e 2 para “verdadeiro”, gerando um escore de depressão total.

Os transtornos de ansiedade também são considerados indicadores de comprometimento psicológico em crianças vítimas de violência (Amazarray & Koller, 1998; Biscegli et al., 2008; Gomes & Fonseca, 2005; Pfeiffer & Salvagni, 2005), o que pode ser avaliado utilizando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE-C). Esse inventário foi construído por Spielberger em 1970 e, adaptado por Biaggio e Spielberger (1983). Ele é constituído de duas escalas do tipo auto-avaliação que mensuram dois conceitos distintos de ansiedade: estado e traço. A escala de ansiedade-estado mensura como a criança se sente em determinado momento do tempo, bem como estados transitórios de sentimentos subjetivos de tensão, preocupação, apreensão, que variam de intensidade e são percebidos conscientemente. A escala de ansiedade-traço indica como a criança geralmente se sente, mensurando diferenças individuais relativamente estáveis.

Outros sintomas frequentemente encontrados em crianças que sofreram violência são de estresse (Habigzang, 2006; Habigzang et al., 2008; Rodrigues, 2008) e transtorno de estresse pós-traumático (Avanci et al., 2009; Santos & Dell’Aglia, 2008; Scanavino, 2009).

Para mensurar sintomas de estresse, Lipp e Lucarelli (1998) desenvolveram a Escala de *Stress* Infantil (ESI), aplicada em crianças de 6 a 14 anos. Esse instrumento é composto de 35 itens, cujas respostas são do tipo *Likert* de 0 a 4 pontos. A criança deve responder cada item pintando um círculo dividido em quatro partes, de acordo com a frequência que ela experimenta os sintomas nele indicado. Seus itens são agrupados em quatro fatores: reações físicas, reações psicológicas, reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas.

Já para mensurar sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em crianças pode-se utilizar a Entrevista Estruturada com base no DSM IV - versão clínica⁴. Esta entrevista foi desenvolvida

⁴ A Entrevista Estruturada com base no DSM IV – versão clínica -, também chamada de SCID-CV, foi construída para transtornos do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (Del Ben et al., 2001).

por Spitzler, Williams, Gibbon e First (1990), traduzida e adaptada para o português por Del Ben et al. (2001). Nela os critérios diagnósticos do DSM-IV são utilizados como base para identificar a presença, intensidade e frequência dos sintomas relacionados a esse transtorno, tais como: reexperiência do evento traumático, esquiva de estímulos associados com o trauma e sintomas de excitabilidade aumentada.

O *Child Posttraumatic Stress Reaction Index* (CPTS-RI) é outro instrumento utilizado para mensurar sintomas de TEPT, como culpa, controle dos impulsos, sintomas somáticos e comportamentos regressivos. Trata-se de uma entrevista com 20 itens aplicada em crianças de 6 a 17 anos que respondem a uma escala de frequência de cinco pontos, variando de “nenhum” a “maior parte do tempo”. Os rendimentos totais desta medida variam de 0 a 80, refletindo a frequência de sintomas (Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004).

Entretanto, existem determinadas discordâncias quanto à aplicabilidade de instrumentos para avaliar TEPT em crianças vítimas de violência. Tal divergência é sustentada pela ideia de que certos tipos de traumas são mais abrangentes e complicados que outros, necessitando de especificidades no processo de mensuração. Nesse sentido, o diagnóstico de TEPT não se ajusta perfeitamente com as reações das vítimas de violência. Embora a violência seja por si só traumática para a criança, suas consequências são significativamente diferentes do TEPT infantil. Desta forma, foi proposto um conceito alternativo, o chamado TEPT complexo ou distúrbio de estresse extremo não especificado (DESNOS), que agrega alguns sintomas ao tradicional TEPT, como depressão, ansiedade, comportamentos de risco e autodestrutivos e dissociação (Courtois, 2008).

O *Trauma Symptom Inventory* (TSI), elaborado por Briere (1995), é um instrumento criado para avaliar TEPT complexo e DESNOS. O TSI é utilizado para avaliar sintomatologia pós-traumática aguda e crônica, bem como dificuldades intra e interpessoais que são muitas vezes associadas a traumas psicológicos crônicos, incluindo efeitos da violência sexual, violência física e sequelas de abuso infantil. Este inventário possui 100 itens que representam sintomas, sendo que cada item é avaliado de acordo com sua frequência em uma escala de quatro pontos, variando de 0 para “nunca” a 3 para “muitas vezes”. Todavia, o TSI é utilizado na população adulta para investigar comprometimentos psicológicos de longo prazo, ou seja, traumas infantis vividos ainda na fase adulta.

Outro instrumento utilizado para a avaliação sintomática do TEPT complexo e DESNOS é a *Structured Interview for Disorders of*

Extreme Stress (SIDES) desenvolvida por Pelcovitz et al. (1997) e validada por Zlotnick e Pearlstein (1997). Trata-se de uma entrevista estruturada utilizada para avaliar alterações no funcionamento de uma pessoa que resultam de exposição ao estresse extremo. Tem sido particularmente importante para identificar áreas mais críticas de comprometimento psicológico no planejamento de um tratamento eficaz. Ela é constituída por 27 critérios frequentemente visto como respostas ao estresse extremo e não como resposta aos critérios do TEPT do DSM-IV (Peltcovitz et al., 1997). Esses critérios estão dispostos em sete subescalas do SIDES: 1) alterações na regulação das emoções e impulsos, 2) alterações da atenção ou consciência, 3) alterações na autopercepção, 4) alterações na percepção do agressor, 5) alterações nas relações com os outros, 6) somatização, 7) alterações nos sistemas de significados (Van der Kolk & Pelcovitz, 1999).

Considerando que a violência infantil pode repercutir em traumas para a criança, diversos instrumentos foram elaborados objetivando avaliar tais traumas, além daqueles que mensuram TEPT, TEPT extremo e DESNOS. O *Traumatic History Questionnaire* (THQ) é um questionário desenvolvido por Green (1996) e criado para avaliar a história anterior da criança de eventos traumáticos e a intensidade de suas reações. É composto de 13 itens idênticos apresentados pelo relato dos pais ou dos filhos. Esses itens são derivados do *Traumatic Events Screening Inventory Child and Parent Report* – TESI de Berkowitz e Stover (2005). Em cada item aprovado o participante deve indicar o nível do impacto do trauma, tanto no momento do evento traumático quanto no presente, utilizando uma escala de 0 a 4, sendo 0 “nada” e 4 “extremamente”. A pontuação total do impacto do trauma no passado e a pontuação total do impacto do trauma no presente é resultado da contagem de todos os itens aprovados (Stover, Hahn, Im, & Berkowitz, 2010).

O TESI é baseado no pressuposto de que os pais ou responsáveis pelas crianças são importantes fontes de informações sobre as reações das crianças e a presença e gravidade de seus sintomas decorrentes da violência sofrida. Esse tipo de coleta de informações ocorre diante de determinadas circunstâncias, tais como: a criança estar indisponível devido tratamento médico, os pais participarem da coleta visando proteger seus filhos de pensar sobre os eventos, o envolvimento da criança em uma investigação em curso e, a crença de que o depoimento dos pais é mais preciso que de seus filhos (Stover et al., 2010).

Entretanto, diferenças entre as respostas dos pais e de seus filhos em relação à exposição do último a eventos traumáticos e seus sintomas resultantes demonstram a necessidade de não se ater somente aos pais como fonte de dados. Essa falta de compreensão dos pais sobre o impacto da violência vivida pelos seus filhos interfere no encaminhamento de uma intervenção necessária para tratar as consequências da violência. Um dos fatores para tal divergência é a falta de comunicação entre os pais e filhos (Stover et al., 2010).

O *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) é outro questionário utilizado para investigar componentes traumáticos, dentre eles: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Foi desenvolvido por Bernstein et al. (1994) possuindo 70 itens inicialmente, mas após ter suas propriedades psicométricas examinadas, resultou em uma versão de 28 itens. Na versão em português ele foi validado por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006), chamando-se de Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI).

O CTQ e o QUESI são instrumentos autoaplicáveis para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos. Ao responder, o sujeito deve graduar a frequências dos itens relacionando-os com situações que ocorreram em sua infância numa escala tipo *Likert* com cinco pontos. Os limites desses instrumentos são, justamente, por serem aplicados somente em adolescentes e adultos objetivando investigar história de violência infantil. Embora tal investigação possa auxiliar na avaliação clínica, ela não fornece dados diagnósticos em relação às consequências da violência para a vítima (Grassi-Oliveira et al., 2006).

Algumas escalas são construídas focando em um tipo de violência praticada contra a criança, como é o caso da *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS), desenvolvida por Mannarino, Cohen e Berman (1994). O instrumento é uma entrevista semiestruturada para mensurar questões específicas do abuso sexual em crianças. Ele contém 18 itens que devem ser respondidos pela criança em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 0 para “nunca” a 4 para “sempre”. Nessa escala quatro aspectos são avaliados em quatro subescalas: sentimentos de diferença com relação aos pares, confiança nas pessoas, autoatribuição dos eventos negativos (autoculpabilização pelo abuso) e percepção de credibilidade dos outros em si (Habigzang et al., 2008).

Já a Escala de Violência Psicológica (EVP) objetiva avaliar experiências vividas pelo jovem, ocorridas durante sua infância ou adolescência, em que uma pessoa significativa denegriu suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, além de cobrá-lo excessivamente. Esse

instrumento, de idioma inglês, foi desenvolvido por Pitzner e Drummond (1997) e adaptado para a versão em português por Avanci et al. (2005). Possui 18 itens e 4 possibilidades para resposta: nunca, às vezes, quase sempre e sempre. É uma escala unidimensional e suas questões estão relacionadas a aspectos de humilhação, culpa, crítica, declaração de falta de interesse, falta de elogio, agressão verbal, desencorajamento, desmerecimento, insulto com base em brincadeiras hostis, indução à descrença em si mesmo, recusa de afeto e responsabilização (Avanci et al., 2005).

A Tabela 1 descreve os instrumentos anteriormente mencionados, assim como o parecer do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) referente à autorização de seu uso no Brasil.

Tabela 1 – Instrumentos utilizados para investigar construtos considerados pela literatura como comprometimentos psicológicos decorrentes de violência.

Instrumento	Autoria	Objetivo	Aprovado pelo SATEPSI
Inventário de Depressão Infantil	Kovacs (1992)	Transtorno depressivo	Não
<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children</i>	Weissman et al. (1980)	Sintomas depressivos	Não
<i>Mood and Feelings Questionnaire e Short Mood and Feelings Questionnaire</i>	Angold e Costello (1987)	Depressão	Não
Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças	Spielberger (1970)	Transtorno de Ansiedade	Não
Escala de <i>Stresse</i> Infantil	Lipp e Lucarelli (1998)	Sintomas de estresse	Sim
Entrevista Estruturada com base no DSM IV - versão clínica	Spitzer et al. (1990)	Sintomas do TEPT	Não
<i>Child Posttraumatic Stress Reaction Index</i>	Steinberg et al. (2004)	Sintomas do TEPT	Não

<i>Trauma Inventory</i>	<i>Symptom</i>	Briere (1995)		Sintomas do TEPT complexo ou DESNOS	Não
<i>Structured Interview for Disorders of Extreme Stress</i>		Pelcovitz et al. (1997)	et	Sintomas do TEPT complexo ou DESNOS	Não
<i>Traumatic Questionnaire</i>	<i>History</i>	Green (1996)		Eventos traumáticos e intensidade de suas reações	Não
<i>Childhood Questionnaire</i>	<i>Trauma</i>	Bernstein et al. (1994)	et	Abuso físico, emocional, sexual, negligência física e emocional	Não
<i>Children's Attributions and Perceptions Scale</i>		Mannarino, Cohen e Berman (1994)	e	Abuso sexual em crianças.	Não
Escala de Violência Psicológica	Violência	Pitzner Drummond (1997)	e	Violência psicológica vivida na infância ou adolescência	Não

Esses instrumentos são utilizados para investigar história de violência infantil em adolescentes e adultos ou para avaliar algum tipo de comprometimentos psicológicos, sejam eles transtornos depressivos, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno do estresse pós-traumático complexo, distúrbio de estresse extremo não especificado, transtornos de ansiedade, traumas na infância e decorrências de tipos específicos de violência. Entretanto, não foram encontrados na literatura especializada disponível nas bases de dados pesquisadas instrumentos que tem como objetivo mensurar, conjuntamente, diferentes dimensões do comprometimento psicológico (cognitivas, afetivas, sociais e fisiológicas) em crianças vítimas de violência. Tais instrumentos poderiam garantir maior precisão nas avaliações psicológicas,

contribuindo tanto para o planejamento de intervenções necessárias quanto para a confecção de informes psicológicos como resposta a uma demanda judicial.

2.4 Associações entre violência na infância e a saúde mental na fase adulta

Estudos realizados em relação à violência infantil demonstram que essa pode originar danos reais e potenciais, a curto e longo prazo, tanto para a saúde física quanto mental, podendo afetar, inclusive, na vida adulta das crianças (Abranches & Assis, 2011; Barbosa & Pegoraro, 2008; Oliveira-Formosinho & Araújo, 2002). Os danos causados pela violência infantil a longo prazo são investigados em diversas pesquisas que relacionam comprometimentos na saúde mental de adultos à história de violência infantil sofrida por eles (Mello et al, 2009; Padovani & Williams, 2008; Zavaschi, 2003).

A relação entre violência contra a criança com psicopatologia específica na fase adulta foi estudada por Zavaschi et al. (2006). Esses autores associaram trauma psicológico na infância, incluindo violência física e sexual, exposição frequente a violência e a perda dos pais com o desenvolvimento de transtornos de humor na fase adulta. Para tanto, os autores formaram dois grupos (adultos com transtorno de humor e adultos sem transtornos de humor – grupo controle) e aplicaram a *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Como resultado, constataram maior frequência de exposição à violência durante a infância e adolescência no grupo com transtornos de humor do que no grupo controle.

Outra análise foi realizada dividindo os integrantes do grupo com transtorno de humor em dois subgrupos (episódio maníaco e episódio depressivo maior/distímia). Verificou-se que somente os adultos com episódios maníacos demonstraram taxas significativamente maiores de exposição frequente a violência. Além disso, os adultos com episódio maníaco tiveram taxas significativamente mais altas de abuso sexual do que o grupo controle. Esses resultados permitiram aos autores concluir que existe uma associação entre a violência durante a infância e transtornos de humor no adulto, principalmente para os com episódios maníacos (Zavaschi et al., 2006).

A implicação de traumas na infância para o desenvolvimento de depressão em mulheres foi estudada por Gladstone et al. (2004). Os autores realizaram sua pesquisa com 125 mulheres com transtornos depressivos com ou sem histórico de violência sexual na infância

utilizando entrevista de avaliação, questionário de autopreenchimento e análise da trajetória. Como resultado os autores apontaram que mulheres com história de violência sexual na infância relataram mais violência física e psicológica na infância e conflito parental no lar em relação às mulheres sem história de violência sexual na infância.

Tanto as mulheres com história de violência sexual quanto as sem história de violência sexual na infância apresentaram resultados semelhantes em relação à gravidade do transtorno depressivo. Entretanto, as primeiras eram mais propensas à tentativa de suicídio, comportamento de automutilação, depressão mais cedo na vida, transtorno do pânico e a sofrer violência interpessoal recentemente. Essa pesquisa indica que a presença concomitante de depressão e comportamento de automutilação em mulheres é um indicador importante da ocorrência de violência sexual na infância (Gladstone et al., 2004).

A relação entre história de trauma infantil e o desenvolvimento da esquizofrenia na fase adulta foi pesquisado por Spence et al. (2006). Para tanto, os autores formaram dois grupos, um de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e outro de pessoas sem o diagnóstico de esquizofrenia. Foram coletados dados para as histórias demográfica, psiquiátrica e de trauma de todos os participantes e em relação ao funcionamento psicossocial e sintomatologia para os participantes com diagnóstico de esquizofrenia. Os resultados desta pesquisa indicaram que a exposição a um trauma durante a infância é mais comum no grupo com diagnóstico de esquizofrenia, sendo a relação mais forte com a agressão física na infância. Além disso, apontaram que a história de trauma no grupo com diagnóstico de esquizofrenia foi significativamente relacionada à baixa capacidade de comunicação e a sintomas depressivos.

O desenvolvimento de tricotilomania⁵ (TTM) em mulheres relacionado a abuso sexual na infância foi estudado por Boughn e Holdom (2003). Os autores aplicaram uma entrevista semiestruturada em 44 mulheres com tricotilomania de 21 estados dos Estados Unidos e do Canadá. Foi solicitado a elas que descrevessem como vivem e lidam com a TTM. Do total de participantes, 40 relataram algum tipo de trauma ou violência vivida durante suas vidas e 38 relataram história de

⁵ A Tricotilomania consiste em um distúrbio caracterizado pelo comportamento recorrente de arrancar os cabelos ocasionando perda capilar perceptível (DSM-IV-TR, 2002).

violência simultânea com o início da TTM. Os traumas e violências experimentados variaram de eventos repetitivos e moderados a abusos severos, tais como violência sexual, estupro e estupro coletivo, realizados por membros da família, pessoas conhecidas e desconhecidas. Os autores concluíram que as mulheres com TTM vivenciaram um número desproporcional de eventos traumáticos ou violência na infância e que na maioria dos casos, o início da TTM foi correlacionado a episódios específicos de violência, com destaque para os conflitos familiares.

A associação entre violência infantil e fibromialgia⁶ na fase adulta foi tema de pesquisa de Walker et al. (1997). Os autores acreditavam que mulheres com fibromialgia teriam significativamente maior taxas de prevalência de violência sexual e física na fase adulta que mulheres com artrite reumatoide, da mesma forma que maiores taxas e severidade de violência física, sexual, psicológica e negligência na infância. Nesse sentido, selecionaram cuidadosamente uma amostra de 36 mulheres com fibromialgia e 33 mulheres sem fibromialgia, mas com artrite reumatoide. Em seguida, utilizaram uma combinação de métodos, composta por entrevista semiestruturada, para investigar história de violência sexual, física e psicológica, e por medidas de autorrelato para dimensionar a gravidade da violência sofrida. Os resultados encontrados indicaram que os pacientes com fibromialgia apresentam taxas mais elevadas de prevalência de todas as formas de violência, tanto na infância quanto na fase adulta, bem como uma maior gravidade da violência na infância. Nesse sentido os autores indicaram que a violência sexual, físico e emocional podem ser fatores importantes no desenvolvimento e manutenção da fibromialgia e sua associada incapacidade funcional em muitos pacientes.

Outra relação possível é entre a violência infantil e a dependência química. O uso de drogas é indicado na pesquisa de Ballon, Courbasson e Smith (2001) como um meio para lidar com o abuso físico ou sexual sofrido na infância. Tais autores investigaram essa relação em 287 jovens do sexo masculino e feminino (idade de 14 a 24 anos) que se apresentaram para receber ajuda para seus problemas com o uso de drogas. Para tanto, utilizaram uma entrevista semiestruturada que

⁶ A Fibromialgia consiste em uma síndrome reumática caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica e sítios dolorosos específicos à palpação, interferindo negativamente no desempenho das atividades diárias e na qualidade de vida do paciente fibromiálgico (Santos et al., 2006).

abordava aspectos do uso de drogas, história de violência sexual e física e estratégias de enfrentamento. Os resultados dessa pesquisa indicaram que 50% dos toxicodependentes do sexo feminino relataram terem sido abusadas sexualmente, enquanto do sexo masculino foi de 10,4%. Além disso, 50,5% dos jovens do sexo feminino tinham um histórico de violência física, enquanto entre os do sexo masculino foi de 26%. Dos toxicodependentes com histórico de violência, 64,7% dos jovens do sexo feminino e 37,9% do sexo masculino afirmaram fazer o uso de drogas para lidar com o trauma sofrido.

A história de abuso sexual na infância em mulheres vítimas de múltiplas violências na fase adulta é estudada por Alexander (2009). O autor comparou histórias de traumas de infância, características da família de origem, desregulação afetiva e características de apego de 93 mulheres vítimas de abuso único qualquer (44%) e de abusos múltiplos (56%) na idade adulta. Nelas foi administrada a *Adult Attachment Interview* e complementada com medidas de autorrelato. Os resultados dessa pesquisa indicaram que mulheres vitimizadas multiplamente são significativamente mais propensas a terem sido abusadas sexualmente na infância, testemunhado violência e experienciado inversão de papéis com seus cuidadores do que as que sofreram abuso único.

Esses e outros estudos indicam uma intensificação de pesquisas que investigam relações entre a violência perpetrada na infância e a saúde mental na fase adulta. Entretanto, são estudos específicos que relacionam a violência a apenas um único tipo de transtorno. Assim, constata-se a necessidade de métodos para investigar comprometimentos psicológicos decorrentes da violência infantil de forma mais ampla, devido ao impacto negativo que estes geram no desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança.

2.5 Informes psicológicos decorrentes de avaliação psicológica de crianças vítimas de violência

A avaliação psicológica vem se tornando um instrumento de diagnóstico científico fidedigno e válido, o que se dá pelo fato de se embasar muito mais em observar, mensurar, comprovar e validar fenômenos que em teorias específicas que visam uma explicação para a vida mental (Ferreira & Azambuja, 2011). É considerada uma das principais atribuições do psicólogo e para a sua realização são utilizadas estratégias psicológicas: métodos, técnicas e instrumentos (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2003).

A avaliação psicológica trata-se de um processo científico de coleta de dados, estudo e interpretação de informações relacionadas a fenômenos psicológicos, resultantes da relação indivíduo-sociedade (CFP, 2003). Sua realização implica em uma atitude diagnóstica do profissional e, para isso, é necessário tanto uma postura ética deste quanto a utilização de recursos técnico-científicos válidos e necessários que possibilitem estabelecer nexos na caracterização de comprometimentos psicológicos (Maciel & Cruz, 2005).

A avaliação psicológica, no contexto jurídico, tem suas especificidades, exigindo adaptação dos procedimentos metodológicos utilizados pelo psicólogo para além da compreensão do estado mental do avaliando (Rovinski, 2011). Desta forma, é comum que o psicólogo, neste contexto, seja interpelado a dimensionar decorrências psicológicas relacionadas a situações traumáticas. Como é o caso da avaliação psicológica de crianças que sofreram algum tipo de violência, em que se busca estabelecer nexos entre o evento traumático – a violência - e os comprometimentos psicológicos apresentados pelo avaliando – a criança (Maciel & Cruz, 2005). Como resultado do processo de avaliação psicológica o psicólogo pode produzir tanto o relatório quanto o laudo psicológico.

O relatório psicológico é um documento descritivo e/ou interpretativo em relação a situações ou estados psicológicos e seus determinantes históricos, sociais, políticos e culturais. Deve se basear em dados colhidos e analisados a partir de instrumentos técnicos e fundamentado pelo psicólogo em um referencial teórico-filosófico e científico (CFP, 2003). No contexto da violência infantil, o relatório psicológico permite uma compreensão mais ampla da situação na qual a crianças está envolvida, bem como das sequelas resultantes do abuso, o que pode ser relevante na decisão judicial, inclusive na fixação da pena (Granjeiro & Costa, 2008).

O laudo psicológico é um documento minucioso, conciso e abrangente que relata, analisa e integra dados coletados no processo de avaliação psicológica, objetivando apresentar um diagnóstico e/ou prognóstico, bem como auxiliar ações, decisões e encaminhamentos (CFP, 2003). É o documento final produzido em um processo de perícia e tem como objetivo subsidiar uma tomada de decisão respondendo às questões levantadas pelo seu requerente. Na avaliação psicológica pericial busca-se informar os agentes jurídicos sobre aspectos psicológicos do sujeito avaliado em relação a uma determinada demanda jurídica, servindo seus dados para subsidiar intervenções do Estado na vida desse sujeito (Rovinski, 2011). É o que acontece, por exemplo,

quando o juiz, na busca por comprovar uma denúncia de violência sexual contra uma criança, solicita ao psicólogo um laudo psicológico que responda se houve ou não tal abuso (Granjeiro & Costa, 2008).

Para auxiliar na comprovação da materialidade da denúncia de violência, o juiz poderá solicitar uma perícia. A perícia é caracterizada por um conjunto de procedimentos técnicos que visam esclarecer um fato de interesse da justiça e é realizada por um perito, ou seja, um técnico designado pela autoridade (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2009b). O trabalho da perícia com crianças que sofreram violência torna-se importante ferramenta nas mãos dos psicólogos que colocam a disposição da justiça seus conhecimentos acerca da realidade psicológica da criança, avaliam a existência de comprometimentos psicológicos nelas e, se necessário, encaminham-nas para tratamento (CFP, 2009b; Granjeiro & Costa, 2008).

Alguns autores apontam a importância dos informes psicológicos para decisões judiciais como decorrência de um trabalho interdisciplinar entre psicólogos e operadores do Direito (Granjeiro & Costa, 2008). Nesse sentido, as avaliações psicológicas, quando conduzidas adequadamente, são provas materiais que indicam para a existência ou não da violência contra a criança (Ferreira & Azambuja, 2011).

No entanto, também existem dificuldades no trabalho do psicólogo junto à justiça. Verifica-se o uso de sistemas diagnósticos e registros inapropriados pelas instituições jurídicas, policiais e de saúde, que estão em descompasso com o avanço científico e modelos atuais de diagnóstico (Cesca, 2004). Junto a isso se constata a necessidade do sistema jurídico da comprovação material nos casos de violência infantil sem lesões orgânicas compatíveis. A avaliação psicológica não fala dessa materialidade esperada por alguns juristas, tornando-se uma ferramenta descartada em certos tribunais. Ela fala de marcas que mesmo não sendo visíveis concretamente, representam comprometimentos psicológicos no desenvolvimento da criança (Silva Júnior, 2006).

Mesmo diante das diferentes aplicabilidades dadas aos informes psicológicos, de acordo com a perspectiva de cada jurista, há que se salientar que a avaliação psicológica é um instrumento de grande relevância para situação de violência infantil. Nela o psicólogo deve investigar a gravidade da violência e seu impacto sobre o funcionamento psíquico da criança (Tardivo, Pinto Junior, & Santos, 2005). Nesse sentido, os informes psicológicos são fontes ricas de informações acerca das repercussões da violência na vida da criança. Necessita-se, dessa

forma, descrição, análises e interpretações de suas informações para se compreender melhor os comprometimentos psicológicos decorrentes da violência infantil.

3. MÉTODO

3.1 Natureza, delineamento e fonte de dados

Esta pesquisa é de natureza descritiva, abordagem qualitativa e utiliza fonte de dados documental. Classifica-se como descritiva porque objetivou caracterizar comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência. Uma pesquisa descritiva é aquela que visa explicar, classificar e interpretar fenômenos, sejam pela sua ocorrência, características, natureza e/ou relação e conexão com outros fenômenos (Cervo, Bervian, & Silva, 2007). É de abordagem qualitativa porque o pesquisador busca interpretar a realidade humana e social, por meio da organização de categorias conceituais, que permite a descrição da realidade observada, a análise dos dados coletados sobre ela e sua interpretação com base em elementos teóricos (Creswell, 2007; Wolcott, 1994).

A realização desta pesquisa se deu a partir de fonte de dados documentais, mais especificamente informes de crianças vítimas de violência que foram elaborados por psicólogos. A pesquisa com base em documentos tem como objetivo descrever e comparar diferenças, tendências e outras características e estudar tanto o passado quanto a realidade presente (Cervo et al., 2007). Os documentos foram selecionados intencionalmente pela pesquisadora buscando elementos que apresentem as características desejadas à pesquisa, que são: comprometimentos psicológicos descritos por psicólogos em informes de crianças vítimas de violência. Esta pesquisa também se encontra, em relação aos seus procedimentos práticos, dentre aquelas denominadas *ex post facto*, ou seja, ela foi realizada após a ocorrência de um fato, um fenômeno, no caso, a violência perpetrada contra a criança e suas possíveis repercussões psicológicas (Santos, Molina, & Dias, 2007).

Foram fontes documentais desta pesquisa:

- a) Documento elaborado por psicólogos (extrajudiciais) do Centro de Referência de Assistência Social e do Serviço de atendimento psicológico de uma universidade privada da região oeste de Santa Catarina, a pedido da Justiça, denominado de Relatório Psicológico ou Relatório Psicossocial;
- b) Documento elaborado por psicólogo perito oficial, psicólogo perito indicado por juiz (laudo psicológico) e psicólogo assistente técnico (parecer crítico), indicado pelas partes.

Com base no levantamento das fontes primárias foram encontrados informes psicológicos resultantes de avaliação psicológica de crianças vítimas de violência a partir do ano de 2005. Desde então, e considerando o ano de 2012, foram encontrados 50 informes psicológicos.

3.2 Locais de pesquisa e critérios de inclusão

Os dados foram coletados de informes psicológicos referentes a casos de violência infantil que estão correndo na justiça em seis cidades da região oeste do Estado de Santa Catarina, nos seguintes locais:

- a) Local “a”: Fórum referência da comarca de uma cidade da região centro-oeste do Estado de Santa Catarina, que reúne processos judiciais de outros 5 municípios;
- b) Local “b”: Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) de uma cidade da região centro-oeste do Estado de Santa Catarina;
- c) Local “c”: Serviço de atendimento psicológico de uma universidade privada do oeste de Santa Catarina.

A definição dos locais de pesquisa se deu pela necessidade de acesso direto às fontes primárias, ou seja, realizar o rastreamento o mais detalhado possível dos informes elaborados por psicólogos atinentes ao objeto de estudo e ocorreu da seguinte forma:

Inicialmente, contactou-se o juiz responsável pelo Fórum (Local “a”) e o psicólogo (a) do setor de atendimento e avaliação psicológica para explicação deste projeto de pesquisa, bem como para a verificação da viabilidade de sua realização. Após a sua aprovação, realizou-se um breve levantamento dos processos judiciais que envolvem crianças vítimas de violência em diferentes varas (Criminal, da Infância e Juventude e da Família) e que contivesse laudo psicológico ou parecer crítico. Após constatar que o número de documentos era limitado, buscou-se ampliar a pesquisa para outros locais (Local “b” e Local “c”), sem perder a especificidade da pesquisa.

Como estratégia para alcançar um número maior de fontes primárias, contactou-se o responsável pelo Centro de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS de outro município (Local “b”) que não faz parte da comarca do Fórum (Local “a”), evitando assim a duplicidade de informações. O Fórum deste outro município não possui psicólogo (a) em seu quadro funcional, por isso, suas demandas são encaminhadas para o CREAS. A pesquisadora optou em fazer a busca pelos documentos diretamente no CREAS por

considerar que essa seria a forma mais ágil de se chegar até eles. Ao responsável pelo CREAS foi explicado o projeto de pesquisa e verificado a viabilidade para a sua realização. Neste local só foram analisados os relatórios psicológicos ou psicossociais de crianças vítimas de violência que faziam parte de um processo judicial.

Também como forma de ampliar o número de fontes primárias, contatou-se o responsável pelo serviço de atendimento psicológico de uma universidade privada do oeste de Santa Catarina (Local “c”). A ele foi explicado o projeto de pesquisa e verificou-se a sua viabilidade. Essa estratégia se deu por considerar que outros serviços do município que atendem crianças vítimas de violência, por não possuir psicólogo em seu quadro funcional, utilizam os serviços do SAP para suprir tal demanda. Neste local só foram analisados os relatórios psicológicos ou psicossociais de crianças vítimas de violência que faziam parte de um processo judicial.

Após ser objeto de discussão nos três locais de pesquisa e receber a aprovação para a sua realização, foi entregue a Declaração da Instituição para a autorização do responsável de cada instituição para a manipulação dos informes psicológicos. Da mesma forma, também foi entregue a Declaração de Responsabilidade do Pesquisador para todas as instituições. Este termo tem como objetivo assegurar o sigilo do pesquisador quanto aos documentos consultados e ao uso dos materiais para fins acadêmicos e publicação em eventos científicos.

Para os propósitos dessa pesquisa, foram considerados critérios de inclusão: a) crianças que sofreram algum tipo de violência e representam uma das partes no processo judicial e, b) conter no processo judicial informe psicológico referente à criança em questão.

3.3 Técnica e instrumento de coleta de dados

Nessa pesquisa foi realizada a análise documental de informes psicológicos de crianças que sofreram algum tipo de prática violenta. Na pesquisa documental utilizam-se materiais que podem ser reelaborados conforme o objetivo dela ou aqueles que ainda não receberam um tratamento analítico (Diehl & Tatim, 2004).

A análise documental foi realizada por meio da leitura dos informes psicológicos (laudo psicológico, parecer crítico, relatório psicológico e relatório psicossocial) buscando caracterizar indicadores de comprometimento psicológico nas crianças avaliadas. O uso de indicadores permite ao pesquisador não só elaborar questões e se equipar de instrumentos para acumular informações, mas também

categorizar dimensões em função da característica do conceito que ela concretiza (Laville & Dionne, 1999).

3.4 Procedimentos de coleta de dados e implicações éticas

Com a devida autorização do responsável por cada local de pesquisa para a manipulação dos informes psicológicos, a coleta de dados foi realizada em cada local em uma sala específica para a pesquisadora manipular os documentos. Dos informes psicológicos foram coletadas as seguintes informações:

- a) Dados sócio-demográficos: sexo, idade, escolaridade, cidade onde mora;
- b) Tipo de violência sofrida: violência física, sexual, psicológica, negligência;
- c) Autor da violência;
- d) Configuração da família da criança vítima de violência;
- e) Fatores de risco presentes na família da criança vítima de violência;
- f) Técnicas e instrumentos utilizados na avaliação psicológica e outras fontes de informação para a avaliação psicológica;
- g) Sinais e sintomas considerados evidências de comprometimentos psicológicos nas crianças vítimas de violência.

Quando as informações “a”, “b”, “c” e “d” não constavam nos informes psicológicos, foram buscadas em documentos anexos ao processo judicial do qual o informe faz parte.

Quanto às implicações éticas, essa pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo sua aprovação sob protocolo número 144.428, em 12/11/2012.

3.5 Tratamento e análise de dados

Os dados obtidos nos documentos – informes psicológicos – foram divididos em elementos de acordo com o conteúdo relacionado a eles. Em seguida, eles foram organizados em categorias elaboradas, previamente, dentro de planilhas no software Microsoft Office Excel 2007.

A definição das categorias seguiu o modelo categórico, ou seja, as categorias foram previamente selecionadas, ancoradas em base teórica. Essas categorias representam dimensões de comprometimentos

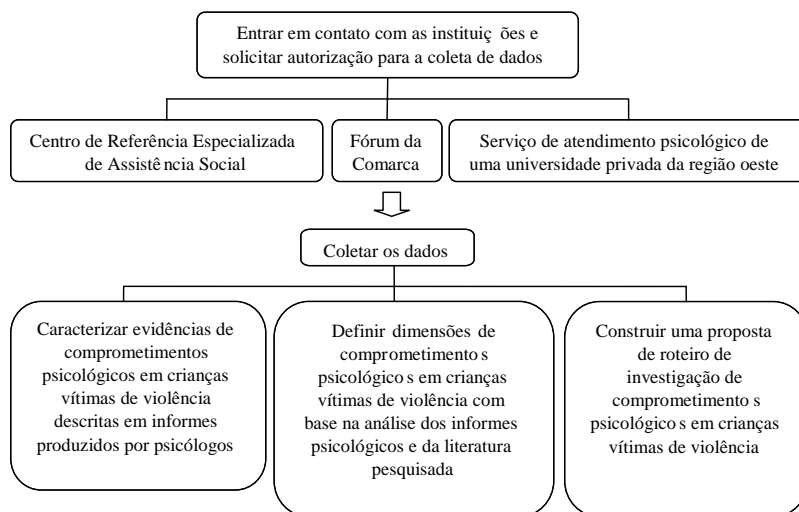
psicológicos no desenvolvimento infantil e são elas: física, afetiva, cognitiva e social (English, 2004; Gomes & Fonseca, 2005; Magalhães et al., 2009; Maciel, 2011). Ainda que partindo de categorias previamente definidas, levou-se em consideração a possibilidade de, conforme os achados, modificar, eliminar ou aperfeiçoar as categorias. As dimensões definidas para investigar comprometimentos psicológicos foram:

- a) Física: repercussões fisiológicas e comportamentais com ênfase somática;
- b) Afetiva: repercussões sentimentais, emocionais e humorais;
- c) Cognitiva: repercussões perceptivas e intelectuais;
- d) Social: repercussões adaptativas, morais e interpessoais.

Esses elementos, que foram recortados e agrupados em tais categorias, formaram as unidades de análise, ou ainda, unidades de classificação ou de registro. Essas unidades de análise representam fragmentos do conteúdo que devem ser completas em si mesmo em relação ao seu sentido (Laville & Dionne, 1999). Elas receberam tratamento estatístico de acordo com a frequência de sua ocorrência.

O processo de coleta de dados com os respectivos procedimentos são visualizados na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma referente ao procedimento de coleta de dados.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram coletados de informes psicológicos referentes a 50 crianças, com idade entre 8 meses a 17 anos, sendo 14 do sexo masculino e 36 do feminino. Esses informes fazem parte de procedimentos judiciais que correram na Justiça de 2005 a 2012, em sete cidades do centro-oeste catarinense, e dizem respeito a crianças que sofreram um ou mais tipo de violência.

Na distribuição dos casos em relação à idade das crianças, conforme consta na Tabela 2, percebe-se que a violência ocorre em todas as faixas etárias.

Tabela 2 – Distribuição da ocorrência de casos conforme a idade da criança vítima de violência descrita no informe psicológico.

Idade	Ocorrência
8 meses	1
2 anos	2
3 anos	1
4 anos	2
5 anos	3
6 anos	6
7 anos	5
8 anos	3
9 anos	2
10 anos	6
11 anos	1
12 anos	5
13 anos	5
14 anos	2
15 anos	1
16 anos	2
17 anos	3
<i>Total</i>	<i>50</i>

Neste estudo, a faixa etária das crianças vítimas de violência se concentra, principalmente, aos 6, 7, 10, 12 e 13 anos. Semelhante resultado foi encontrado por Deslandes (1994), que realizou sua pesquisa nos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Cramis), organizações não governamentais existentes em vários municípios de São Paulo. Em sua pesquisa, a faixa etária das crianças vítimas de violência foi de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos.

Há outras pesquisas, no entanto, que apontam uma concentração da violência em faixas etárias diferentes. Assis e Souza (1995) identificaram 8.000 eventos mórbidos por violência em registros de ocorrência policial que vitimaram pessoas de 0 a 19 anos no município do Rio de Janeiro, no ano de 1990, e indicaram ser o grupo de 15 a 19 anos o mais vitimizado pela violência. Maciel (2011), ao investigar, em registros processuais e clínicos no setor de Atendimento Psicológico do Instituto Médico Legal (IML) da Grande Florianópolis, crianças vítimas de violência familiar, encontrou certa predominância nas idades de 5, 10 e 11 anos. A diferença nos dados encontrados indica a importância de estudos de maior amplitude amostral para que se possa identificar se existem, de fato, faixas etárias mais suscetíveis à violência.

Embora não seja possível afirmar o motivo da predominância da violência em crianças de 6, 7, 10, 12 e 13 anos, se é porque nessas faixas etárias as crianças são mais suscetíveis a violência ou, porque nessas idades ocorre um número maior de denúncias de casos de violência, observa-se que este período é fundamental para o desenvolvimento humano saudável. É entre 5 e 7 anos que ocorre a conjunção importante dos desenvolvimentos físico, neurológico, cognitivo e socioemocional da criança, com repercussões significativas na aprendizagem e nas experiências educacionais. Esse período é marcado pela transição da criança da fase pré-escolar para a escolar. Nessa transição a criança começa a alterar seu foco da aparência para a realidade subjacente, o que pode ser observado no seu entendimento dos outros, dos relacionamentos e de si mesma, mudando de um autoconceito concreto para um mais abstrato (Bee & Boyd, 2011).

Da mesma forma, entre 10 e 12 anos ocorre a transição da fase escolar para a adolescência. Essa transição é marcada por mudanças significativas em todos os aspectos do funcionamento da criança, que está absorvendo uma série de experiências físicas, sociais e intelectuais, colocando-a em um estado mais ou menos contínuo de desequilíbrio. Neste período, o adolescente mais novo deve se separar de sua família, bem como de sua identidade de criança e iniciar a formação de uma identidade como adulto, sendo, para isso, de extrema importância o seu grupo de iguais. Desta forma, ocorre uma pressão por independência do adolescente, pela construção de uma identidade separada que, geralmente, vem acompanhada pela confrontação com seus pais (Bee & Boyd, 2011).

Esses períodos de transições comuns no desenvolvimento infantil são caracterizados por alterações em diferentes dimensões da criança, tais como físicas, cognitivas, sociais e emocionais. A criança

que sofre violência nesse período, além de ter que mobilizar seus recursos para lidar com tais alterações, tem que mobilizá-los para lidar com as repercussões da violência sofrida. Supõe-se que a demanda de recursos para esta criança seja extremamente grande, ultrapassando aquilo que ela tem disponível. Nesse sentido, é possível que essa criança apresente um quadro sintomatológico mais amplo e/ou grave, tornando mais visível as consequências da violência sobre seu desenvolvimento, quando comparadas a crianças de outras faixas etárias. Da mesma forma, é possível supor que por não possuir recursos por si só para enfrentar as situações de violência, a criança conte o que vem sofrendo para outra pessoa, com o intuito de acabar com a violência que vem sofrendo, o que reflete em um maior número de denúncias de violência nas faixas etárias encontradas nesta pesquisa.

Em relação ao sexo da criança vítima de violência, houve predominância significativa do feminino (36) em relação ao masculino (14). Esse dado vai ao encontro de Souza e Jorge (2006) ao afirmarem que crianças e adolescentes do sexo feminino são mais vitimadas pela violência não letal que o sexo masculino. Da mesma forma, o CFP (2009a) afirma que das crianças e adolescentes atendidos pelos Serviços de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual, 67% são do sexo feminino e, somente 33% do sexo masculino.

A Tabela 3 apresenta, sinteticamente, o agente agressor responsável pela violência perpetrada contra a criança. Esse dado é de extrema importância, visto que quanto maior a proximidade da relação criança/agressor, maiores são os danos da violência para a vítima (Hatzenberger, Habigzang, & Koller, 2012; Santos, Pelisoli, & Dell'Aglio, 2012)

Tabela 3 - Distribuição da ocorrência dos casos de violência infantil conforme o agente agressor.

Agente agressor	Ocorrência
Pai	14
Mãe	22
Padrasto	8
Madrasta	1
Irmão	3
Família extensa	20
Rede social	8
<i>Total</i>	<i>76</i>

Nota. O número total de ocorrências ultrapassa o número de crianças vítimas de violência descritas nos informes psicológicos em função dos agentes agressores, em alguns casos, serem múltiplos.

Todos os casos de violência tiveram como agressor alguém conhecido, do convívio da criança, com predomínio para pessoas do seu ciclo familiar, principalmente mãe, pai e padrasto (Tabela 3). O mesmo resultado foi encontrado por Bastos e Alcântara (2006) e Maciel (2009), ou seja, os agentes agressores são, principalmente, pessoas que exercem, perante essas crianças, a função de cuidadores/responsáveis. Ao invés de exercerem o cuidado, proteção e amparo, eles maltratam, abusam e desrespeitam as crianças (Alberton, 2010).

Quanto ao sexo do agressor, houve predominância para o sexo masculino (50) em relação ao feminino (26). A literatura referente aos agentes agressores e seu respectivo sexo é condizente com os resultados encontrados nessa pesquisa (Ando & Ando, 2008; Assis & Souza, 1995; Bastos & Alcântara, 2006; Habigzang & Koller, 2011; Habigzang et al. 2005). Embora no total tenha ocorrido predominância do sexo masculino, a mãe foi o agente agressor que mais se destacou na prática da violência infantil. O destaque da figura materna pode ser explicado pelo fato das mães estarem mais presentes nas rotinas da família e serem responsabilizadas pela educação e práticas disciplinares dos seus filhos (De Antoni & Koller, 2012). Além desses fatores, supõe-se que a predominância da mãe enquanto agente agressor se dê, também, pelas múltiplas jornadas de trabalho que ela cumpre, seja nos cuidados domésticos, no emprego, na educação dos filhos. Todas as essas responsabilidades podem torná-la mais susceptível ao estresse e, conseqüentemente, a prática da violência contra a criança.

Conforme mostra a Tabela 4, a configuração familiar em que a criança vive, informada nos documentos pesquisados, se mostrou bem diversificada, predominando a família nuclear (19), família recasada (14) e família mononuclear (8), fazendo parte dessa última configuração crianças que o pai faleceu (3) e que a mãe abandonou a família (1). Há, ainda, alguns casos de crianças vítimas de violência que, independente da configuração de sua família, estavam vivendo em abrigos (7). Optou-se por considerar “pais separados” como uma configuração familiar nos casos em que não foi possível obter mais informações acerca da família da criança vítima de violência, ou seja, se após a separação dos pais a criança se encontrava em uma família recasada, extensa ou mononuclear.

Tabela 4 - Distribuição da ocorrência dos casos conforme a configuração familiar da criança vítima de violência.

Configuração familiar	Ocorrência
Pais separados	4
Família mononuclear / monoparental	8
Família recasada	14
Família extensa	5
Família nuclear	19
<i>Total</i>	<i>50</i>

As configurações familiares têm sido objeto de pesquisa em diversos estudos acerca da violência infantil, buscando contextualizar onde existe a predominância desta prática. Desta forma, são considerados fatores de risco à violência infantil as famílias reconstituídas (presença de madrasta e padrasto), doenças, morte ou separação do cônjuge (Habigzang & Koller, 2011; Habigzang, et al., 2005; Mayer & Koller, 2012), tamanho da família (Mayer & Koller, 2012), relações conjugais instáveis e, inclusive, colocação em famílias substitutas ou abrigos (Bastos & Alcântara, 2006). O afastamento da família e a colocação da criança em abrigo ou a permanência desta em seu lar ainda é objeto de discussão quando se trata de violência intrafamiliar, sobre qual das opções seria a mais adequada ao bem-estar da criança e protetiva para o seu desenvolvimento (Mayer & Koller, 2012).

De qualquer forma, a configuração da família por si só não está associada ao seu funcionamento (abusivo ou não), mas sim a qualidade de suas relações familiares e interações com o seu entorno e da comunicação entre seus membros, protegendo ou precipitando a ocorrência da violência intrafamiliar (Assis & Avanci, 2006; Habigzang & Koller, 2011; Maciel, 2011; Sanchez & Minayo, 2006; Tavares, 2006).

Algumas situações vivenciadas pelas famílias das crianças vítimas de violência, tais como abuso de álcool (18), drogas (6), pobreza (11) e desemprego (4), podem ser visualizadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da ocorrência dos casos conforme situações de risco encontradas na família da criança vítima de violência.

Situações de risco	Ocorrência
Pai e/ou mãe usuário(s) de drogas	5
Irmão usuário de drogas	1
Pai e/ou mãe alcoolista	15
Avô e/ou avó alcoolista	2
Irmão alcoolista	1
Pobreza	11
Pai e/ou mãe desempregado(s)	4
<i>Total</i>	<i>39</i>

Tais situações são consideradas por diversos autores como fatores de risco (Bastos & Alcântara, 2006; Habigzang & Koller, 2011; Reichenheim, Hasselmann, & Moraes, 1999), potencializadores (Oliveira et al., 2006; Souza & Jorge, 2006; Tavares, 2006), ou facilitadores na ocorrência de violência contra crianças e adolescentes (Pedersen & Grossi, 2011). No entanto, sabe-se que, normalmente, não é a presença isolada de um desses fatores que determinará a ocorrência da violência infantil, mas a combinação desses na mesma família ao mesmo tempo aumentam a possibilidade de sua ocorrência (Bee & Boyd, 2011).

O uso de drogas lícitas e ilícitas influencia a ocorrência de situações de conflitos familiares, inclusive a violência infantil (Bee & Boyd, 2011; Deslandes, 1994; Tavares, 2006) e, nesse sentido, coloca em risco as crianças que vivem nestas famílias. Esses ambientes aumentam a probabilidade de consequências adversas para o desenvolvimento infantil, podendo, inclusive, favorecer o desencadeamento de doenças ou seu agravamento (Hutz & Silva, 2002).

O uso de álcool e drogas pelos pais ou cuidadores são indícios que apontam para a possibilidade de violência infantil, seja ela sexual (Salvagni & Lueska, 2011), ou mesmo negligência (Ando & Ando, 2008) e são utilizados como justificativa pelo agressor por ter cometido a violência contra a criança (Deslandes, 1994). Nesse sentido, quando verificado o uso de álcool e drogas pelos pais/responsáveis, é importante investigar aspectos relacionados à saúde e bem estar das crianças, inclusive a possibilidade da violência contra elas.

A pobreza e o desemprego, conforme consta na Tabela 5, são aspectos da exclusão social encontrados nessa pesquisa e que são vivenciados por muitas famílias como eventos estressores, aumentando

o risco de abuso infantil (Bee & Boyd, 2011). Em geral, esses aspectos contribuem para a vulnerabilidade da família, para a desproteção de seus membros, dentre eles as crianças e adolescentes, bem como para a precarização e deterioração de suas relações parentais e afetivas, aumentando a possibilidade da população infanto-juvenil ser vítima de algum tipo de violência (Pedersen & Grossi, 2011).

Embora não seja um fator determinante para a ocorrência da violência infantil, a pobreza produz um processo cumulativo de fragilização social, por privar comida, casa, proteção e escola a inúmeras crianças e adolescentes, acentuando as relações intrafamiliares conflituosas, favorecendo ainda mais o processo de fragilização e, conseqüentemente, a ocorrência da violência (Pedersen & Grossi, 2011). Geralmente, ambientes marcados pela pobreza são mais caóticos e as pessoas que neles convivem são mais estressadas e possuem menos recursos psicológicos e sociais (Bee & Boyd, 2011).

A falta de condições socioeconômicas e o estresse decorrente disso acarretam em pais menos tolerantes e disponíveis emocionalmente (De Antoni, 2012; Minayo, 2006). Nesse sentido, a vivência da pobreza e do desemprego no contexto familiar indica uma maior probabilidade de ocorrência da violência infantil, embora não determine que esta aconteça de fato (Habigzang & Koller, 2011; Pedersen & Grossi, 2011).

As situações de pobreza e desemprego também estão relacionadas com aquelas encontradas na denominada violência estrutural, constituída por injustiças e desigualdades sociais, econômicas e políticas (Ando & Ando, 2008; Assis & Souza, 2005; Ferreira, 2002). A violência estrutural atinge os sistemas políticos, econômicos, culturais e familiares. Conduz à opressão de indivíduos, classes, grupos e nações, sendo a eles negadas as conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que os demais ao sofrimento e à morte (Minayo, 1994). Esta contribui para o desenvolvimento da violência interpessoal nos diferentes segmentos sociais, especialmente na dinâmica familiar, atingindo profundamente a vida das famílias mais pobres pela sua exclusão social (Ferreira, 2002).

Na violência estrutural, a família como um todo e as crianças, especificamente, tem que lidar cotidianamente com as repercussões dos seus direitos humanos violados (Finkler, Santos, Obst, & Dell'Aglio, 2012). Encontram-se mal assistidas ou desassistidas, repetindo, muitas vezes, as condições de exploração/abandono das quais são vítimas, possibilitando, desta forma, a construção de ciclos de violência e histórias de transgeracionalidade da própria vivência (Costa, Carvalho,

Santa Bárbara, Santos, Gomes, & Sousa, 2007; Ferreira, 2002; Finkler et al., 2012).

A vivência da violência na infância ou adolescência não determina, por si só, que no futuro essa pessoa se torne um adulto agressor, que repita comportamentos semelhantes em seus relacionamentos. No entanto, essa vivência é uma experiência de vida tão marcante que pode se repetir e atravessar gerações. A transmissão intergeracional ou multigeracionalidade da violência refere-se, nesse sentido, a um padrão de comportamentos aprendidos na infância e reproduzidos no presente, caracterizando uma reedição do passado (Ferreira & Rocha, 2011; Santos et al., 2012).

Existem famílias que vivenciam a desagregação familiar de seus membros por inúmeras gerações. São marcadas, por exemplo, por sucessivos abandonos emocionais entre pais e filhos porque os primeiros também vivenciaram isso em relação aos seus pais. Muitos pais, em especial aqueles que sofreram abuso na infância, não conhecem outra maneira de lidar com estresse, frustração e desobediência que não seja atacando a criança de alguma forma (Bee & Boyd, 2011).

Nessas famílias verifica-se a perpetuação de conflitos familiares, visto que a ocorrência da violência em uma geração da família deixa os futuros pais vulneráveis e em risco de repetir o comportamento ou de exercer suas funções de cuidado, ao deixar contido em si o trauma vivido (Ferreira & Rocha, 2011). Nelas também se constata a naturalização da violência, que é evidenciada quando os pais abusadores tentam convencer suas vítimas de que os comportamentos agressivos paternos e/ou maternos são legítimos, naturais, necessários para o bem estar da vítima (Junqueira, 2003). É provável que esses pais nem percebam que seus comportamentos contribuem para a perpetuação da dinâmica da violência em suas famílias.

A distribuição da ocorrência dos casos de violência infantil em função do tipo de violência sofrida é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da ocorrência dos casos, do total de vítimas e seu respectivo sexo em função da violência sofrida.

Tipo de violência	Descrição das ações	Ocorrência	Total de vítimas	Sexo	
				M	F
Violência Física	Alfinetar, bater (como ou sem objetos), chutar, dar palmadas, dar socos, dar tapas no rosto, empurrar, fechar a boca com as mãos, puxar o cabelo, puxar a orelha, sacudir bruscamente, sufocar.	38	18	6	12
Violência Sexual	Beijar, realizar conversas libidinosas, incentivar o contato sexual entre irmãos, lamber, manipular a genitália da criança, passar a mão pelo corpo, estabelecer relação sexual, realizar sexo anal, realizar sexo oral, masturbar, estuprar.	67	35	7	28
Violência Psicológica	Ameaçar, chantagear, discriminar, difamar, exigir silêncio dos fatos, gritar, humilhar, isolar do convívio com pares, manipular, presenciar violência intrafamiliar, realizar atos sexuais na frente da criança, xingar.	59	29	6	23
Negligência	Abandonar, não prover as necessidades de afeto, alimentação, educação, higiene, moradia, proteção, saúde e vestuário.	86	27	10	17
Total		250	109	29	80

O tipo de violência que obteve maior ocorrência foi a negligência (86), seguido da violência sexual (67), violência psicológica (59) e violência física (38). Isso se dá porque as crianças sofreram diferentes ações dentro de uma mesma categoria de violência. Por exemplo, uma criança, vítima de violência física, sofreu inúmeras ações

do agente agressor, tais como: puxar o cabelo, puxar a orelha e dar tapa do rosto. Embora esta criança seja uma (1) vítima de violência física, ao todo ela sofreu três (3) ocorrências de ações diferentes consideradas como práticas de violência física.

O maior número de ocorrência da negligência reflete a falta de diferentes cuidados necessários à criança, a saber: afeto, alimentação, educação, higiene, moradia, proteção, saúde, vestuário, bem como o abandono. Ou seja, a criança que é negligenciada, é em relação a vários aspectos importantes para o seu desenvolvimento saudável. Esse elevado número pode se dar justamente pelo fato da negligência ser o tipo de violência que frequentemente acompanha os outros tipos (sexual, física e psicológica) (SBP, 2001).

Embora, didaticamente, existam tipos de violência conforme a natureza do ato violento, sabe-se que na prática esses tipos de violência ocorrem simultaneamente. Nesse sentido, pais acabam sendo negligentes com a saúde física e psicológica da criança quando praticam contra ela a violência física e psicológica. Da mesma forma, são negligentes aquelas mães coniventes com a violência sexual cometida por seus maridos contra os seus filhos. Isso porque não propiciam às crianças as condições básicas necessárias para o seu desenvolvimento saudável, colocando-as em situações de risco. O que se verifica é que a negligência, embora possa ocorrer isoladamente, muitas vezes está associada a outros tipos de violência, justamente pelos pais/responsáveis não prevenirem a ocorrência da violência contra seus filhos (Delfino, Biasoli-Alves, Sagim, & Venturini, 2005).

Outro motivo que explica o destaque para a negligência é o tênue limite entre os pais, intencionalmente, não suprirem as necessidades dos filhos e os pais não terem condições para isso, por viverem na pobreza. A percepção deste limite muitas vezes não é tão clara a ponto de permitir um julgamento preciso do motivo pelo qual a criança não está recebendo os cuidados necessários. Nesse sentido, é complexa a identificação de casos de negligência em famílias com dificuldades socioeconômicas, já que leva ao questionamento da existência da intencionalidade na ausência de cuidados para com a criança e, conseqüentemente, na culpabilidade dos pais/responsáveis (Carvalho, 2009). De qualquer forma, verifica-se que a identificação da negligência está relacionada ao entendimento que se tem em relação a esse tipo de violência, proporcionando ao profissional identificá-la ou não tanto isoladamente quanto concomitantemente a outros tipos de violência.

Em relação ao número de vítimas, de acordo com a categoria de violência sofrida, esse se concentra, principalmente, na violência sexual (35), seguido da violência psicológica (29), negligência (27) e violência física (18). Analisando o número total de vítimas (109) de todas as categorias de violência, percebe-se que o resultado ultrapassa o número total de informes psicológicos analisados (50). Isso se dá porque uma mesma criança acaba sendo vítima de diferentes tipos de violência concomitantemente, o que é comum encontrar na literatura sobre violência infantil (Avanci et al., 2009; Brasil, 2008; Habigzang & Koller, 2011; Pires & Miyasaki, 2005; Reichenheim, et al., 1999; SBP, 2001; Williams, 2009).

Considerando que essa pesquisa foi realizada com base na análise de informes psicológicos anexos a processos judiciais, o destaque para o maior número de vítimas de violência sexual pode ser explicado justamente pelo fato desse ser o tipo de violência que mais frequentemente chega aos tribunais, quando comparado aos demais. Um estudo realizado na Secretaria da Justiça e da Segurança do Estado do Rio Grande do Sul indica que, em 2002, foram vítimas de violência 1.400 crianças, sendo que destas, 872 (62%) foram de violência sexual. Em 2003, foram vítimas de violência 1.763 crianças e, destas, 1.166 (66,14%) foram de violência sexual. No primeiro semestre de 2004, 525 crianças foram vítimas de violência, sendo que 333 foram de violência sexual (Pfeiffer & Salvagni, 2005).

No entanto, a violência sexual também tem sido aquela que mais produziu vítimas de acordo com os dados levantados pelo Ministério da Saúde de 2006 a 2007. Dos 1.939 registros de violência contra criança, 845 foram por violência sexual e, dos 2.370 contra adolescentes, 1.335 registros foram por violência sexual (Brasil, 2008). Essas pesquisas indicam que a violência sexual é a que mais tem sido notificada em serviços de referências, unidades de urgência e emergência, bem como na Justiça.

Outros estudos indicam resultados diferentes dos apresentados nessa pesquisa em relação ao tipo de violência infantil predominante. Carvalho et al. (2009) identificaram, em 2.073 ocorrências de violência infantil, maior incidência para a violência física (64,7%), seguida pela violência psicológica (28,3%), violência sexual (16,5%) e negligência (2,8%). Já o Laboratório de Estudos da Criança – LACRI (2007) da Universidade de São Paulo apresentou dados diferentes da dimensão da violência infantil. Segundo dados estatísticos do LACRI, de 11.714 casos notificados no Brasil, 46,3% foram de negligência, seguido pela

violência física (25,1%), violência psicológica (19,5%) e violência sexual (9,0%).

Diante de dados controversos em diferentes pesquisas e, de acordo com a literatura, verifica-se que o contexto onde se investiga a prática da violência pode influenciar nos resultados quanto à predominância de um tipo de violência em detrimento de outros. Além disso, cada tipo de violência apresenta algumas particularidades que dificultam identificar se existe, de fato, um tipo de violência que produz mais vítimas.

Embora a violência sexual tenha sido predominante entre os demais tipos de violência nesta pesquisa, no Brasil, seus dados epidemiológicos são apenas parciais, visto que grande parte dos casos não são informados devido a sentimentos de vergonha, culpa, medo ou ignorância das vítimas e seus respectivos cuidadores (Scanavino, 2009). Ela é um tipo de violência de difícil suspeita e complicada confirmação. É praticada, na sua grande maioria, por pessoas com estreita relação com as vítimas e que exercem sobre estas alguma forma de poder ou dependência, o que contribui para que seja encoberta por segredos que podem envolver vizinhos, familiares e, inclusive, alguns profissionais que atendem as vítimas (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Às vezes essas pessoas não têm clareza da dinâmica da violência, o que dificulta identificar e denunciá-la.

A violência física é o tipo de violência mais facilmente identificado, inclusive pelo sistema de saúde, por geralmente deixar marcas visíveis (Ando & Ando, 2008; Reichenheim et al., 1999; Souza & Jorge, 2006) e estar associadas a alguma forma de disciplina ou punição (Mayer & Koller, 2012). Percebe-se que existe uma naturalização dessa violência quando sua finalidade é a educativa, o que dificulta o enfrentamento do problema, permitindo a sua perpetuação (Assis & Deslandes, 2006). Formas agressivas e violentas de interação são utilizadas por pais/responsáveis nos ambientes familiares visando controlar ou punir as crianças pelos seus comportamentos não aprovados (Mayer & Koller, 2012). Tal prática tem como fundamento a crença de que a punição física é a melhor maneira de colocar limites e educar uma criança (De Antoni & Koller, 2012).

A violência psicológica, pela falta de evidências imediatas, é o tipo de violência perpetrada contra a criança mais difícil de ser identificado e, com isso, acaba sendo pouco notificada (Costa et al., 2007; Habigzang & Koller, 2011). Também pela dificuldade de se identificar esta violência, torna-se difícil conhecer suas formas de manifestação e incidência dentro do contexto familiar (De Antoni,

2012). No entanto, ela está presente em todos os demais tipos de violência – física, sexual e negligência - embora também possa ocorrer isoladamente (Mayer & Koller, 2012).

As consequências da negligência, por si só, são consideradas difíceis de caracterizar e identificar. Atrelado a isso existe o fato de que em determinados locais, crianças e adolescentes são vítimas crônicas do descuido do próprio Estado, que não lhes garante condições mínimas necessárias para o crescimento e desenvolvimento saudável (Reichenheim et al., 1999).

Essas são apenas algumas particularidades de cada tipo de violência que dificultam a compreensão da sua dimensão. Existem, ainda, inconsistências teórico-metodológicas, instrumentos limitados, assim como uma escassa disponibilidade de dados nacionais referente à violência infantil (Ando & Ando, 2008; Avanci et al., 2005; Carvalho et al., 2009; Grassi-Oliveira et al., 2006; Maciel, 2011).

Em relação ao número de vítimas de violência sexual, especificamente, há uma significativa diferença entre o sexo feminino (28) em relação ao masculino (7), conforme consta na Tabela 6. A literatura é condizente com os achados desta pesquisa, indicando ser o sexo feminino aquele que apresenta um maior número de vítimas (Alberton, 2010; Brasil, 2008; Habigzang et al., 2005; Machado et al., 2005; Pfeiffer & Salvagni, 2005; Santos & Dell’Aglia, 2008).

Diferentes motivos podem explicar o maior número de denúncias de violência contra sexo feminino em relação ao masculino, tais como: meninos sentirem tanta vergonha do que sofreram que acabam se mantendo silêncio; ideia de que meninos são naturalmente garanhões e que, por isso, a violência que sofreram não é considerada enquanto tal; preconceito quando a vítima é do sexo masculino, por acreditar que homens não podem ser considerados vítimas de violência sexual (CFP, 2009a). De qualquer forma, a diferença entre o número de vítimas de violência entre os sexos demonstra a necessidade de investigar se existe predominância da violência entre meninos e meninas e quais os motivos que impedem a denúncia da violência para cada sexo.

Na Tabela 7 são descritas as técnicas e instrumentos utilizados na avaliação psicológica das crianças vítimas de violência.

Tabela 7 – Distribuição das técnicas e instrumentos citados nos informes psicológicos das crianças vítimas de violência.

Método	Ocorrência
Anamnese	8
Desenho da Dupla Educativa	1
Desenho da Família	5
Desenho da Figura Humana - DFH	2
Desenho Livre	9
Diálogo Imaginário	1
Diálogo Tradicional	1
Entrevista com familiares	39
Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem - EOCA	1
Entrevista Psicológica	43
Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - WISC III	1
Escala de Maturidade Mental Colúmbia - CMMS	2
Escala de Stress Infantil - ESI	5
Escala de Stress para Adolescentes - ESA	4
Escala de Traços de Personalidade para Crianças - ETPC	2
Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	1
Escala SNAP-IV	1
Hora de Jogo Diagnóstica	5
Instrumento de Avaliação das Habilidades Psicomotoras	1
Instrumentos Projetivos	2
Jogo	2
Observações	14
Sessões de Ludoterapia	7
Sessões Lúdicas Centrada na Aprendizagem	1
Teste das Fábulas	10
Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - MPCR	10
Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister - TPC	1
Teste de Desempenho Escolar - TDE	3
Teste não Verbal de Inteligência - G36	1
Teste não Verbal de Inteligência para Crianças - R2	9
Teste de Inteligência Geral não Verbal - TIG-NV	2
Teste Gestáltico Viso-Motor de Bender - BENDER	12

Teste não Verbal de Raciocínio para Crianças - TNVRI	1
Teste Palográfico	1
Teste Casa-Árvore-Pessoa - HTP	20

Dentre os métodos citados nos informes psicológicos para a avaliação das crianças vítimas de violência, conforme consta na Tabela 7, os mais utilizados foram: Entrevista Psicológica (43), Entrevista com Familiares (39), Teste Casa-Árvore-Pessoa - HTP (20), Observações (14) e Teste Gestáltico Viso-Motor de Bender (12). Os instrumentos utilizados nos informes psicológicos pesquisados foram bem diversificados, diferindo, inclusive, daqueles encontrados na literatura que são utilizados, também, para avaliar crianças vítimas de violência. Isso se dá, em parte, porque muitos instrumentos encontrados na literatura ainda não tem seu uso aprovado pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), conforme consta na Tabela 1, podendo apenas ser utilizados para fins de pesquisa.

O que se observa é que tanto os instrumentos citados na literatura quanto os utilizados nos informes psicológicos desta pesquisa não foram criados especificamente para investigar a violência infantil. São, na verdade, um recurso do qual se valem os psicólogos frente à escassez de instrumentos e metodologias diagnósticas específicas para a avaliação psicológica de crianças vítimas de violência. Desta forma, psicólogos fazem o uso de instrumentos para investigar a violência de forma indireta, ou seja, avaliando comportamentos e/ou sintomas que podem estar relacionados com a prática da violência, mas que não necessariamente estabelecem uma relação causal direta entre estes (Soares & Grassi-Oliveira, 2011).

Também pode ser observado que, pela deficiência de instrumentos para a avaliação mais direta de casos de violência infantil, a sua investigação envolve, muitas vezes, diversos profissionais, recursos, instrumentos, entrevistas, buscando resgatar o maior número possível de informações e provas que indiquem se a criança sofreu ou não tal violência (Soares & Grassi-Oliveira, 2011).

A entrevista psicológica foi o instrumento mais citados pelos psicólogos nos informes investigados. Esse resultado vai ao encontro do que afirma Rovinski (2009), ou seja, que a entrevista é o principal instrumento utilizado para chegar ao conhecimento de um sujeito. É considerada uma das alternativas mais eficientes para o contexto de avaliação com populações específicas, como é o caso de crianças vítimas de violência. Seu uso requer conhecimento teórico aprofundado

dos conceitos que serão investigados, bem como determinado grau de conhecimento prévio de técnicas de entrevista (Hutz & Silva, 2002; Soares & Grassi-Oliveira, 2011).

A entrevista com a criança vítima de violência, conforme orientações do CFP (2009c), deve ser conduzida de forma não diretiva e realizada em um espaço adequado, possibilitando uma conversa mais espontânea e apropriada a cada criança e respeitando sua história de vida e seu desenvolvimento. Nela procura-se respeitar o tempo e a vontade da criança em contar sobre a violência que sofreu (Silva & Carvalho, 2012). Nesse sentido, pode ser necessário mais de um encontro para a realização da entrevista, já que esse processo muitas vezes não se esgota em um único encontro (CFP, 2009c).

As perguntas, ao longo da entrevista, devem ser formuladas com muito cuidado para que não induzam respostas e contaminem as informações que a criança der, deturpando o sentido das suas falas (Silva, 2010). Os dados obtidos ao longo da entrevista possibilitam não só uma melhor avaliação de cada caso, eles auxiliam no processo terapêutico e servem de apoio em situações legais e judiciais e encaminhamentos para serviços de saúde (Habigzang et al., 2012).

Quando a entrevista é realizada no contexto jurídico, ela tem por objetivo conhecer tanto o mundo interno do avaliando quanto aspectos da sua realidade objetiva (Rovinski, 2009). Em casos de suspeita de violência, não é raro o juiz solicitar ao psicólogo que realize a entrevista de revelação. Além de confirmar a existência da situação de violência e tentar esclarecer o que está acontecendo com a criança, estão dentre seus objetivos: avaliar a possível gravidade da violência e seu impacto sobre a criança e demais membros da família, bem como avaliar o risco psicológico decorrente da violência para a criança vítima e outras crianças existentes no lar. Desta forma, em seu processo também é necessário entrevistar, além da criança, outros membros da família que podem fornecer dados importantes sobre a suposta violência (CFP, 2009c).

Quando a entrevista é realizada com os pais/responsáveis, seus objetivos são, dentre outros, investigar: danos emocionais produzidos pela violência, reações da criança e sua família, a capacidade desses pais/responsáveis de serem cuidadores da criança, o papel deste adulto em relação à criança, histórico de episódios de violência na família, como a sexualidade é abordada no meio familiar, como são estabelecidas as relações entre os membros da família, o risco de outras crianças da família também sofrerem violência, quais as situações

indicativas de ocorrência da violência na família e se a família se encontra em situações de crise (CFP, 2009c).

Já os testes psicológicos que se destacaram nesta pesquisa foram o Teste HTP, de John N. Buck, e o Teste Gestáltico Viso-Motor de Bender, de Lauretta Bender. Ambos são considerados alguns dos testes psicológicos mais ensinados a estudantes de Psicologia (Freitas & Noronha, 2005; Noronha, Beraldo & Oliveira, 2003), utilizados nos estágios de Psicologia (Pacanaro, Alves, Rabelo, Leme & Ambiel, 2011) e utilizados por psicólogos brasileiros (Noronha, 2002). Adicionado a isso, verifica-se um baixo custo para a aquisição do HTP e a facilidade para a sua aplicação (Lago & Bandeira, 2009). Isso tudo explica a escolha destes instrumentos no processo de avaliação psicológica de crianças vítimas de violência.

O Teste HTP foi avaliado pelo SATEPSI e obteve parecer favorável para o seu uso em janeiro de 2004. Ele é utilizado para compreender aspectos da personalidade da criança e a forma como ela interage com outras pessoas e com o ambiente. No HTP solicita-se a criança que desenhe uma casa, uma árvore e uma pessoa. Após elaborar o desenho, a criança responde a um inquérito com o objetivo de investigar a compreensão da criança em relação a cada desenho (Weber, 2011).

O Teste de Bender foi construído com o objetivo de avaliar a maturidade visomotora de crianças, utilizando como base os pressupostos teóricos de Bender (1955), ou seja, que é possível estabelecer o nível de maturação da função gestáltica visomotora da criança por meio da reprodução de desenhos (Luca, 2011). Ele é constituído por nove cartões na cor branca, cada um com figuras diferenciadas desenhadas na cor preta. São estímulos formados por linhas contínuas ou pontos, curvas sinuosas ou ângulos (Luca, 2011; Silva & Nunes, 2007). Orienta-se que a criança copie os desenhos dos cartões, um a um, da forma mais parecida possível com o estímulo original (Nunes, Ferreira & Lopes, 2007).

O Teste Bender possui diferentes sistemas de aplicação e interpretação dos seus resultados. Esses sistemas apresentam diferenças entre si quanto aos seus objetivos. Isso deve ser levando em consideração pelo profissional que faz o uso desse instrumento, justamente para não cometer o erro de utilizar diferentes sistemas objetivando avaliar o mesmo fenômeno (Luca, 2011; Nunes, Ferreira & Lopes, 2007). No Brasil, o único sistema que obteve parecer favorável pelo SATEPSI foi o Sistema de Pontuação Gradual (B-SPG) proposto

por Sisto, Noronha e Santos (2005), sendo aprovado seu uso em dezembro de 2005 (Nunes, Ferreira & Lopes, 2007).

Além dos métodos citados na Tabela 7, outros recursos foram utilizados no processo de avaliação psicológica das crianças vítimas de violência enquanto fontes de informações, conforme conta na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição da ocorrência de fontes de informação citadas nos informes psicológicos das crianças vítimas de violência.

Fonte de informação	Ocorrência
Consulta ao processo judicial	7
Contato com delegacia da Polícia Civil	9
Contato com abrigo	8
Contato com Conselho Tutelar	20
Contato com CRAS	2
Contato com CREAS	7
Contato com escola	24
Contato com CAPS	2
Contato com médico	11
Visita domiciliar	11

As fontes de informações mais utilizadas foram: contato com escola (24), contato com Conselho Tutelar (20), contato com médico (11) e visita domiciliar (11). A leitura dos informes psicológicos não permitiu especificar detalhadamente o que motivou o psicólogo a buscar essas fontes de informação, nem mesmo quais dados foram obtidos em cada uma delas para compor os resultados da avaliação psicológica da criança vítima de violência. De qualquer forma, verifica-se que essas fontes, oriundas de diversos contextos, foram consideradas importantes pelos psicólogos para elaborar seus documentos. Tais recursos indicam que outros contextos em que a criança está inserida podem ser fonte rica de informações. Em outras palavras, pode ser necessário coletar informações de várias áreas, tais como escolas, serviços sociais, polícia, dentre outros (Soares & Grassi-Oliveira, 2011).

Frequentemente, é no ambiente escolar que as crianças manifestam parte de seus conflitos, seja por verbalizações ou outros comportamentos. Dessa forma, a escola é considerada um espaço privilegiado para o psicólogo investigar alguns dos indicadores de comprometimentos psicológicos decorrentes da violência infantil, tais como: baixo rendimento escolar, dificuldade de concentração, estresse emocional, isolamento social, hostilidade e formas negativas de

relacionamento interpessoal (Coutinho & Sani, 2008; Assis & Avanci, 2006).

A presença isolada desses indicadores, por si só, não determina que a criança esteja sofrendo violência, visto que as alterações no comportamento da criança podem ser repercussões de outros problemas vivenciados por ela, como o divórcio de seus pais (Borsa, Souza, & Bandeira, 2011; Ferreira & Marturano, 2002). No entanto, é a combinação desses indicadores com outros investigados ao longo do processo de avaliação psicológica que comprovarão a violência contra a criança.

O fácil acesso que o professor tem às crianças e sua família pode ser utilizado como uma ferramenta para detectar abusos e sintomas físicos e emocionais comuns em casos de violência infantil (Bastos & Alcântara, 2006). No entanto, é necessário que ele esteja capacitado a identificar na criança comportamentos que indiquem que ela está passando por alguma dificuldade com reflexos no seu desenvolvimento cognitivo e/ou emocional (Bassols et al., 2011).

O contato com o Conselho Tutelar também foi considerado um recurso importante na avaliação psicológica da criança vítima de violência. Este contexto é relevante por se tratar do órgão que deve ser acionado sempre que um direito da criança ou adolescente é ameaçado ou violado. Cabe ao Conselho tomar as providências necessárias, como requisitar serviços (médico, psicológico, assistencial) para elucidar os casos que lhe foi apresentado (Bezerra, 2006), assim como adotar as medidas legais necessárias após avaliação técnica dos casos (Bastos & Alcântara, 2006). Dessa forma, antes de se instaurar um processo judicial envolvendo uma criança, o Conselho Tutelar é acionado e passa a acompanhar a criança e adolescente e sua respectiva família, o que o torna fonte de informações em relação ao caso em questão.

Considerando que a violência perpetrada contra a criança pode gerar danos à sua saúde, o contato com o médico e com o serviço de saúde como um todo se torna relevante por se tratar de um espaço privilegiado para a identificação de sinais e sintomas decorrentes da violência sofrida pela criança. O serviço de saúde deve ter caráter protetivo e de cuidado em relação às crianças vítimas de violência (Fuziwara & Fávero, 2011). A proteção integral à criança e ao adolescente representa um grande avanço para a realidade brasileira, pois reconhece ambos como parte integrante da família e da sociedade e que possuem diversos direitos que devem ser resguardados, dentre eles o da saúde, alimentação, respeito, liberdade e dignidade (Roque & Ferriani, 2002).

Nesse sentido, a equipe de saúde deve efetuar os registros necessários e estar à disposição, quando solicitada por autoridades tais como Delegacia de Polícia e Ministério Público, para subsidiar as providências legais em relação ao agressor ou mesmo opinar sobre as medidas de proteção aplicadas pelo Conselho Tutelar (Fuziwara & Fávero, 2011). Ou seja, a saúde e a justiça devem manter uma relação de interdependência harmônica para o exercício eficaz de suas tarefas. O trabalho dos profissionais da saúde gera dados importantes para a justiça e depende desta para o estabelecimento da terapêutica (Ferreira, Marczyk, & Araújo, 2011).

Nos diversos níveis de serviços de saúde, os profissionais devem estar preparados para um primeiro diagnóstico de que pode estar ocorrendo ou ter ocorrido a prática da violência contra uma criança (Bassols et al., 2011). No entanto, é necessário a capacitação e o aperfeiçoamento constante desses profissionais para o atendimento dessas vítimas e seus familiares (Bezerra, 2006; Sanchez & Minayo, 2006). É pensando nisso que o Ministério da Saúde criou um manual com normas técnicas e de rotinas de procedimentos visando orientar os profissionais da saúde, apoiando-os no diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência, assim como medidas iniciais para atendimento de proteção às vítimas e amparo a suas famílias (Brasil, 2002). A capacitação sobre violência contra a criança, tanto de médicos e outros profissionais da saúde quanto de professores e todos que possuem contato com crianças, possibilita a detecção precoce da violência e o acionamento de medidas protetivas para a criança (Bassols et al., 2011).

A visita domiciliar, um recurso utilizado como conhecimento e intervenção técnica, tem como foco os padrões de interação da família e a adaptação aos papéis de cada um, com ênfase na observação do lugar que a criança ocupa na dinâmica familiar. Tem como objetivo “compreender os fenômenos que ocorrem, na prática, na relação familiar e conhecer a organização da estrutura familiar no seu espaço próprio (...) o clima emocional do lar, a identidade psicossocial da família e sua expressão específica em um ambiente definido” (Rodrigues & Lima, 2003, p. 33). É nesse sentido que Brito (2011) afirma ser necessário não só avaliar a criança vítima de violência, mas sim sua estrutura familiar, bem como aquele que é seu suposto agressor e que faz parte da sua família.

De forma geral, percebe-se que o uso desses recursos pelos psicólogos no processo de avaliação psicológica de crianças vítimas de violência vai ao encontro do que afirma Pinheiro e Fornari (2011). De

acordo com esses autores, o trabalho do psicólogo em situações de violência contra crianças e adolescentes, independente do contexto em que trabalhe, deve se dar de forma articulada com outras áreas e campos de conhecimento e de atuação. A articulação dessas diferentes áreas é possível na medida em que cada uma respeite a especificidade de trabalho e as contribuições possíveis de cada categoria (Brito, 2011).

Além das características das crianças vítimas de violência (idade e sexo), do agressor (sexo e relação que possui com a criança), da configuração familiar e situações de risco na família, da violência sofrida pela criança (tipos e ações) e da avaliação psicológica (técnicas, instrumentos e recursos utilizados), também foram investigados evidências de comprometimentos psicológicos nas crianças avaliadas nos informes.

4.1 Comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência

A análise de conteúdo dos informes psicológicos permitiu caracterizar sinais e sintomas manifestados em crianças vítimas de violência. Esses sinais e sintomas representam dificuldades ou restrições no desenvolvimento infantil, sendo, portanto, considerados comprometimentos psicológicos. Eles foram organizados de forma sistemática, em categorias previamente definidas, representando dimensões do comprometimento psicológico no desenvolvimento infantil - física, afetiva, cognitiva e social - e são representadas pelas tabelas abaixo.

Na Tabela 9 são apresentados os comprometimentos psicológicos de dimensão física manifestos nas crianças vítimas de violência.

Tabela 9 – Distribuição de comprometimentos psicológicos de dimensão física manifestos em crianças vítimas de violência.

	Indicadores	Ocorrência
Dimensão física	Sexualidade precoce	12
	Distúrbios do sono	9
	Choro fácil	7
	Enurese	6
	Alterações no apetite	5
	Energia reduzida	4
	Instabilidade na coordenação motora	4

Os comprometimentos psicológicos encontrados na dimensão física da criança que apresentaram maior ocorrência foram: sexualidade precoce (12), distúrbios do sono (9) e choro fácil (7). Verifica-se que a sexualidade precoce predominou enquanto repercussão física da violência infantil.

O comportamento sexualizado discrepante com a idade pode ser caracterizado pela dramatização de uma relação sexual pela criança, utilizando partes do corpo de um adulto, pela reprodução de carícias de maneira erotizada, bem como pelo comportamento exibicionista (Salvagni & Lueska, 2011). Outros autores definem o comportamento sexual inapropriado com base nos seguintes aspectos: apresentar excessiva curiosidade e conhecimento sexual inapropriado para a idade; expor frequentemente seus genitais; masturbar-se compulsivamente ou em situações de exposição; utilizar objetos para se masturbar; realizar brincadeiras sexuais; apresentar comportamento sexualizado, agressivo ou sedutor; e apresentar promiscuidade e/ou contato homossexual quando na adolescência (Ferreira, Marczyk & Araújo, 2011).

Para Mayer e Koller (2012), a prática da violência contra a criança pode repercutir em consequências tardias, dentre elas estão o risco para a promiscuidade, distúrbios na sexualidade e exploração sexual. Da mesma forma, muitos jovens que iniciam precocemente suas atividades sexuais sofreram abusos e/ou negligência durante a infância (Bee & Boyd, 2011). O comportamento sexualizado é descrito como o sintoma mais frequente em casos de violência sexual perpetrada contra a criança (Bassols et al., 2011). Nesse sentido, verifica-se que a prática da violência sexual poderá trazer consequências clinicamente significativas para a criança. Em curto prazo, supõe-se que seus comportamentos sexuais inapropriados sejam indícios de prejuízo psicológico, visto ser possível a normalização de sua conduta. No entanto, em médio e longo prazo, é possível que a criança, por si só, não consiga normalizar suas condutas e desenvolva distúrbios de sexualidade, o que já é indício de dano psicológico e reprodução da violência.

Os distúrbios do sono também são consequências da violência infantil encontradas nesta pesquisa, bem como na literatura especializada (Maciel, 2011; Reichenheim et al., 1999; Salvagni & Lueska, 2011; Zavaschi, Estrella, Jardim, & Driemeier, 2011). Crianças submetidas à violência têm uma maior tendência a apresentar pesadelos, terror noturno, dentre outras alterações no sono. Logo, quando essas alterações são verificadas na criança, é necessário incluir enquanto possibilidade diagnóstica o abuso infantil.

A presença de distúrbios do sono em criança vítimas de violência é evidência de dano psicológico instalado. Isso ocorre porque a violência produz um conjunto de sinais e sintomas característicos de distúrbios de sono que desestabilizam o sistema da criança, alteram seu funcionamento e, dessa forma, prejudicam seu desenvolvimento. Dentre os critérios necessários para se caracterizar um distúrbio do sono em uma criança está que este deve causar sofrimento significativo a ela ou prejuízo no seu funcionamento em áreas importantes de sua vida e, isso, já é condição necessária para a caracterização de dano psicológico.

Silva (1998) salienta que os distúrbios de sono são fortes indicadores de violência sexual infantil. Nesses casos, a criança pode apresentar pesadelos recorrentes que versam sobre quedas, violência e rapto de crianças, ao invés da revivência do abuso sexual sofrido. Há, também, o terror noturno, que ocorre quando crianças pequenas acordam, em meio à noite, chorando e assustadas. A autora explica, ainda, que em muitos casos, o abuso sexual é praticado a noite na cama da própria criança e, por este motivo, a criança fica com medo de dormir prevenindo o próximo evento abusivo.

Outra alteração no sono encontrada em crianças vítimas de violência é a insônia, que é caracterizada tanto por ter um sono não repousante quanto pela dificuldade de iniciar ou manter o sono (DSM-IV-TR, 2002). Por não conseguir, muitas vezes, ter um sono tranquilo, as crianças acordam cansadas e apresentam dificuldades em lidar com atividades diárias, dormindo ao longo da aula ou em outros lugares onde se sintam mais seguras. Da mesma forma, a criança pode dormir em excesso, o que pode ser explicado como uma tentativa da criança de escapar da realidade vivida a partir do sono (Silva, 1998).

Também foram identificadas as seguintes repercussões físicas nas crianças citadas nos informes psicológicos: choro fácil, enurese e alterações no apetite. O choro fácil é descrito como uma alteração comum em crianças vítimas de violência (Borges & Dell'Aglio, 2012; Maciel, 2011; Mayer & Koller, 2012). Ele é apresentado, juntamente com alterações no apetite e no sono, como um sintoma depressivo em crianças (Bahls, 2002). Nesse sentido, verifica-se que, embora a violência possa gerar repercussões no desenvolvimento físico da criança, essas repercussões estão relacionadas a outras de diferentes dimensões do desenvolvimento infantil (afetiva, social e cognitiva). Elas estão integradas entre si.

A desnutrição, enurese e encoprese secundárias, hematomas e ferimentos são aspectos que podem auxiliar o médico, ao longo da anamnese e exame físico, a levantar a hipótese de negligência, maus-

tratos e abuso em relação à criança. Assim, quando uma criança já adquiriu o controle esfíncteriano e apresenta perda involuntária de urina e fezes, excluindo-se possíveis causas orgânicas, é necessário incluir dentre as possibilidades diagnósticas o abuso sexual (Zavaschi et al., 2011). O mesmo deve-se considerar para alterações importantes do apetite, mesmo que essas não preencham todos os critérios para o diagnóstico de bulimia ou anorexia nervosa (Salvagni & Lueska, 2011).

Energia reduzida e instabilidade na coordenação motora também foram encontradas, nesta pesquisa, como repercussão da violência infantil, entretanto, isso não foi constatado na literatura especializada. Supõe-se que a energia reduzida possa fazer parte de um quadro sintomatológico depressivo em crianças decorrente da violência sofrida. Já instabilidade na coordenação motora pode ser explicada pela imposição de ambientes fechados ou com precários recursos e estímulos à criança, o que ocorre principalmente nos casos de negligência infantil. Esses ambientes podem limitar o desenvolvimento das habilidades motoras da criança e trazer prejuízos para sua coordenação. De qualquer forma, verifica-se a necessidade de pesquisas que investiguem se, de fato, esses sintomas e sinais refletem indicadores de comprometimento psicológico em crianças vítimas de violência.

Os sinais e sintomas descritos na Tabela 9 – sexualidade precoce, distúrbios do sono, choro fácil, enurese, alterações no apetite, energia reduzida, instabilidade na coordenação motora – refletem os indicadores de comprometimento psicológico de dimensão física em crianças vítimas de violência encontrados nessa pesquisa e que, quando presentes em uma criança, devem suscitar uma investigação mais acurada. A presença desses indicadores pode ser observada por membros da família que convivem cotidianamente com a criança, principalmente pelos pais ou responsáveis. Isso ocorre porque é no dia-a-dia que se observa a alimentação de uma criança, características de seu sono, o controle dos seus esfíncteres, se ela está mais chorosa que o costume ou se apresenta comportamentos sexuais inapropriados para sua idade. Nesse sentido, torna-se necessário o contato com a família da criança, ao longo da avaliação psicológica, com vista a investigar esses indicadores.

Considerando que a ausência de sinais e sintomas físicos não descarta a possibilidade da criança ter sido vítima de algum tipo de violência, é necessário, também, investigar a presença de comprometimentos de ordem afetiva, conforme consta na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição de comprometimentos psicológicos de dimensão afetiva manifestos em crianças vítimas de violência.

	Indicadores	Ocorrência
Dimensão Afetiva	Medo	26
	Ansiedade	25
	Insegurança	18
	Humor depressivo	17
	Impulsividade	16
	Irritabilidade	13
	Estresse	12
	Baixa autoestima	11
	Culpa	11
	Tristeza	11
	Tendências negativistas/pessimismo	10
	Inadequação	10
	Desmotivação	9
	Desconfiança	9
	Instabilidade psíquica/emocional	9
	Tensão emocional	7
	Insensibilidade emocional	6
	Rejeição	6
	Carência afetiva	5
	Falta de calor no lar	5
Sofrimento emocional	5	
Defensividade	4	
Perturbações emocionais	4	
Preocupações	4	
Raiva	4	
Vergonha	4	

Na Tabela 10 são apresentados os comprometimentos afetivos que mais se destacaram, dentre eles: medo (26), ansiedade (25), insegurança (18), humor depressivo (17), impulsividade (16), irritabilidade (13) e estresse (12). As consequências afetivas/emocionais da violência para a criança são, geralmente, de médio e longo prazos (Reichenheim et al., 1999), o que indica a possibilidade de um dano, já que este é caracterizado por problemas psicológicos mais persistentes e duradouros.

O medo, sentimento predominante dentre as crianças vítimas de violência, é comumente vivenciado quando uma pessoa se percebe em

perigo. Ele proporciona um estado de alerta pelo receio de fazer alguma coisa, em geral por se sentir ameaçado física e psicologicamente (Silva & Carvalho, 2012). Tanto o medo quanto o sentimento de tristeza são considerados como as emoções mais frequentemente experienciadas por crianças vítimas de violência interparental (Coutinho & Sani, 2008).

O medo é despertado pela apreensão, insegurança e preocupação. As experiências de violência vivenciadas pelas crianças são desencadeadoras de reações de medo e ansiedade, o que potencializa a construção de uma visão de mundo hostil e imprevisível (Coutinho & Sani, 2008). O sentimento de medo está presente nos pensamentos da criança tanto durante o ato violento quanto após este. Está presente durante porque a criança tem medo de que ocorra um mal maior a si, caso conte o que sofreu; de ser punida ou morta; e, ainda, de que o agressor mate sua mãe. Após o ato violento a criança sente medo de que o agressor faça mal a outros, receia que tenha que ir morar em abrigo e, também, teme a polícia (Maciel, 2011).

A criança também tem medo de contar o que sofreu por pensar que talvez não acreditem nela ou que a considerem culpada (Araújo, 2002). Dessa forma, o medo contribui para que a criança mantenha segredo do que vem sofrendo, assim como outros membros da família, os quais muitas vezes têm conhecimento da situação, mas não a denunciam (Habigzang & Koller, 2011).

Quando as crianças vítimas de violência enfrentam seus medos e contam o que se passou consigo, elas sentem-se, de certa forma, aliviadas por não precisarem mais guardar segredo. No entanto, nem sempre encontram pela frente credibilidade e proteção. Às vezes podem se deparar com o descaso (Santos et al., 2012). Nessa situação, as práticas da violência podem se perpetuar por um longo período, atingindo, inclusive, as próximas gerações, principalmente quando o agressor é um membro da família imediata (Ferreira & Rocha, 2011). Supõe-se, dessa forma, que o sentimento de medo alimenta a condição de vulnerabilidade da criança, mantendo-a no ciclo violento por mais tempo. Isso pode fazer com que ela passe a apresentar cada vez mais problemas psicológicos a ponto de sair da condição de prejuízo psicológico para a de dano psicológico.

Assim como o medo, a ansiedade também predominou dentre as repercussões psicoafetivas na criança em decorrência da violência sofrida. O mesmo pode ser verificado na literatura especializada que a considera um forte indicador para a identificação de casos de violência infantil (Balista, Basso, Cocco, & Geib, 2004; Coutinho & Sani, 2008; Maciel, 2011).

A ansiedade é um estado psicofisiológico que apresenta componentes cognitivos, somáticos, comportamentais e emocionais que se combinam, criando apreensão, preocupação ou medo. Assim como o nervosismo e o medo, ela é apresentada quando alguém está preocupado e pode ser verificada por meio de diferentes sinais, tais como: gagueira, sudorese, roer unhas, umedecer e/ou morder lábios, sacudir pernas e/ou pés, mãos trêmulas e aumento da frequência urinária (Silva & Carvalho, 2012).

A insegurança é outro comprometimento psicológico em crianças vítimas de violência que se destacou nesta pesquisa. Ela é caracterizada na literatura como uma consequência importante da violência para a criança (Coutinho & Sani, 2008; Maciel, 2011; Weber, 2011). A base da insegurança é não crer em si mesmo, o que gera sentimentos de inferioridade, incapacidade e baixa autoestima, fazendo com que a pessoa necessite muito de apoio e aceitação dos outros. Pessoas inseguras tendem a duvidar de suas capacidades, temem se relacionar e se engajar em novas atividades e não acreditam em seu poder de influenciar nos acontecimentos da própria vida (Silva & Carvalho, 2012).

Os sentimentos de insegurança e inadequação, conforme a Tabela 10, apresentam uma forte similaridade entre si, no entanto, optou-se pela apresentação em separado para demonstrar como esses sentimentos são percebidos e descritos pelos profissionais na avaliação psicológica da criança vítima de violência. Ambos podem estar presentes naquelas crianças que tem seus esforços para realizar seus deveres e trabalhos de casa desvalorizados, que encontram dificuldades para usar suas habilidades e serem produtivas (Veríssimo, 2002; Carneiro, Martinelli, & Sisto, 2003). Nesse sentido, eles também são descritos como sentimentos comuns em crianças com baixa autoestima, sendo esta outra repercussão emocional que se destacou nesta pesquisa.

A estima é considerada uma das características mais importantes do ser humano (Franca & Leal, 2010). O nível de autoestima em cada criança é resultado de duas avaliações internas. A primeira está relacionada ao grau de discrepância entre aquilo que a criança gostaria de ser e aquilo que ela pensa que é. Quando essa discrepância é pequena, normalmente a criança apresenta uma autoestima alta. No entanto, quando a discrepância é grande, a autoestima da criança é muito mais baixa. A segunda avaliação está relacionada ao senso global de apoio que a criança sente das pessoas em seu entorno, principalmente dos pais e amigos (Bee & Boyd, 2011).

A pessoa que acredita em sua capacidade consegue se desenvolver e utilizar seu potencial; adquire boa saúde mental e não se surpreende com as mudanças ao longo da vida (Franca & Leal, 2010). No entanto, além de promover saúde e prevenir agravos na infância e adolescência, a autoestima também é considerada um fator desencadeador e fortemente associado a inúmeros problemas sociais e de saúde. Quando as experiências que a criança tem vêm acompanhadas de críticas excessivas, deprecições, humilhações, é provável que a opinião e o valor que ela atribui a si sejam coerentes com essas vivências negativas. É nesse contexto que a violência irá impactar a formação da autoestima da criança (Assis, Avanci, Silva, & Oliveira, 2012).

A percepção negativa da criança em relação ao ambiente, as figuras ao seu redor e como reage a elas é um indicador de autoestima rebaixada. Isso porque essas relações não oferecem apoio, são inadequadas, geram insegurança e tanto as pessoas como o ambiente são desvalorizados. Elas falam das necessidades e carências da criança nesse sentido. Da mesma forma, também é considerado um indicador de baixa autoestima o uso de defesas negativas. Ao utilizar essas defesas, a criança demonstra que não consegue lidar de maneira adequada com suas ansiedades, o que indica sentimentos de insegurança e inadequação para lidar com os estímulos externos e internos (Silva & De Villemor-Amaral, 2006).

As crianças que vivenciam rejeição, dominação, humilhação, ridicularização, abuso sexual ou punição severa, tendem a apresentar sua autoestima baixa e se sentirem rejeitadas. Isso se dá porque sob nessas circunstâncias ocorre um menor contato da criança com o afeto e o sucesso, podendo ocasionar nela submissão e passividade, ou o oposto, agressividade e dominação (Assis et al., 2012). Qualquer comportamento advindo dessas interações tende a ser disfuncional e, provavelmente, este dependerá das condições favoráveis e desfavoráveis presentes no contexto para ser mais ou menos disfuncional (Maciel, 2011). Dessa forma, a baixa autoestima é considerada uma repercussão psicológica importante em crianças que sofreram violência (De Antoni, 2012; Hatzenberger e al., 2012), demonstrando ser um forte indicador para caracterizar prejuízo ou dano psicológico.

Outra repercussão psicoafetiva encontrada na criança em decorrência da violência sofrida foi o humor depressivo, sendo este corroborado pelos achados de outras pesquisas (Maciel, 2011; Reichenheim et al., 1999; Sanchez & Minayo, 2006). É comum, em crianças que sofreram violência psicológica, a presença de humor

depressivo tão significativo a ponto de ser considerado um transtorno depressivo. Nestes casos, ele vem acompanhado de falta de apetite, cansaço crônico, baixa autoestima, alterações nos padrões do sono, irritabilidade e falta de expectativas em relação ao futuro (De Antoni, 2012). Embora a manifestação clínica da depressão seja essencialmente a mesma em crianças, adolescentes e adultos, há que se considerar que devido a características próprias de cada fase de desenvolvimento humano, existem grupos sintomatológicos predominantes para cada faixa etária.

Em crianças pré-escolares (até 6-7 anos) a manifestação mais comum da depressão se dá por meio de sintomas físicos, como dores, tontura e fadiga, seguidos por ansiedade, hiperatividade ou agitação psicomotora, fobias, diminuição do apetite, alterações no sono e irritabilidade. Também pode ocorrer enurese, encoprese, choro fácil, fisionomia triste e comunicação deficiente, embora em menor frequência. Já em crianças escolares (6-7 a 12 anos) a manifestação da depressão é relatada como tristeza, tédio e irritabilidade, apresentando os seguintes sintomas: isolamento social, baixa autoestima, queda no desempenho escolar, aparência triste, choro fácil, fadiga, apatia, ansiedade, fobias, insônia, perda de peso e desejo de morrer. Tanto em crianças escolares quanto em pré-escolares é possível observar a presença de sintomas depressivos observando os temas das fantasias, sonhos, desejos, jogos e brincadeiras, que são permeadas por conteúdos de fracasso, destruição, frustração, culpa, abandono ou perdas, excesso de autocritica e mortes (Bahls, 2002).

Em adolescentes (a partir de 12 anos), a depressão é manifestada a partir dos seguintes sintomas: irritabilidade e instabilidade; humor deprimido; perda de energia; desinteresse importante e apatia; retardo psicomotor; alterações do sono, apetite e peso; isolamento social; sentimentos de desesperança e culpa; dificuldade de concentração; prejuízo no desempenho escolar; baixa autoestima; ideias e tentativas suicidas; e problemas de comportamento, tais como abuso de álcool e de drogas (Bahls, 2002). Nesse sentido, constata-se que as fases de desenvolvimento compartilham sintomas de depressão, todavia, há algumas especificidades sintomatológicas que são exclusivas para cada fase.

Embora o humor depressivo seja um dentre diversos sinais e sintomas indicadores de comprometimento psicológico, sabe-se que a combinação deste com outros manifestados em uma mesma criança pode representar um quadro de depressão clínica. Ou seja, a combinação de diferentes comprometimentos psicológicos, manifestos nas

dimensões física, emocional, cognitiva e social, pode indicar psicopatologias em crianças vítimas de violência. Dessa forma, os indicadores de comprometimentos psicológicos podem ser tanto uma psicopatologia quanto um conjunto de indicadores que, embora se relacionem entre si, não caracteriza um quadro psicopatológico. Em ambos os casos, verifica-se que existe uma afetação no funcionamento normal da criança, trazendo dificuldades ou restrições para ela a ponto de comprometer diferentes áreas da sua vida.

Além do humor depressivo, a impulsividade também foi encontrada como uma repercussão importante da violência para a criança, da mesma forma que em outras pesquisas (Bastos & Alcântara, 2006; Salvagni & Lueska, 2011; Zavaschi et al., 2011). Ela está relacionada a uma dificuldade da criança em regular seus comportamentos, agindo sem pensar. Considerando que a prática da violência física e psicológica contra a criança pode se dar por um despreparo dos pais e/ou responsáveis em controlar seus impulsos ao lidar com os conflitos do dia-a-dia, é possível supor que a impulsividade possa ser aprendida pela criança nesta relação conflituosa que tem com seus pais.

Outro indicador de comprometimento psicoafetivo que se sobressaiu foi a irritabilidade. A irritabilidade pode ser evidenciada pela dificuldade da criança em regular suas emoções, inibir ou controlar sentimentos fortes e acalmar-se (Sani, 2003). Alguns autores fazem menção dessa repercussão na criança em decorrência da violência sofrida (De Antoni, 2012; Habigzang et al., 2012). Ela também é descrita como um quadro comum em crianças e adolescentes com transtorno depressivo (De Antoni, 2012) e de estresse pós-traumático (Borges & Dell'Aglio, 2008, 2012; Sani, 2003). Esses transtornos, por sua vez, são considerados psicopatologias que, frequentemente, afetam o desenvolvimento emocional das crianças vítimas de violência (Bassols et al., 2011; De Antoni, 2012; Ferreira, Marczyk, & Araújo, 2011; Mayer & Koller, 2012; Reichenheim et al., 1999; Sanchez & Minayo, 2006).

Além da irritabilidade, sintomas de estresse também são verificados em crianças que sofreram violência. O estresse excessivo se dá justamente pela vivência de um evento traumático pela criança, no caso, a violência, e traz consequências para o seu desenvolvimento psicológico. Ele pode se apresentar a partir de alguns sintomas psicológicos, dentre eles: ansiedade, dificuldades interpessoais, terror noturno, introversão súbita, desânimo, agressividade, insegurança, choro excessivo e depressão. É possível, também, que o estresse infantil esteja

associado à patogênese de distúrbios psicológicos, tais como: ansiedade, depressão, choro excessivo, enurese, gagueira, pesadelos, dificuldade de relacionamento, birras, comportamentos agressivos, desobediência inusitada, dificuldades escolares, uso indevido de tóxicos e insônia (Pereira & Tricoli, 2010).

Quando a criança vive em ambientes estressantes, ela tende a apresentar comportamentos correspondentes a estes, o que contribui para que os ambientes fiquem ainda mais estressantes e que ela se torne mais agressiva e irritável. Nesse sentido, ambientes familiares conturbados, com atitudes ambivalentes e pobres de reforço positivo provocam queda da autoestima e comportamento de esquiva nas crianças, repercutindo em um precário desenvolvimento social (Franca & Leal, 2010).

O sentimento de culpa, que se destacou dentre as consequências psicoafetivas, é vivenciado por inúmeras crianças vítimas de violência sexual. Ele vem, muitas vezes, atrelado a vergonha, ambos por não conseguir contar o que sofreu e permanecer sendo violentada (Santos et al., 2012). Os motivos que fundamentam o sentimento de culpa na criança são diversos. No entanto, o que há em comum entre eles é o senso de responsabilidade atribuído à criança pela violência sofrida ou mesmo pelos acontecimentos após a revelação do abuso (Silva, 1998). Ele é considerado uma das mais graves repercussões emocionais resultantes da relação abusiva, principalmente se esta foi incestuosa ou durou por um longo período (Amazarray & Koller, 1998) e, dessa forma, pode ser caracterizado como dano psicológico.

Outras repercussões psicoafetiva encontradas nos informes de crianças vítimas de violência que se sobressaíram foram: pessimismo, sentimento de inadequação e desmotivação. Essas são descritas na literatura não só como sinais e sintomas da violência (De Antoni, 2012; Habigzang et al., 2012; Maciel, 2011; Pfeiffer & Salvagni, 2005; Weber, 2011), mas da depressão em si (Bahls, 2002). De qualquer forma, são indicadores importantes para a identificação de casos de violência infantil. São sintomas

Destaca-se, ainda, como consequência psicológica da violência para a criança, a desconfiança, o que é corroborado pela literatura (Balista et al., 2004; Sanchez & Minayo, 2006). A desconfiança resulta da combinação de sentimentos que a criança nutre por seu agressor, tais como raiva, medo, ansiedade e revolta (Balista et al., 2004). Considerando que, nesta pesquisa, em geral, o agressor possuía a função de responsável pela vítima, é possível que a criança associe a construção de novos vínculos com a revivência de eventos violentos. Nesse sentido,

supõe-se que a quebra da confiança que a criança nutria por seu agressor/responsável poderá afetar o estabelecimento da confiança e credibilidade em relação a outras pessoas.

É importante ter a compreensão desse sentimento de desconfiança, inclusive, para a realização do processo de avaliação psicológica da criança vítima de violência. É preciso que o psicólogo crie um ambiente acolhedor buscando construir com o avaliando uma relação de confiança, o que muitas vezes requer tempo e paciência do profissional. Esse contexto será facilitador para a identificação das repercussões da violência para a criança.

Os indicadores citados na Tabela 10 descrevem manifestações emocionais na criança que se apresentam por meio de diferentes sentimentos, variando de uma instabilidade, uma perturbação emocional a uma insensibilidade. De qualquer forma, refletem uma dificuldade ou restrição que gera sofrimento para a criança.

Outra repercussão da violência infantil que se destacou foi a carência afetiva, referida também como falta de calor no lar, sendo que o mesmo não foi encontrado na literatura. Ambas estão relacionadas à falta, sentida pela criança, de um lar que acolha, proteja e ampare, que reconheça suas necessidades e que lhe apresente estrutura para que ela viva suas experiências de forma segura. O sentimento de ausência de calor no lar é experimentado por crianças de famílias negligentes, em que os pais/responsáveis não suprem as necessidades básicas para o desenvolvimento saudável da criança, dentre elas, as necessidades afetivas (Gomes & Fonseca, 2005).

Considera-se que a violência, nas suas diferentes formas de manifestação, seja capaz de desestabilizar o funcionamento normal da criança, fazendo com que ela sinta necessidade de um ambiente facilitador para a regulação de seu sistema. O local e as pessoas que a criança provavelmente procurará serão aqueles que lhes são seguros e familiares. No entanto, muitas práticas de violência são realizadas justamente por aqueles que deveriam proteger a criança. Quando isso ocorre, ela poderá não encontrar o suporte e amparo de que necessita para conseguir equilibrar suas emoções e sentimentos. Da mesma forma, é possível que a criança entenda como amparo as práticas violentas recebidas por seus pais/responsáveis e assim, as reproduza em suas relações a partir de comportamentos agressivos, hostis e antissociais.

Outro indicador importante de violência infantil são as preocupações nas crianças. Esse indicador já havia sido citado por Esbec (2000), da mesma forma que por Maciel (2011). Supõe-se que os conteúdos das preocupações estejam estreitamente relacionados ao

sentimento de medo. No entanto, optou-se pela apresentação dessas repercussões emocionais em separado para demonstrar como esses aspectos vêm sendo percebidos e descritos pelos psicólogos na avaliação das crianças vítimas de violência. As preocupações nas crianças são referentes: à possibilidade de sofrer mais um evento agressivo; ao que o agressor irá fazer com ela caso conte a verdade; ao que os outros vão pensar dela quando souberem da verdade ou, se irão acreditar nela; à possibilidade do agressor fazer mal a pessoas que ela ama, em especial sua mãe; à possibilidade de ir para um agrido. Ou seja, é possível que muitas de suas preocupações remetam ao medo que a criança tem de que o agressor concretize todas as ameaças que faz para mantê-la quieta.

A raiva também é um sentimento comumente referido pelas crianças que sofrem violência (Balista et al., 2004; Sanchez & Minayo, 2006) e nesta pesquisa isso não é diferente. Quando o agressor é um membro da família com quem a criança tem um vínculo afetivo, é possível afirmar que a raiva esteja associada à incompreensão da criança em relação às condutas imprevisíveis e violentas do agressor, bem como tentativas dela em repor algum grau de compreensão sobre o que sofreu (Coutinho & Sani, 2008).

Tanto a raiva como o medo são sentimentos vivenciados pela criança vítima de violência intrafamiliar, já que a relação de confiança e o vínculo afetivo que possuía com o agressor foram rompidos devido à violência cometida (Habigzang et al, 2005). Muitas vezes, a raiva é um sentimento secundário, vem após uma emoção mais intensa, como o medo e a dor. Nesses casos, a criança vítima de violência sente raiva para não ter que agir, para não ter que lidar com seus medos e dores. Essa raiva serve de substituto para a própria ação, o que é compreensível nos casos de violência intrafamiliar, já que os episódios violentos fogem do controle da criança para interrompê-los. Ao invés de enfrentar a situação violenta, de encarar a dor e sentir medo, a criança sente raiva daquele que a agrediu (Hellinger & Hövel, 2012).

A raiva e a tensão alimentadas pela criança dentro de si, ao viver em ambientes marcados por violência, irão influenciar no desenvolvimento de comportamentos agressivos, contribuindo para a repetição de ciclos da violência, ou de comportamentos defensivos (Avanci et al., 2009). A defensividade não é relatada na literatura como uma reação comum em crianças vítimas de violência, diferente de mecanismos defensivos (Pfeiffer & Salvagni, 2005). Considera-se que ambos dizem respeito aos esforços da criança em evitar pessoas, locais, atividades, sentimentos e pensamentos que tenham relação direta com a violência sofrida (Silva Júnior, 2006).

Nesse sentido, supõe-se que a criança pode apresentar tanto comportamentos defensivos adaptativos quanto desadaptativos. O primeiro representa uma reação positiva da criança frente à violência sofrida, um ajustamento dela de forma a se proteger de outras formas de violência e de maiores problemas psicológicos. O segundo estaria relacionado a uma reação negativa da criança frente à violência sofrida, um embotamento afetivo que reduziria suas experiências com a realidade e dificultaria a sua adaptação a situações adversas.

Muitos dos sentimentos descritos anteriormente como repercussões emocionais da violência na criança, tais como a raiva, culpa, medo, ansiedade, irritabilidade e tristeza, também são descritos por Habigzang et al. (2012) como alterações emocionais presentes em crianças que sofreram abuso sexual. Além desses, também é comum encontrar o sentimento de vergonha. A vergonha muitas vezes nem é percebida pelos outros devido ao silêncio e encolhimento da vítima. Ela pode ser identificada com base em alguns sintomas, dentre eles: baixar cabeça, riso nervoso, evitar contato visual, ficar ruborizado (Silva & Carvalho, 2012).

Há que se considerar que a ausência de sintomas físicos e psicológicos não pode ser considerada evidência que de não houve violência contra a criança (Silva & Carvalho, 2012). Na Tabela 11 são apresentados os comprometimentos psicológicos de dimensão cognitiva em crianças vítimas de violência.

Tabela 11 – Distribuição de comprometimento psicológico de dimensão cognitiva manifestos em crianças vítimas de violência.

	Indicadores	Ocorrência
Dimensão cognitiva	Dificuldade de aprendizagem	12
	Evitar/esquiva	9
	Baixo desempenho escolar	7
	Fantasia/Percepção de realidade particular	7
	Defasagem na percepção visomotora	6
	Hiperatividade	5
	Déficit de atenção	4
	Imaturidade cognitiva	4

Dentre os comprometimentos de dimensão cognitiva que mais se destacaram estão: dificuldade de aprendizagem (12), evitar/esquiva (9), baixo desempenho escolar (7) e fantasia/realidade particular (7). A literatura é condizente com os achados dessa pesquisa, considerando a

dificuldade de aprendizagem uma importante repercussão da violência contra a criança (Amazarray & Koller, 1998; Balista et al., 2004; Sanchez & Minayo, 2006).

A dificuldade de aprendizagem pode se dar de diferentes formas, dentre elas: na leitura, na escrita, na linguagem, na percepção espacial e no raciocínio concreto. O que se percebe, no entanto, é que a criança irá apresentar seus problemas psicológicos em diferentes contextos, que muitas vezes não estão relacionados com o local onde é comum a prática da violência, e em diferentes dimensões do seu desenvolvimento. Nesse sentido, torna-se de extrema importância o diálogo com a escola, visto se tratar de um espaço privilegiado não só para identificar a dificuldade de aprendizagem e o baixo desempenho escolar da criança, mas também para proporcionar um acompanhamento diferenciado e apoio pedagógico a ela, visando minimizar as repercussões da violência sofrida (Oliveira et al., 2006).

Uma das consequências da dificuldade de aprendizagem é o baixo desempenho escolar da criança. Este se destacou nesta pesquisa como repercussão cognitiva na criança em decorrência da violência sofrida, da mesma forma em que é descrita na literatura especializada (Bassols et al., 2011; CFP, 2009c; Habigzang & Koller, 2011; Habigzang et al., 2012). O baixo desempenho escolar é verificado em crianças de famílias hostis, que possuem pais pouco afetuosos e que rejeitam seus filhos, seja por palavras ou comportamentos. Em contrapartida, crianças de famílias afetuosas e amorosas tendem a se sair melhor na escola (Bee & Boyd, 2011). Alteração no rendimento escolar também é observada em crianças que se encontram sob estresse. Essa condição dificulta a concentração, afeta a memória e gera comportamento hiperativo e hipersensibilidade emotiva na criança (Franca & Leal, 2010).

Outra repercussão cognitiva da violência para a criança é a esquiva/evitação. A evitação é considerada uma estratégia de enfrentamento de eventos estressores. Em crianças, essa estratégia inclui tentativas cognitivas ou comportamentais de manter-se distante do estressor, tais como: tentar esquecer, deixar o tempo passar, fugir da situação, evitar o problema, afastar-se das pessoas envolvidas, ir para outro lugar (Dell'Aglio & Hutz, 2002).

Supõe-se que a esquiva/evitação funcione como uma estratégia de enfrentamento positiva adotada pela criança quando estas possuem pouco ou nenhum controle sobre a realidade vivida. Desta forma, a criança utiliza a esquiva/evitação para fugir das situações, pessoas e objetos que lhes cause sofrimento, de forma a manter sua integridade

física, psíquica e mental. Na literatura, essa evidência é descrita como um sintoma característico do transtorno de estresse pós-traumático que é frequentemente encontrado em casos de abuso sexual infantil (Borges & Dell'Aglio, 2008; Habigzang et al., 2008), sendo, então, um indicativo de dano psicológico.

No entanto, é possível que a esquiva/evitação também possa funcionar como uma estratégia de enfrentamento negativa, desadaptativa e disfuncional, visto que não há o enfrentamento e adaptação da criança a realidade. Neste caso, é possível a construção de uma realidade particular que auxiliem a criança a não entrar em contato com a realidade vivida. A fantasia também se destacou enquanto repercussão cognitiva da violência infantil, citada por Habigzang et al. (2012) como uma das alterações cognitivas possíveis de serem encontradas em crianças que sofreram violência sexual, além da baixa concentração e atenção, dissociação e crenças distorcidas.

A defasagem na percepção visomotora da criança também foi encontrado como uma repercussão da violência infantil, embora o mesmo não tenha sido constatado na literatura especializada, sugerindo a necessidade de estudos que verifiquem se, de fato, esse é um indicador importante para a identificação de comprometimentos psicológicos.

A hiperatividade e o déficit de atenção se destacaram enquanto consequências cognitivas em crianças vítimas de violência. Ambos são descritos na literatura como sintomas comuns em crianças que sofreram abuso sexual (Amazarray & Koller, 1998; Habigzang et al., 2008), que desenvolveram transtorno de estresse pós-traumático devido a violência sofrida (Habigzang, Borges, Dell'Aglio, & Koller, 2010), assim como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - TDAH (DSM-IV, 2002). No TDAH são comuns comportamentos de inquietação física e problemas em manter a atenção.

Além do déficit de atenção e da hiperatividade, as crianças vítimas de violência sexual apresentam distúrbios de aprendizado (Hatzenberger et al., 2012). Ou seja, percebe-se que existe uma forte relação entre diferentes indicadores de comprometimento psicológico desta dimensão: hiperatividade, déficit de atenção, dificuldade de aprendizagem e baixo desempenho escolar. Uma melhor compreensão dos indicadores de comprometimento psicológico em crianças decorrente da violência ocorre quando se busca relações entre os indicadores, ao invés de entendê-los isoladamente.

Por fim, a imaturidade cognitiva também se sobressaiu como repercussão da violência para a criança. Na literatura especializada isso não foi constatado. Para que uma criança desenvolva suas

potencialidades cognitivas é importante que ela esteja inserida em um ambiente facilitador, que proporcione a ela amor, cuidado, estímulos, proteção, dentre outros. Quando a criança vive em um ambiente conflituoso, permeado pela violência, não existem as condições necessárias para auxiliar em seu desenvolvimento cognitivo. Nesse sentido, supõe-se que a criança vítima de violência possa apresentar imaturidade cognitiva em decorrência dos abusos vividos.

Além de afetar a dimensão física, emocional e cognitiva, a prática da violência infantil pode trazer repercussões sociais para a criança. Desta forma, são apresentados, na Tabela 12, os comprometimentos psicológicos de ordem social em crianças vítimas de violência.

Tabela 12 – Distribuição de comprometimentos psicológicos de dimensão social manifestos em crianças vítimas de violência.

	Indicadores	Ocorrência
Dimensão social	Isolamento social	22
	Comportamentos agressivos	19
	Dificuldade no relacionamento interpessoal	14
	Hostilidade em relação ao meio	8
	Dependência	7
	Evasão escolar	6
	Comportamento antissocial	4
	Baixa capacidade de adaptação	4
	Inacessibilidade	4

Em relação à dimensão social dos comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência, essa se manifesta, principalmente, por meio de isolamento social (22), comportamentos agressivos (19), dificuldade no relacionamento interpessoal (14) e hostilidade em relação ao meio (8).

Semelhantes resultados foram apontados por Coutinho e Sani (2008) em crianças que vivenciaram violência interparental. Esses autores afirmam que no nível das interações sociais, as crianças vitimizadas apresentam comportamentos de isolamento dos pares, hostilidade interpessoal, menor disponibilidade e abertura para contatos sociais e visão negativa das interações sociais. Da mesma forma, Reichenheim et al. (1999) citam, dentre os resultados de abuso físico, sexual e emocional para a criança, a dificuldade de relacionamento,

comportamento agressivo, timidez, isolamento social progressivo e baixo desempenho social.

O isolamento social predominou dentre as repercussões sociais da violência para a criança. Considerando que as práticas de violência infantil identificadas nessa pesquisa foram realizadas por pessoas que possuíam uma relação muito próxima com a vítima, senão familiar, é possível supor que o isolamento social se dê como uma estratégia defensiva encontrada pela criança para se proteger da realidade externa. Essa realidade, geralmente, é marcada pela quebra de confiança que a criança depositava naquele que cometeu a violência contra ela. O isolamento social acaba funcionando como uma proteção contra novas frustrações. Desta forma, quando os agressores são pessoas com as quais as crianças possuíam laços de confiança, estas apresentam dificuldade em construir novos vínculos (Amazarray & Koller, 1998; Hatzemberger et al., 2012).

São diversos os estudos que citam o isolamento social como repercussão da violência sexual para a criança (Amazarray & Koller, 1998; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005). Nestes casos, a falta de vínculos de amizade pode se dar porque a criança não tolera mais o contato autêntico com outra pessoa, já que o estabelecimento dessa aproximação está associado ao abuso sexual (Pires Filho, 2007).

O comportamento agressivo, manifesto também pela hostilidade em relação ao meio e pelo comportamento antissocial, se destacou nesta pesquisa enquanto repercussão social da violência infantil, assim como na literatura especializada (Bastos & Alcântara, 2006; Zavaschi et al., 2011). As crianças podem apresentar comportamentos correlatos aos vivenciados, o que pode ser evidenciado com os dados desta pesquisa. A agressividade infantil pode estar relacionada ao fato da criança se desenvolver em um ambiente familiar agressivo, pouco afetivo, ou que utilize práticas coercivas de disciplina (Bee & Boyd, 2011). É neste ambiente que muitas crianças aprendem a se relacionar, resolver seus problemas e se comunicar com base na agressividade. É possível que a criança apresente comportamentos agressivos pela dificuldade de encontrar outras formas de comunicar-se se não a violenta.

A criança pode transportar para a sua vida social os padrões violentos vividos em casa, o que reflete na forma como ela lida com os eventos estressantes do seu cotidiano, bem como nas suas interações sociais (De Antoni & Koller, 2012; Mayer & Koller, 2012). Desta forma, quando esses aspectos não fazem parte de um transtorno de personalidade já diagnosticado previamente, eles devem ser

considerados como possíveis consequências da violência contra a criança (Salvagni & Lueska, 2011).

Outra repercussão que se destacou dentre as crianças vítimas de violência foi a dificuldade de relacionamento interpessoal. As crianças que possuem pais negligentes podem apresentar transtornos em seus relacionamentos com os iguais ou com adultos por muito tempo. Na adolescência são comuns os jovens das famílias negligentes serem mais impulsivos, antissociais e menos orientados a realização escolar (Bee & Boyd, 2011). Em crianças vítimas de violência sexual também é possível observar alterações em seu comportamento social, incluindo dificuldade de relacionamento com os pares, que se dá, em parte, pela perda da autoconfiança, tornando-se desconfiadas em relação aos outros (Amazarray & Koller, 1998; Hatzenberger et al., 2012).

Verifica-se uma interdependência entre as repercussões sociais da violência. Isolamento social, comportamentos agressivos, hostilidade em relação ao meio, comportamentos antissociais, baixa capacidade de adaptação e inacessibilidade tornam o relacionamento interpessoal da criança com os outros difícil. É neste contexto de relações conflituosas que muitas crianças apresentam dificuldade de adaptação.

A dependência se destacou como repercussão da violência para a criança. Na literatura especializada, essa repercussão não é comum em crianças, aparecendo apenas em alguns estudos pontuais. Nunes (2009) afirma que as crianças que sofrem abandono emocional tendem a apresentar uma maior dependência em relação aos adultos, sugerindo um déficit nas suas competências sociais. A violência produz na criança sentimentos de insegurança e desamparo e supõe-se que estes estejam estreitamente relacionados ao seu comportamento de dependência. Talvez a dependência funcione como uma tentativa da criança em regressar a estágios anteriores de funcionamento em que se sentia mais amparada e segura, ou em despertar em um adulto próximo um senso de proteção maior que a auxilie contra o agressor.

A evasão escolar também se sobressaiu enquanto consequência social da violência para a criança. A violência que a criança sofre em casa pode refletir na escola, seja através da dificuldade no relacionamento interpessoal ou mesmo do baixo desempenho escolar. É possível que ambos proporcionem a criança um sofrimento tão significativo a ponto de que a única saída para ela seja abandonar a escola. Há também os casos em que a evasão escolar se dá pela negligência dos pais, que se omitem em relação a um dever seus, o de matricular e garantir as condições necessárias para que a criança frequente a escola, e em relação a um direito da criança, o de estudar.

A baixa capacidade de adaptação se destacou enquanto repercussão social da violência infantil. Ela é considerada um fator de risco individual que influencia no desenvolvimento de problemas e transtornos mentais em vários níveis, já que intensifica a reação da criança a violência sofrida (Nunes, 2009). É a partir da baixa capacidade de adaptação que a criança poderá manifestar comportamentos agressivos, hostilidade em relação ao meio, comportamentos antissociais e inacessibilidade.

Verifica-se que crianças vítimas de violência podem manifestar diferentes comprometimentos psicológicos, com destaque para aqueles da dimensão emocional. Esta dimensão apresentou uma variedade significativamente maior de indicadores e estes obtiveram suas ocorrências prevalecendo em relação aos das demais dimensões – física, social e cognitiva. Tal constatação indica que é necessário muito mais que um exame clínico buscando identificar sinais visíveis da violência. Ou seja, é imprescindível que se investigue a manifestação e o grau de afetação das repercussões da violência em diferentes dimensões da criança.

Em casos de violência infantil é importante um conjunto de ações que visem garantir uma avaliação completa da criança, inclusive a avaliação psicológica. Esta deve ser capaz de mensurar o impacto da violência no desenvolvimento – físico, emocional, social e cognitivo – da criança. Para tanto, é importante ter a disposição do psicólogo uma ferramenta elaborada especificamente para auxiliá-lo no processo de investigação de comprometimentos psicológicos em crianças decorrentes da violência sofrida.

4.2 Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em criança vítimas de violência

Após caracterizar os comprometimentos psicológicos encontrados nos informes e definir dimensões de comprometimentos psicológicos (física, afetiva, cognitiva e social), elaborou-se um roteiro para auxiliar o psicólogo a investigar comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência. A construção do roteiro se deu por alguns motivos, dentre eles, pela dificuldade de se investigar comprometimentos psicológicos em suas diferentes dimensões, sem ter a disposição instrumentos específicos para isso. Ao longo da revisão da literatura e da coleta de dados verificou-se o uso de vários instrumentos para avaliar diferentes repercussões da violência infantil. Supõe-se que isso ocorra pelos profissionais não terem, à sua disposição, uma

ferramenta específica que os oriente em relação aos sinais e sintomas característicos em crianças vítimas de violência.

A falta de instrumentos específicos pode se dar justamente pela baixa produção científica em relação a danos e prejuízos psicológicos em crianças vítimas de violência. Embora se verifique uma ampla gama de pesquisas sobre as consequências imediatas da violência para a criança, o mesmo não se pode falar sobre o impacto da violência ao longo da sua vida. O que existe são estudos pontuais que investigam transtornos específicos em adultos que sofreram algum tipo de violência na infância.

O uso de instrumentos para investigar as repercussões da violência na criança, assim como o tempo utilizado para isso, podem trazer danos adicionais à criança, revitimizando-a. A revitimização é possível tanto pela ausência quanto pelo excesso de procedimentos, assim como por intervenções inadequadas (Brito, 2008). É buscando superar parte desta ausência de instrumentos e pesquisas científicas; diminuir o tempo de avaliação psicológica da criança, sem perder a qualidade do processo de diagnóstico; evitar que a criança seja revitimizada ao longo de sua avaliação que se propôs a construção de um *“Roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em criança vítimas de violência”* (ver Apêndice 3).

A construção do roteiro teve como objetivo facilitar o processo de avaliação psicológica para dimensionar as repercussões da violência na criança. O roteiro apresenta os requisitos mínimos, os elementos básicos a serem investigados na identificação e caracterização de comprometimentos psicológicos em crianças que sofreram violência. Esses elementos são alterações físicas, afetivas, cognitivas e sociais comuns em crianças que sofreram violência, que interferem negativamente na sua qualidade de vida e limitam suas atividades habituais. São considerados indicadores de comprometimentos psicológicos em crianças decorrentes da violência quando eles não existiam antes do evento desencadeante – a violência (Maciel & Cruz, 2005).

O roteiro é composto pelos seguintes itens: 1) objetivo do roteiro; 2) identificação da criança; 3) identificação da demanda, ou seja, a origem do encaminhamento e se existe um quadro clínico já diagnosticado; 4) identificação do(s) agressor(es); 5) identificação da(s) violência(s) que a criança sofreu (física, psicológica, sexual e negligência); 6) identificação de situação(ões) de risco presente(s) na família da criança vítima de violência, ou seja, situação que facilitam/potencializam a ocorrência da violência infantil; 7) descrição

dos procedimentos de avaliação utilizados pelo psicólogo (técnicas, instrumentos e outros procedimentos); 8) dados históricos relevantes em relação ao desenvolvimento físico, afetivo, cognitivo e social da criança; 9) identificação de comprometimentos psicológicos encontrados na criança vítima de violência; 10) parecer psicológicos com a percepção geral do profissional em relação ao desenvolvimento da criança; 11) conclusão com hipótese diagnóstica e prognóstica de comprometimentos psicológicos, recomendações e encaminhamentos necessários; 12) dados do psicólogo que realizou a avaliação, tais como assinatura, carimbo com CRP, local e data.

A identificação precoce, em crianças, de sinais e sintomas indicadores de comprometimento psicológico decorrentes da violência, permite: realizar uma intervenção imediata, buscando interromper os episódios de violência, caso esses ainda ocorram; encaminhar a crianças para atendimento psicológico, médico e de assistência social; acionar medidas de proteção legais cabíveis buscando a proteção da criança e garantia dos seus direitos. Um dos produtos científicos desta pesquisa foi construção do roteiro. No entanto, são necessários novos estudos para verificar a validade deste instrumento, ou seja, se ele realmente cumpre com seu objetivo de identificar elementos básicos de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência.

5. CONCLUSÃO

Para se compreender os comprometimentos psicológicos em crianças que sofreram violência, é preciso ir além de uma relação linear. São inúmeros fatores que se combinam para então produzir um prejuízo ou dano. Nesse sentido, foi necessário investigar características das vítimas, dos agressores, da violência em si, fatores de risco na família que podem ter contribuído para a prática da violência contra a criança, dinâmica familiar das vítimas e, então, as repercussões da violência para a criança.

A análise dos dados permitiu identificar 50 crianças vítimas de violência, sendo 14 do sexo masculino e 36 do feminino, com idade entre 8 meses a 17 anos, concentrando-se, principalmente, aos 6, 7, 10, 12 e 13 anos. Em relação ao agressor, houve predomínio para pessoas do ciclo familiar da criança, principalmente mãe, pai e padrasto. Quanto à configuração familiar, houve destaque para família nuclear, seguida da família recassada. Na família, foram identificadas como fatores de risco o uso de álcool e drogas, a pobreza e o desemprego.

Nesta pesquisa, o tipo de violência que produziu maior número de vítimas foi a violência sexual, seguida da violência psicológica, negligência e violência física. O destaque para a violência sexual pode ser explicado pelo contexto em que os dados foram coletados. Nesse sentido, a violência sexual tem sido o tipo de violência mais encontrado em processos judiciais, indicando que culturalmente, a impunidade desse tipo de violência não é tão tolerada quanto os demais. Enquanto que a intervenção em muitos casos de violência sexual infantil chega até as instâncias jurídicas, em outros tipos de violência - física, psicológica e negligência - a intervenção necessária ocorre por profissionais do Conselho Tutelar e da saúde, com orientação aos pais e responsáveis, visando interromper os atos violentos, sem necessariamente chegar ao sistema de justiça.

O tipo de violência que mais se destacou em ocorrência de eventos violentos foi a negligência, seguida por violência sexual, violência psicológica e violência física. Isso pode ser explicado pelo fato de que esse tipo de violência frequentemente acompanha os demais tipos. Nesse sentido, em muitos contextos familiares onde ocorre a prática da violência sexual, física e/ou psicológica existe, também, a negligência dos cuidadores em se atentar às necessidades básicas para o desenvolvimento saudável da criança. Nesse sentido, muitas crianças sofrem diferentes tipos de violência concomitantemente, da mesma

forma que sofrem diferentes ações características de um mesmo tipo de violência.

Dentre os métodos utilizados na avaliação psicológica da criança vítima de violência, houve destaque para a entrevista psicológica com a criança, entrevista com familiares, Teste HTP, observações e Teste Gestáltico Viso-Motor de Bender. Além desses métodos, também foram utilizados como recursos ao longo do processo de avaliação algumas fontes de informações, com destaque para: contato com escola, contato com Conselho Tutelar, contato com médico e visita domiciliar.

A análise de conteúdo dos informes psicológicos permitiu caracterizar evidências de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência. As evidências foram categorizadas conforme sua manifestação em alterações físicas, afetivas, cognitivas e sociais. Os comprometimentos psicológicos que se destacaram foram: sexualidade precoce, distúrbios do sono, choro fácil, enurese, medo, ansiedade, insegurança, humor depressivo, impulsividade, irritabilidade, estresse, baixa autoestima, culpa, tristeza, inadequação, desmotivação, desconfiança, instabilidade emocional, tensão emocional, insensibilidade emocional, rejeição, dificuldade de aprendizagem, evitar/esquiva, baixo desempenho escolar, fantasia/realidade particular, defasagem na percepção visomotora, isolamento social, comportamentos agressivos, dificuldade no relacionamento interpessoal, hostilidade em relação ao meio, dependência e evasão escolar.

Quando os comprometimentos psicológicos são alterações passageiras, temporárias, que causam sofrimento emocional sem que resulte na ruptura da homeostase anterior do organismo da criança, chamamos esses comprometimentos de prejuízo psicológico. Nesses casos ainda é possível a normalização da conduta da vítima após o evento traumático. No entanto, quando os comprometimentos psicológicos são perturbações persistentes, duradouras, que rompem com a homeostase anterior do organismo da criança, limitando suas atividades habituais, chamamos esses comprometimentos de danos psicológicos. Neste caso, as alterações são características de um nível patológico, transtornos graves, ruptura na personalidade, interferindo na qualidade de vida da criança, que podem diminuir com o passar do tempo, com apoio social e tratamento psicológico adequado.

Na caracterização de comprometimentos psicológicos, é importante identificar quais comportamentos foram alterados após o evento traumático e o quanto significativas foram essas alterações, ou seja, se elas são indicativas de prejuízo ou de dano psicológico. A proposta do roteiro é justamente auxiliar o psicólogo a investigar

comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência. Com o uso do roteiro é possível identificar precocemente casos de violência infantil para, em seguida, acionar os órgãos competentes e realizar a denúncia da violência, bem como encaminhar a criança para acompanhamento e tratamento necessários. Essas ações permitem intervir visando minimizar as repercussões psicológicas para a criança, na tentativa de evitar a cronificação das alterações emocionais, comportamentais, cognitivas e sociais, buscando um melhor ajustamento psicológico para ela.

REFERÊNCIAS

Abranches, C. D., & Assis, S. G. (2011). A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública*, 27 (5), 843-854.

Affonseca, S. M., & Williams, L. C. A. (n.d.). *Clubinho: intervenção psicoterapêutica com crianças vítimas ou em risco de violência física intrafamiliar*. Disponível em: http://www.ufscar.br/laprev/arquivos/publicacoes/Clubinho_Intervencao_psicoterapeutica_com_crianças_vitimas_de_violencia_fisica_intrafamiliar.pdf

Alberton, M. S. (2010). Incesto: da insustentável convivência à difícil revelação. In: M. B. Dias (coord.), *Incesto e alienação parental* (2. ed., pp. 209-232). São Paulo: Revista dos Tribunais.

Alexander, P. C. (2009). Childhood trauma, attachment, and abuse by multiple partners. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1 (1), 78-88.

Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicol. Reflex. Crit.*, 11 (3).

Ando, D. A., & Ando, N. M. (2008). Crianças e adolescentes em situação de violência: traços inquietantes da contemporaneidade. *Revista ABPP*. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos/92.htm>.

Angold, A., & Costello, E. J. (1987). *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)*. Durham: Developmental Epidemiology Program, Duke University.

Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7 (2), 3-11.

Assis, S. G., & Avanci, J. Q. (2006). Abuso Psicológico e Desenvolvimento Infantil. In: C. A. Lima (Coord.), *Violência faz mal a saúde* (pp. 59-67). Brasília: Ministério da Saúde.

Assis, S. G., Avanci, J. Q., Silva, C. M. F. P., & Oliveira, R. V. C. (2012). Violência na adolescência e formação da autoestima. In: L. F. Habigzang et al., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (80-93). Porto Alegre, Artmed.

Assis, S. G., & Deslandes, S. F. (2006). Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: C. A. Lima (Coord.), *Violência faz mal a saúde* (pp. 47-57). Brasília: Ministério da Saúde.

Assis, S. G., & Souza, E. R. (1995). Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, 71 (6), 303-312.

Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., & Pires, T. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 383-394.

Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. C. (2005). Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saúde Pública*, 39 (5), 702-708.

Azambuja, M. R. F. (2006). Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança? *Revista Virtual Textos & Contextos*, 5 (1), 1-19.

Azambuja, M. R. F. (2010). A criança vítima de violência sexual intrafamiliar: como operacionalizar as visitas? In: M. B. Dias (coord.), *Incesto e alienação parental* (2. ed., pp. 301-320). São Paulo: Revista dos Tribunais.

Azevedo, M. A., & Guerra, V. N. (2001). *Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Ed. Iglu.

Bahls, S-C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr* (Rio J), 78 (5), 359-66.

Balista, C., Basso, E., Cocco, M., & Geib, L. T. C. (2004). Representações sociais dos adolescentes acerca da violência doméstica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 06 (03), 350-357. Disponível em www.fen.ufg.br

Ballon, B. C., Courbasson, C. M., & Smith, P. D. (2001). Physical and sexual abuse issues among youths with substance use problems. *Can J Psychiatry*, 46, 617-621.

Barbosa, P. Z., & Pegoraro, R. F. (2008). Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saúde Soc.* 17 (3), 77-89.

Bassols, A. M. S., Bergmann, D. S., Falceto, O. G., & Mardini, V. (2011). A visão do psiquiatra de crianças e adolescentes na avaliação e

- no atendimento de crianças abusadas sexualmente. In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 67-78). Porto Alegre: Artmed.
- Bastos, A. C. S., & Alcântara, M. A. R. (2006). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes sujeitos à violência intrafamiliar. In: C. A. Lima (Coord.), *Violência faz mal a saúde* (pp. 87-104). Brasília: Ministério da Saúde.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento* (12. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bender, L. (1955). *Test Gestáltico Visomotor – Usos y Aplicaciones Clinicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Berkowitz, S., & Stover, C. S. (2005). *Trauma History Questionnaire Parent and Child Version*. Unpublished questionnaire. Yale Child Study Center Trauma Section, New Haven, CT.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., & Wenzel, K. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151 (8), 1132-1136.
- Bezerra, S. C. (2006). Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral. In: C. A. Lima (Coord.), *Violência faz mal a saúde* (pp. 17-22). Brasília: Ministério da Saúde.
- Biaggio, A., & Spielberger, C. D. (1983). *Inventário de ansiedade traço-estado-Idate-C Manual*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Biscegli, T. S., Arroyo, H. H., Halley, N. S., & Dotoli, G. M. (2008). Violência doméstica contra crianças: nível de conhecimento dos pais de crianças em escolas pública e privada. *Rev Paul Pediatr*; 26 (4), 365-371.
- Blanchard, J. (1996). *Sexual exploitation*. Trabalho apresentado no Congresso Against the Sexual Exploitation of Children, Brasília.
- Borges, J. L., & Dell’Aglío, D. D. (2012). Exposição ao abuso sexual infantil e suas repercussões neuropsicobiológicas. In: L. F. Habigzang et al., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 94-106). Porto Alegre, Artmed.

- Borges, J. L., & Dell’Aglío, D. D. (2008). Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, *13* (2), 371-379.
- Borsa, J. C., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicol. teor. prat.*, *13* (2), 15-29.
- Boughn, S., & Holdom, J. J. (2003). The relationship of violence and trichotillomania. *J Nurs Scholarsh.* *35* (2), 165-70.
- Bowlby, J. (1990). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (2. ed.). Rio de Janeiro: Martins Fontes.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. *Temático prevenção de violências e cultura de paz* (v. 3). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Braun S. (2002). *A violência sexual infantil na família - do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: AGE.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., & Elliott, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl*, *27*, 1205-1222.
- Brito, L. M. T. (2008). Diga-me agora... o depoimento sem dano em análise. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, *20* (2), 113-125.
- Brito, L. M. T. (2011). O papel da universidade na formação de profissionais competentes para lidar com casos de violência sexual. In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 116-126). Porto Alegre: Artmed.
- Carneiro, G. R. S., Martinelli, S. C., & Sisto, F. F. (2003). Autoconceito e dificuldades de aprendizagem na escrita. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *16* (3), 427-434.
- Carvalho, A. C. R. (2009). *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais de saúde?* (Dissertação de

Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2418

Carvalho, A. C. R., Barros, S. G., Alves, A. C., & Gurgel, C. A. (2009). Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 539-546.

Cavalcanti, A. L., & Martins, V. M. (2008). Perfil epidemiológico da criança e adolescente vítimas de violência física: estudo no departamento de medicina legal de Campina Grande/PB. *Salusvita*, 27 (3), 341-352.

Cervo, A. L., Bervian, P. A., & Silva, R. (2007). *Metodologia científica* (6. ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Cesca, T. B. (2004). O papel do psicólogo jurídico na violência intrafamiliar: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 16 (3), 41-46.

Cezar, J. A. D. (2010). A inquirição de crianças vítimas de abuso sexual em juízo. In: M. B. Dias (coord.), *Incesto e alienação parental* (2. ed., pp. 284-300). São Paulo: Revista dos Tribunais.

Chauí, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas antropológicas da mulher* (pp. 25-62). Rio de Janeiro: Zahar.

Conselho Federal de Psicologia – CFP (2003). Resolução CFP 007/2003. *Institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP 17/2002*. Acessado em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf

Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009a). *A prática profissional dos(as) psicólogos(as) nos serviços de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009b). *Falando sério sobre a escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção – propostas do Conselho Federal de Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009c). *Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo*. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2009.

Costa, M. C. O., Carvalho, R. C., Santa Bárbara, J. F. R., Santos, C. A. S. T., Gomes, W. A., Sousa, H. L. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (5), 1129-1141.

Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (1), 86–100.

Coutinho, M. J., & Sani, A. I. (2008). A experiência de vitimação de crianças acolhidas em casa de abrigo. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, Universidade Fernando Pessoa, 5, 188-201.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa – métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

De Antoni, C. (2012). Abuso emocional parental contra crianças e adolescentes. In: L. F. Habigzang et al., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 33-42). Porto Alegre, Artmed.

De Antoni, C., & Koller, S. H. (2012). Perfil da violência em famílias com história de abuso físico. In: L. F. Habigzang et al., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 43-54). Porto Alegre, Artmed.

Del Ben, C. M., Vilela, J. A., Crippa, J. A., Hallak, J. E., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da entrevista estruturada para o DSM-IV - versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (3), 156-159.

Delfino, V., Biasoli-Alves, Z. M. M., Sagim, M. B., Venturini, F. P. (2005). A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. *Texto Contexto Enferm*, 14 (Esp.), 38-46.

Dell’Aglio, D. D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia*, 11 (1), 38-45.

- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7 (1), 5-13.
- Deslandes, S. F. (1994). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (supplement 1), 177-187.
- Diehl, A. A., & Tatim, D. C. (2004). *Pesquisa em ciências sociais aplicadas – métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violento. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 4, 227-244.
- English, D. (2004). The extent and consequences of child maltreatment. Protecting Children from Abuse and Neglect. *Synopsis*, 41, 221-225.
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. In: E. Esbec, & G. Gómez-Jarabo, *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Ferreira, A. L. (2005). Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, 81 (5 Supl.), S173-S180.
- Ferreira, K. M. F. (2002). Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes – nossa realidade. In: L. M. P. Silva (org.), *Violência doméstica contra a criança e o adolescente*. Recife: EDUPE.
- Ferreira, M. H. M., & Azambuja, M. R. F. (2011). In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 48-66). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, M. C. T., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 35-44.
- Ferreira, M. H. M., & Rocha, V. (2011). Normalidade e desvios do comportamento vincular materno. In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 204-215). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, M. H. M., Marczyk, C. F., & Araújo, T. S. (2011). Laudo psicológico e psiquiátrico no abuso sexual. In: M. R. F. Azambuja, M.

H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 183-203). Porto Alegre: Artmed.

Finkler, L., Santos, S. S., Obst, J. & Dell'Aglio D. D. (2012). Crianças em situação de rua: a desproteção como forma de violência. In: L. F. Habigzang, S. H. Koller e cols., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 159-175). Porto Alegre: Artmed.

Franca, C. A., & Leal, E. Q. (2010). A influência do stress excessivo no desenvolvimento da criança. In: M. E. N. Lipp (org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (3. ed., pp. 79-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Freitas, F. A., & Noronha, A. P. P. (2005). Clínicaescola: levantamento de instrumentos utilizados no processo psicodiagnóstico. *Psicologia escolar e educacional* 9 (1), 37-46.

Fuziwara, A. S., & Fávero, E. T. (2011). A violência sexual e os direitos da criança e do adolescente. In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 35-47). Porto Alegre: Artmed.

Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry*, 161, 1417-1425.

Gomes, V. L. O., & Fonseca, A. D. (2005). Dimensões da violência contra crianças e adolescentes, apreendidas do discurso de professoras e cuidadoras. *Texto Contexto Enferm*, 14 (Esp.), 32-37.

Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Granjeiro, I. A. C. L., & Costa, L. F. (2008). O estudo psicossocial forense como subsídio para a decisão judicial na situação de abuso sexual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 161-169.

Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Pública*, 40 (2), 249-55.

- Green, B. L. (1996). Trauma history questionnaire. In: B. H. Stamm, E. M. Varra, *Measurement of stress, trauma and adaptation* (p. 366-368). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Habigzang, L. F., Corte, F. D., Hatzenberger, R., Stroehrer, F., & Koller, S. H. (2008). Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 338-344.
- Habigzang, L. F., Borges, J. L., Dell'Aglio, D. D., Koller, S. H. (2010). Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, 22 (2), 27-44.
- Habigzang, L. F., & Koller, S. (2011). Abuso sexual contra crianças e adolescentes: aspectos conceituais e estudos recentes. In: L. F. Habigzang & S. H. Koller (org.), *Intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: manual de capacitação de profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (3), 341-348.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Hatzenberger, R., Stroehrer, F. H., Cunha, R. C., & Ramos, M. S. (2012). Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. In: L. F. Habigzang et al., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 221-231). Porto Alegre: Artmed.
- Hatzenberger, R., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). Análise das percepções que meninas vítimas de violência sexual têm sobre si, os outros e o futuro – tríade cognitiva. In: L. F. Habigzang et al., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 69-79). Porto Alegre: Artmed.
- Hellinger, B. & Hövel, G. T. (2012). Constelações familiares – o reconhecimento das ordens do amor. (10. Ed.) São Paulo: Cultrix.
- Houaiss, A. (2002). *Dicionário eletrônico houaiss da língua portuguesa*. Instituto Antônio Houaiss. Editora Objetiva.

Hutz, C. S., & Silva, D. F. M. (2002). Avaliação psicológica com crianças e adolescentes em situação de risco. *Avaliação Psicológica, 1*, 73-79.

Junqueira, M. F. R. (2003). *Representação social da violência doméstica contra crianças e adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Goiás.

Kashani, J. H., Daniel, A. E., & Dandoy, A. C. (1992). Family violence: impact on children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 181-189.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Laboratório de Estudos da Criança – LACRI (2007). *A ponta do iceberg: dados de incidência e prevalência*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm>

Lago, V. M., & Bandeira, D. R. (2009). O uso de instrumentos em avaliação psicológica no contexto do direito de família. In: S. L. R. Rovinski, & R. M. Cruz (org.), *Psicologia jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção* (pp. 55-66). São Paulo: Vetor.

Lago, V. M., & Bandeira, D. R. (2008). As práticas em avaliação psicológica envolvendo disputa de guarda no Brasil. *Avaliação psicológica 7* (2), 223-234.

Landini, T. S. (2003). Pedófilo, quem és? A pedofilia na mídia impressa. *Cad. Saúde Pública, 19* (Sup. 2), S273-S282.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber – manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG.

Lipp, M. E., & Lucarelli, M. D. M. (1998). *Escala de stress infantil – ESI: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Luca, L. (2011). Teste gestáltico visomotor de Bender (B-SPG): estudo de validade em uma amostra paraibana (Dissertação de Mestrado). Universidade São Francisco, Itatiba.

Machado, A. V. (2012). A família brasileira e a violência sexual. In: M. C. N. Carvalho (coord.), *Psicologia e justiça: infância, adolescência e família* (pp. 39-63). Curitiba: Juruá Editora.

- Machado, H. B., Lueneberg, C. F., Régis, E. I., & Nunes, M. P. P. (2005). Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Texto Contexto Enferm*, 14 (Esp.), 54-63.
- Maciel, S. K. (2009). Violência psicológica contra crianças nas interações familiares. In: S. L. R. Rovinski, & R. M. Cruz (org.), *Psicologia jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção* (pp. 89-106). São Paulo: Vetor.
- Maciel, S. K. (2011). *Repercussões psicológicas em crianças vítimas de violência familiar* (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.
- Maciel, S. K., & Cruz, R. M. (2005). Dano psicológico e diagnóstico. In: R. M. Cruz, S. K. Maciel, & D. C. Ramirez (org.), *O trabalho do psicólogo no campo jurídico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Magalhães, M. L. C., Reis, J. T. L. D., Furtado, F. M., Moreira, A. M. P., Cardoso Filho, F. N. F., Carneiro, P. S. M., & Firmino, S. L. (2009). O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. *Femina*, 37 (10), 547-551.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The children's attributions and perceptions scale: a new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (2), 204-211.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR* (2002). Cláudia Dornelles (trad.) (4 ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Martins, C. B. G., & Jorge, M. H. P. M. (2010). Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm*, 19 (2), 246-55.
- Mayer, L. R., & Koller, S. H. (2012). Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica. In: L. F. Habigzang et al., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 21-32). Porto Alegre: Artmed.
- Mello, M. F., Faria, A. A., Mello, A. F., Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., Price, L. H. (2009). Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Rev Bras Psiquiatr.*, 31 (Supl II), S41-8

Michaud, Y. (1986). *La violence*. Paris: Presses Universitaires de France.

Minayo, M. C. S. (1994). A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1), 07-18.

Minayo, M. C. S. (2001, maio-ago). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. bras. saúde matern. infant.*, Recife, 1 (2), 91-102.

Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Noronha, A. P. P. (2002). Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (1). 135-142.

Noronha, A. P. P., Beraldo, F. N. & Oliveira, K. L. (2003). Instrumentos Psicológicos mais conhecidos e utilizados por estudantes e profissionais de Psicologia. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7, 47-56.

Nunes, S. I. S. C. (2009). *Indicadores de maus-tratos infantis: um estudo exploratório em crianças do 1º ciclo do Concelho de Olhão* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Faro.

Nunes, M. L. T., Ferreira, R. B., & Lopes, F. (2007). Diferentes sistemas de aplicação e interpretação do Teste Gestaltico Visomotor de Bender. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 8 (1), 41-49.

Oliveira, V. L. A., Pfeiffer, L., Ribeiro, C. R., Gonçalves, M. T., & Ruy, I. A. E. (2006). Redes de proteção: novo paradigma de atuação – experiência de Curitiba. *Violência faz mal a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 143-150.

Oliveira-Formosinho, J., & Araújo, S. B. (2002). Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 28 (2), 87-103.

Organização Mundial de Saúde – OMS (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS.

Pacano, S. V., Alves, G. A. S., Rabelo, I. S., Leme, I. F. A. S., Ambiel, R. A. M. (2011). Panorama atual dos testes psicológicos no Brasil de 2003 a 2011. In: R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacano, G. A. S. Alves, I. F. A. S. Leme, Avaliação psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Padovani, R. C., & Williams, L. C. A. (2008). Histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (3), 520-535.
- Pedersen, J. R., & Grossi, P. K. (2011). O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural. In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 25-34). Porto Alegre: Artmed.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S., & Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-17.
- Pereira, M. M. B., & Tricoli, V. A. C. (2010). A influência do meio ambiente e de práticas parentais na vulnerabilidade ao stress. In: M. E. N. Lipp (org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (3. ed.) (pp. 67-69). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81 (5), S197-S204.
- Pinheiro, L. S., & Fornari, V. L. (2011). O papel do psicólogo nos casos de violência contra a criança e o adolescente. In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 298-317). Porto Alegre: Artmed.
- Pires, A. L. D., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12 (1), 42-49.
- Pires Filho, M. F. (2007). *Violência intrafamiliar: a compreensão de psicólogos que atendem em instituições crianças do sexo masculino, vítimas de abuso sexual* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco.
- Pitzner, J. K., & Drummond, P. D. (1997). The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosom Res*, 2, 125-142.
- Pracana, S., & Santos, S. V. (2010). Depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional: caracterização e relação com

variáveis do acolhimento. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal, 721-735.

Reichenheim, M. E., Hasselmann, M. H., & Moraes, C. L. (1999). Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (1), 109-121.

Rodrigues, S. P. C. (2008). *Impacto da vitimação infantil: avaliação do ajustamento global em crianças maltratadas* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto.

Rodrigues, D. M., & Lima, H. G. D. (2003). Intervenções sistêmicas em um contexto de decisão. In: H. G. D. Lima (coord.), *Construindo caminhos para a intervenção psicossocial no contexto da Justiça* (pp. 21-44). Brasília: Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.

Roque, E. M. S. T. & Ferriani, M. G. C. (2002). Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis-SP. *Rev Latinoam Enferm.*, 10 (3), 334-344.

Rovinski, S. L. R. (2011). Avaliação psicológica no contexto jurídico. In: A. P. Noronha, N. O. Hanazumi, A. L. Francisco, S. O. Santos, A. V. V. Cruces, A. F. Barros, C. B. Angelucci, S. M. Borges, V. R. Miranda, W. A. Gama, A. C. S. Menezes (Org.). *Ano da Avaliação Psicológica - Textos geradores* (1. ed.). Brasília: Conselho Federal de Psicologia, (1), 95-101.

Rovinski, S. L. R., & Stein, L. M. (2009). In: S. L. R. Rovinski, & R. M. Cruz (org.), *Psicologia jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção* (pp. 67-74). São Paulo: Vetor.

Sanchez, R. N., & Minayo, M. C. S. (2006). Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: C. A. Lima (coord.), *Violência faz mal a saúde*. (pp. 29-38). Brasília: Ministério da Saúde.

Sani, A. I. M. (2003). *As crenças, o discurso e a ação: as construções de crianças expostas à violência interpaparental* (Tese de Doutorado). Universidade do Minho, Portugal.

Santos, A. M. B., Assumpção, A., Matsutani, L. A., Pereira, C. A. B., Lage, L. V., & Marques, A. P. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev. bras. fisioter.*, 10 (3), 317-324.

- Santos, G. R. C. M., Molina, N. L., & Dias, V. F. (2007). *Orientações e dicas práticas para trabalhos acadêmicos*. Curitiba: Editora IBPEX.
- Santos, S. S., Pelisoli, C., & Dell'Aglio, D. D. (2012). Desvendando segredos – padrões e dinâmicas familiares no abuso sexual infantil. In: L. F. Habigzang et al., *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 55-68). Porto Alegre, Artmed.
- Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 595-606.
- Salvagni, E. P., & Lueska, S. D. (2011). O pediatra diante da criança abusada. In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 291-297). Porto Alegre: Artmed.
- Scanavino, M. T. (2009). Violência sexual na infância/adolescência e risco para o HIV/aids na vida adulta. *Diagn Tratamento*. 14 (4), 165-7.
- Sharma, B. R., & Gupta, M. (2004). Child abuse in Chandigarh, India, and its implications. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 11 (5), 248-256.
- Silva, A. N. N. (1998). *Abuso sexual de crianças* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Silva, D. M. P. (2010). A ética do psicólogo jurídico em acusações de abuso sexual. In: M. B. Dias (coord.), *Incesto e alienação parental* (2. ed., pp. 262-283). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Silva, C. R. C. P., & Carvalho, M. C. N. (2012). Alterações comportamentais na escuta de crianças vítimas de violência sexual em audiência de instrução e julgamento. In: M. C. N. Carvalho (coord.), *Psicologia e justiça: infância, adolescência e família* (pp. 177-201). Curitiba: Juruá Editora.
- Silva, M. F. X., & De Villemor-Amaral, A. E. (2006). A auto-estima no CAT-A e HTP: estudo de evidência de validade. *Aval. psicol. [online]*, 5 (2), 205-215. ISSN 2175-3431.
- Silva, R. B. F. & Nunes, M. L. T. (2007). Teste Gestáltico Visomotor Bender: revendo sua história. *Avaliação Psicológica*, 6 (1), 77-88.

Silva Júnior, A. P. (2006). Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília.

Sisto, F. F., Noronha, A. P. P., & Santos, A. A. A. (2006). *Bender - Sistema de Pontuação Gradual B-SPG*. São Paulo: Vetor.

Soares, S. C., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Instrumentos de avaliação do abuso sexual na infância. In: M. R. F. Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 162-182). Porto Alegre: Artmed.

Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2001). Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Justiça. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Souza, E. R., & Jorge, M. H. P. M. (2006). Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: C. A. Lima (coord.), *Violência faz mal a saúde* (pp. 23-28). Brasília: Ministério da Saúde.

Spence, W., Mulholland, C., Lynch, G., McHugh, S., Dempster, M., & Shannon, C. (2006). Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (3), 7-22.

Spitzer, R. L., Williams, J. R., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *Structured clinical interview for DSM-III-R - patient edition (SCID-P, version 1.0)*. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1-124.

Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Curr Psychiatry Rep.*, 6 (2), 96-100.

Stover, C. S., Hahn, H., Im, J. J. Y., & Berkowitz, S. (2010). Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the early aftermath of a traumatic event. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2 (3) 159-168.

Tardivo, L. S. P. C., Pinto Junior, A. A., & Santos, M. R. (2005). Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por

meio do Teste das Fábulas de Düss. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6 (1), 59-66.

Tavares, M. L. (2006). Abordagem da violência intrafamiliar no Programa Saúde da Família. In: C. A. Lima et al. (org.), *Violência faz mal a saúde* (pp. 205-217). Brasília: Ministério da Saúde.

Van der Kolk, B., & Pelcovitz, D. (1999). Clinical applications of the structured interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *NC-PTSD Clinical Quarterly*, 8 (2), 21-40.

Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial* (Erik Erikson). Porto: Faculdade de Medicina do Porto.

Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., & Katon, W. J. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59, 572-577.

Weber, A. J. (2011). *Características de personalidade de crianças vítimas de violência doméstica*. IV Jornada de pesquisa em Psicologia – desafios atuais nas práticas da Psicologia. UNISC, Santa Cruz do Sul.

Weissman, M., Ovaschell, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning: self report scales. *Journal of Nervous And Mental Disease*, 168, 736-740.

Williams, L. C. A. (2009). Introdução ao estudo do abuso sexual infantil e análise do fenômeno no município de São Carlos. In: L. C. A. Williams (org.), *Prevenção do abuso sexual infantil: em enfoque interdisciplinar* (pp. 21-40). Curitiba: Juruá Editora.

Wolcott, H. T. (1994). *Transforming qualitative data: description, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Zaluar, A. (1999). Violência e crime. In: *O que ler na ciência social brasileira* (v.1) – Antropologia. São Paulo: Editora Sumaré/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Zavaschi, M. L. S. (2003). *Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Zavaschi, M. L. S., Estrella, C., Jardim, F. C., & Driemeier, F. M. (2011). A avaliação da criança vítima de violência sexual. In: M. R. F.

Azambuja, M. H. M. Ferreira e cols., *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 136-149). Porto Alegre: Artmed.

Zavaschi, M. L. S., Graeff, M. E., Menegassi, M. T., Mardini, V., Pires, D. W. S., Carvalho, R. H., Rohde, L. A., & Eizi, C. L. (2006). Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 28 (3), 184-190.

Zlotnick, C., & Pearlstein, T. (1997). Validation of the structured interview for Disorders of Extreme Stress. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 243–247.

APÊNDICES

Apêndice 1

Declaração da Instituição

Apêndice 2

Declaração de Responsabilidade dos Pesquisadores

Apêndice 3

**Roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em
criança vítimas de violência**

APÊNDICE 1**TIMBRE DA INSTITUIÇÃO****DECLARAÇÃO (responsável pela instituição)**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência”**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Cidade, /...../.....

ASSINATURA
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DECLARAÇÃO

Declaro que no desenvolvimento do projeto de pesquisa, “*Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência*”, cumprirei os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Cidade, / / 2012.

Roberto Moraes Cruz
(Pesquisador Responsável/Orientador)

Viviane Schultz Foerster da Silva
(Pesquisadora Principal/Orientanda)

APÊNDICE 3

ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DE COMPROMETIMENTOS PSICOLÓGICOS EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Esse roteiro é resultado da caracterização de evidências de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência e definição de dimensões desses comprometimentos. É o resultado final do projeto de dissertação “*Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência*” da Mestranda Viviane Schultz Foerster da Silva, com orientação do Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz. Esse roteiro não passou por um processo de validação.

1. Objetivo do roteiro

Identificar elementos básicos de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência

2. Identificação da criança

Nome:		
Idade (<i>anos e meses</i>):	Data de Nascimento: ___/___/_____	Sexo: 1- <i>Masc.</i> 2 – <i>Fem.</i>
Filiação: <i>Mãe:</i> <i>Pai:</i>		
Escola:	Ano de escolarização:	
Informante (s):	Telefone (s) para contato:	
Responsável (is) legal (is):	Telefone (s) para contato:	

3. Identificação da demanda

Origem do encaminhamento:
Quadro clínico: <i>Diagnósticos e intervenções / acompanhamentos anteriores e atuais</i>

4. Identificação do(s) agressor(es)

<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> mãe
<input type="checkbox"/> padrasto	<input type="checkbox"/> madrasta
<input type="checkbox"/> irmão	<input type="checkbox"/> irmã
<input type="checkbox"/> avô	<input type="checkbox"/> avó
<input type="checkbox"/> tio	<input type="checkbox"/> tia
<input type="checkbox"/> primo(a)	<input type="checkbox"/> amigo(a)
<input type="checkbox"/> vizinho(a)	<input type="checkbox"/> membro da rede social
<input type="checkbox"/> outro membro da família extensa	<input type="checkbox"/> desconhecido
Observações em relação ao(s) agressor(es):	

5. Identificação da(s) violência(s)

Descreva as ações que a criança sofreu em cada tipo de violência.

Tipos de Violência	Ações comuns	Ações identificadas
Violência física	Bater (com ou sem objetos): chutar; dar palmadas, socos, tapas; empurrar; puxar o cabelo, a orelha; sacudir bruscamente; sufocar.	
Violência psicológica	Restringir movimentos; chantagear; discriminar; xingar; intimidar; expor ao ridículo; ameaçar; rejeitar; difamar; gritar; humilhar; denegrir; manipular; isolar do convívio com pares.	
Violência sexual	Realizar ato sexual (com ou sem uso da força), contato sexual (com ou sem penetração), conversa sexualizada; exhibir-se de forma intencional e não natural; acariciar; seduzir; beijar; lambar.	
Negligência	Omitir-se em relação à saúde, educação, alimentação, moradia, afeto, higiene, proteção, vestuário e supervisão adequada para a idade da criança. Abandonar.	

6. Identificação de situação(ões) de risco(s) na família

Situações de risco são aquelas que facilitam/potencializam a ocorrência de violência, que aumentam a possibilidade da criança sofrer algum tipo de violência.

Assinale as situações de risco encontradas no(s) ambiente(s) familiar(es) em que a criança vive.

<input type="checkbox"/> pobreza	<input type="checkbox"/> doenças
<input type="checkbox"/> miséria	<input type="checkbox"/> morte
<input type="checkbox"/> desemprego	<input type="checkbox"/> separação
<input type="checkbox"/> drogas	<input type="checkbox"/> relações conjugais instáveis
<input type="checkbox"/> álcool	<input type="checkbox"/> outros: _____

7. Descrição dos procedimentos de avaliação

Períodos ou sessões de avaliação:	Participantes:
Técnicas e instrumentos	Objetivos
1. Anamnese	<i>Realizar um levantamento detalhado da história clínica e de desenvolvimento da criança, tais como: sono, alimentação, peso, enurese, encoprese, sexualidade.</i>
2. Entrevista com criança	<i>Descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais e sistêmicos, a possível gravidade da violência e seu impacto sobre a criança.</i>
3. Entrevista com familiares	<i>Avaliar aspectos da dinâmica, estrutura e funcionamento familiar, tais como: impacto da violência para os membros da família, risco psicológico decorrente da violência para a criança vítima e outras crianças existentes no lar, reações da criança e sua família, capacidade dos pais/responsáveis de serem cuidadores da criança, papel do adulto em relação à criança, histórico de episódios de violência na família, como a sexualidade é abordada no meio familiar, risco de outras crianças da família também sofrerem violência, situações indicativas de ocorrência da violência na família, práticas educativas utilizadas pelos pais/responsáveis, fatores de risco e proteção na família.</i>

4. Observações	<i>Obervar aspectos relacionais da criança e sua família, sinais físicos e comportamentais consequentes da violência sofrida pela criança, o lugar que a criança ocupa na dinâmica familiar.</i>
5. Instrumento(s) de investigação de personalidade	<i>Avaliar como a criança interage com outras pessoas e com o ambiente, avaliar traços e dinâmica da personalidade, tais como: estabilidade emocional, atitude, valores, interesse, sociabilidade.</i>
6. Instrumento(s) de investigação da ansiedade	<i>Avaliar estado ou traço de ansiedade; sinais e sintomas de ansiedade (sentimentos de tensão, preocupação e apreensão); estresse pós-traumático (re-experienciação do evento traumático, esquiva de estímulos associados com o trauma, excitabilidade aumentada, culpa, controle dos impulsos e comportamentos regressivos), estresse agudo, fobias e demais transtornos de ansiedade.</i>
7. Instrumento(s) de investigação da depressão	<i>Detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo, avaliar sinais e sintomas depressivos, tais como: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono.</i>
8. Instrumento(s) de investigação de aspectos cognitivos	<i>Avaliar padrões de pensamento, níveis de raciocínio, organização das ideias.</i>
9. Instrumento(s) de investigação de capacidade e aptidão intelectual	<i>Avaliar a inteligência como um todo, o potencial para aprender, habilidades psicomotoras (percepção visomotora, destreza manual, precisão e agilidade nos movimentos), desempenho acadêmico (grau de eficiência na realização de uma tarefa, conhecimento adquirido em relação aos pares), aspectos neuropsicológicos (disfunções cerebrais e neurológicas), habilidades verbais, pensamento não verbal.</i>
Outros procedimentos	
1. Contato com a escola	<i>Investigar processo de aprendizagem, desempenho escolar, rede social, qualidade dos relacionamentos entre pares, comportamento social, desenvolvimento</i>

	<i>cognitivo e/ou emocionais, criatividade.</i>
3. Contato com o Conselho Tutelar	<i>Investigar história de denúncias realizadas ao Conselho Tutelar e suas motivações, rede de apoio social da família/criança,</i>
4. Contato com médico	<i>Investigar sinais e sintomas físicos de violência: hematomas, ferimentos, escoriações, traumatismos.</i>
5. Contato com abrigo	<i>Investigar alterações no comportamento da criança após sua entrada no abrigo, qualidade no relacionamento entre pares, choro fácil, vínculos com a família.</i>
6. Visita domiciliar	<i>Avaliar os padrões de interação da família, a adaptação aos papéis de cada um, observar o lugar que a criança ocupa na dinâmica familiar, compreender os fenômenos que ocorrem na relação familiar, conhecer a organização da estrutura familiar no seu espaço próprio, o clima emocional do lar, a identidade psicossocial da família.</i>

8. Dados históricos relevantes

Investigar alterações nas diferentes dimensões do desenvolvimento antes e após a criança sofrer violência.

Desenvolvimento físico: <i>Investigar alimentação, sono e peso, tônus vital, enurese e encoprese, coordenação motora, dores no corpo, sexualidade, desenvolvimento físico.</i>
Desenvolvimento afetivo: <i>Investigar reações emocionais, motivação, autoestima, autoimagem, confiança em si e nos outros, humor, controle dos impulsos, tolerância à frustração, desenvolvimento psicológico, transtornos psicológicos.</i>
Desenvolvimento cognitivo: <i>Investigar o desenvolvimento da aprendizagem (linguagem, escrita, leitura, raciocínio concreto e lógico-dedutivo), desempenho escolar, processos cognitivos (memória, percepção, abstração, pensamento abstrato e espacial, atenção, concentração), criatividade, contato com a realidade, transtornos de aprendizagem.</i>
Desenvolvimento social: <i>Investigar a rede social, participação em atividades coletivas, qualidade dos vínculos com os pares, apoio social.</i>

9. Identificação de comprometimentos psicológicos

Segue uma lista de sinais e sintomas que são indicadores de comprometimentos psicológicos comuns em crianças vítimas de violência. Assinale 0 quando não se verifica a presença deste indicador na criança, 1 quando algumas vezes esse indicador é manifestado pela criança e 2 quando a criança apresenta frequentemente esse indicador.

<i>Comprometimentos psicológicos de dimensão física</i>		0	1	2
Alterações no seu apetite				
Choro fácil				
Distúrbios do sono	Pesadelos			
	Terror Noturno			
	Insônia			
Energia reduzida (tônus vital reduzido)				
Enurese (perda involuntária de urina quando já deveria ter o controle do esfíncter)				
Sexualidade precoce	Comportamento exibicionista			
	Comportamento sexualizado			
	Comportamento sedutor			
	Dramatização da relação sexual			
	Carícias de forma erotizada			
	Excessiva curiosidade sexual			
	Excessivo conhecimento sexual			
	Exposição frequente de genitais			
	Masturbação compulsiva			
	Masturbação em situações de exposição			
Brincadeiras sexuais				
Promiscuidade				

	Contato homossexual na adolescência			
Instabilidade na coordenação motora				
<i>Comprometimentos psicológicos de dimensão afetiva</i>				
Ansiedade (tensão emocional)				
Alterações emocionais	Insensibilidade emocional			
	Instabilidade emocional			
	Perturbação emocional			
Baixa autoestima (rejeição)				
Carência afetiva (falta de calor no lar)				
Culpa				
Desconfiança				
Defensividade				
Estresse				
Humor depressivo (Desmotivação)				
Impulsividade				
Insegurança (inadequação)				
Irritabilidade				
Medo (preocupações)				
Raiva				
Tendências negativistas (pessimismo)				
Tristeza (sofrimento emocional)				
Vergonha				
<i>Comprometimentos psicológicos de dimensão cognitiva</i>				
Baixo desempenho escolar				
		0	1	2

Defasagem na percepção visomotora				
Desatenção - hiperatividade				
Dificuldade de aprendizagem	Dificuldade na leitura			
	Dificuldade na escrita			
	Dificuldade na linguagem			
	Dificuldade no raciocínio concreto			
	Dificuldade na percepção espacial			
Evitação - esquiva				
Fantasia - realidade particular				
Imaturidade cognitiva				
<i>Comprometimentos psicológicos de dimensão social</i>				
Baixa capacidade de adaptação		0	1	2
Dependência				
Dificuldade no relacionamento interpessoal	Comportamento antissocial			
	Comportamento agressivo			
	Isolamento social			
	Hostilidade em relação ao meio			
	Inacessibilidade			
Evasão escolar				

Os indicadores acima correspondem a comprometimentos psicológicos caso sua ocorrência tenha sido posterior a violência sofrida pela criança e caso satisfaçam os critérios* abaixo:

Resposta	<i>1 – quando algumas vezes esse indicador é manifestado pela criança</i>	<i>2 – quando frequentemente esse indicador é manifestado pela criança</i>	
Comprometimento psicológico	Prejuízo psicológico	Dano psicológico	
Critérios	Tempo	As perturbações são passageiras, temporárias.	As perturbações são persistentes, duradouras.
	Homeostasia	Não resulta na ruptura da homeostasia anterior do organismo da criança.	Resulta na ruptura da homeostasia anterior do organismo da criança, na limitação de suas atividades habituais.
	Recursos e mecanismos	A criança tem recursos e mecanismos por si só para enfrentar e se adaptar a nova situação	A criança não tem recursos e mecanismos por si só para enfrentar e se adaptar a nova situação.
	Diagnóstico	Sufrimento emocional não muito comprometedor.	Nível patológico, transtornos graves, rupturas na personalidade, alterações comportamentais, interferência na qualidade de vida.
	Prognóstico	Ocorre a normalização da conduta da vítima após o evento traumático. Pode evoluir para um dano psicológico.	As perturbações podem diminuir com o passar do tempo, com apoio social recebido e tratamento psicológico adequado.

*Construídos com base em: Maciel, S. K. (2011). *Repercussões psicológicas em crianças vítimas de violência familiar* (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

10. Parecer psicológico

Percepção geral do desenvolvimento físico, afetivo, cognitivo e social da criança.
--

11. Conclusão

Hipótese diagnóstica/prognóstica de comprometimentos psicológicos.
--

<i>Quadro clínico atual e curso provável</i>
--

Código de referência CID ou DSM-IV:

Recomendações e encaminhamentos:

12. Psicólogo

Assinatura/CRP (carimbo)	Local, data:
--------------------------	--------------