

DM
MORA/E1

DISSERTAÇÃO NA ÁREA DE PSICOLOGIA LEGAL

**ELSA MARIA DOS REIS MORAIS
N.º 662**

**MAUS TRATOS FÍSICOS
DE CRIANÇAS**

**Orientador:
PROFESSOR DOUTOR EDUARDO SÁ**

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
ANO LECTIVO 2000/2001**

	C.
Centro de Documentação	Registo: 13416
	Data: 11.06.02
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt	

"Numa sociedade moderna e livre, a criança não pertence nem ao estado nem aos pais, pertence a si própria, ao cuidado dos pais ou de alguém que lhe garanta a protecção, tranquilidade, atenção e afecto, indispensáveis ao seu normal crescimento e desenvolvimento."

Jeni Canha

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas e instituições que, pela sua colaboração me permitiram lavar a termo o presente trabalho.

Agradeço, de forma especial, ao Professor Doutro Eduardo Sá com quem tive a honra de aprender e trabalhar. Agradeço a confiança, incentivo e amizade que sempre dispensou e a orientação desta tese, pela sua leitura atenta e pelas sugestões.

Agradeço à Comissão de Protecção de Menores, em especial à Dra. Helena Correia e à Dra. Ivone Patrão todo o apoio e disponibilidade dispensado.

Agradeço a todos os pais que tão generosa e solicitamente acederam a conceder a sua colaboração.

Agradeço aos meus Pais e irmã.

Agradeço aos amigos e ao Luís pela escuta, pelo apoio e pela força que permitiram a realização deste trabalho.

A todos agradeço...

Ao LUÍS RAFAEL

RESUMO

Nesta dissertação pretende-se reflectir sobre o comportamento de crianças vítimas de maus tratos físicos, acompanhadas pela Comissão de Protecção de Menores de Peniche.

O facto de as crianças serem sujeitas a constantes agressões físicas poderá ter efeito no seu comportamento podendo este ser revelador de comportamento de oposição, hiperactividade, agressividade, depressão, problemas sociais, queixas somáticas, isolamento, ansiedade e comportamentos obsessivos.

A amostra é constituída por 20 crianças de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos, sendo que 10 destas crianças foram fisicamente maltratadas, tendo sido sujeitas a frequentes agressões físicas: fracturas, contusões, esquimoses, hematomas, etc... infligidas pelos pais ou prestadores de cuidados, tendo sido identificadas pela Comissão de Protecção de Menores de Peniche. As restantes 10 crianças não foram sujeitas a qualquer tipo de mau trato físico nem têm qualquer processo na Comissão de Protecção de Menores.

Os pais ou substitutos parentais responderam ao Inventário de Comportamentos da Criança para Pais (I.C.C.P.) de Achenbach, (1991). Este inventário pretende avaliar numa primeira parte as competências sociais e numa segunda parte os problemas de comportamento das crianças.

Relativamente à primeira parte fornece informação sobre a quantidade e a qualidade do envolvimento de cada criança em actividades da vida quotidiana, situações de interacção social, escolaridade, preocupações e qualidades do filho. A segunda parte do inventário fornece informações relativas à natureza e intensidade dos problemas de comportamento, na qual Fonseca et al, (1994), considerou oito escadas: Comportamento de Oposição, Comportamento Agressivo, Comportamento de Hiperactividade, Comportamento Depressivo, Problemas sociais, Queixas Somáticas, Comportamento de Isolamento, Ansiedade e Comportamento Obsessivo.

Para o tratamento dos dados recolhidos efectuou-se uma avaliação quantitativa e qualitativa (análise de conteúdo) na primeira parte do Inventário e na segunda recorreu-se à estatística não paramétrica, sendo a mais indicada para este tipo de estudo o Teste de Mann Whitney, por forma a detectar ou não diferenças significativas entre as duas amostras correspondentes.

Na análise dos resultados verificámos que relativamente à primeira parte - Actividades Quotidianas os pais das crianças vítimas de maus tratos apresentam menor diversidade nas respostas quer ao nível dos desportos que os filhos gostam de praticar, quer aos nível dos passatempos. Quanto à participação em Organizações/Clubes/Equipas os pais das crianças vítimas de maus tratos referem na sua maioria que os filhos não efectuam qualquer participação.

Ambos os grupos referem a participação dos filhos em actividades domésticas. Os pais das crianças vítimas de maus tratos consideram o desempenho dos filhos relativamente às actividades domésticas dentro da média em algumas actividades (15) e abaixo da média noutras (8).

A nível da Interação Social o número de amigos que os filhos têm é considerado de igual modo em ambos os grupos da amostra (2 ou 3), bem como o número de vezes que se encontram fora do horário escolar (2 ou 3 vezes). Quanto ao relacionamento, os pais das crianças vítimas de maus tratos consideram na sua maioria, que estas se dão melhor com os irmãos, com os pais e a brincar e trabalhar sozinho, enquanto que os pais das crianças não vítimas de maus tratos consideram as mesmas categorias mas mencionam que o relacionamento é mais ou menos a mesma coisa. Relativamente às outras crianças, os pais das crianças vítimas de maus tratos consideram na sua maioria, que estas se dão mais ou menos a mesma coisa e o grupo das crianças não vítimas de maus tratos considera em maior número que estas se dão melhor.

A nível da escolaridade ambos os grupos consideram na sua maioria que se encontram dentro da média a nível da leitura e da escrita. Na matemática, o grupo das crianças vítimas de maus tratos encontra-se na sua maioria dentro da média enquanto que o grupo das crianças não vítimas de maus tratos situa-se acima da média comparativamente às crianças da sua

idade. Quanto à repetição de ano, 7 crianças do grupo vítimas de maus tratos já tiveram pelo menos uma repetência, enquanto que no grupo de crianças não vítimas de maus tratos os pais referem que esta nunca repetiram de ano. É de assinalar que 3 dos pais das crianças vítimas de maus tratos consideram que os filhos têm problemas de aproveitamento escolar.

Nas principais preocupações com o filho, o grupo de pais das crianças vítimas de maus tratos refere preocupações a nível da categoria que designamos por família (ter o pai ausente, responder e desobedecer aos pais,...) e da categoria que designamos por sociedade (actos de abuso, drogas...). Relativamente a características que se relacionam directamente com o filho estas são mencionadas em ambos os grupos da amostra embora em diferentes perspectivas. No grupo crianças vítimas de maus tratos algumas das preocupações mencionadas sobre o filho são: teimoso, calão, irresponsável, desmazelado, fazer estragos com os colegas, ...; no grupo de crianças não vítimas de maus tratos, as preocupações traduzem-se de outro modo: seja muito feliz, não confiar nas suas capacidades, falta de iniciativa, indecisão, insegurança, não dar valor àquilo que tem, subestimar-se...).

A nível das qualidades do filho os pais das crianças não vítimas de maus tratos nomearam maior número de qualidades do seu filho (carinhoso, meigo, calmo, simpático, afável, bem educado, atencioso, dar opinião, responsável, cumpridor dos seus deveres, com humor, tolerante, preocupação com os outros, preocupação com os animais...) comparativamente aos pais das crianças vítimas de maus tratos (carinhoso, meigo, amigo, bom, sensível, dar beijos, ser muito dado, saber quando é que faz mal e quando faz bem, pedir desculpas, ser esperto, muito franco...), um dos pais das crianças vítimas de maus tratos considera que o seu filho não tem qualidades. A nível da categoria que designamos por "família" os pais das crianças vítimas de maus tratos referem um maior número de situações (gostar da companhia da mãe, andar sempre com a mãe, ajudar em casa e a tratar dos irmãos, ensinar os irmãos a ler e a escrever) do que os pais das crianças não vítimas de maus tratos (interessados nas tarefas familiares, participativo nas tarefas e dar ajuda).

Relativamente à análise estatística dos resultados existem diferenças significativas entre os grupos da amostra nas seguintes variáveis: comportamento de oposição ($p=0,004$), comportamento depressivo ($p=0,004$), problemas sociais ($p=0,035$) e comportamento obsessivo ($p=0,023$). E existem diferenças muito significativas entre os grupos da amostra nas variáveis: comportamento de agressividade ($p=0,000$), comportamento hiperactivo ($p=0,000$), comportamento de isolamento ($p=0,009$) e comportamento de ansiedade ($p=0,002$).

Na variável queixas somáticas não existem diferenças significativas ($p=0,123$) no estudo efectuado

Estes resultados não podem ser generalizados dado o número reduzido da amostra (20), sendo apenas significativo no âmbito do estudo efectuado.

Os resultados obtidos na análise estatística corroboram com estudos apresentados por diferentes autores, sendo que as crianças vítimas de maus tratos apresentam com maior frequência o tipo de comportamento acima referidos.

Contudo, as conclusões a que se chegaram não são mais do que meras informações, dado o número reduzido da amostra. Verificamos também uma grande carência de estudos nesta área em relação à população Portuguesa, assim, torna-se pertinente sugerir o desenvolvimento de futuras investigações, por forma a realizar uma caracterização mais completa sobre as competências sociais e o comportamento das crianças vítimas de maus tratos físicos bem como as variáveis que lhes possam estar associadas. Seria também interessante, efectuar um estudo não só com a aplicação do Inventário de Comportamento da Criança para Pais mas também, com a utilização do Inventário de Comportamentos para Professores, cruzando assim diferentes tipos de informação.

ÍNDICE

PARTE I - ANÁLISE CRÍTICA DA LITERATURA.....	01
1. INTRODUÇÃO.....	02
2. MAUS TRATOS NAS CRIANÇAS, MAGNITUDE DO PROBLEMA.....	03
3. HETEROGENEIDADE DO CONCEITO DE MAUS TRATOS.....	08
4. ABUSO E MAU TRATO INFANTIL - Diferentes Tipologias.....	10
4.1 - Maus Tratos por Injúrias Físicas.....	10
4.2 - Maus Tratos por Abandono Físico.....	12
4.3 - Maus Tratos por Abuso Sexual.....	13
4.4 - Maus Tratos por Abandono Emocional.....	13
5. MAUS TRATOS E ESTRATO SOCIAL.....	16
6. CAUSAS DOS MAUS TRATOS INFANTIS.....	18
7. O IMPACTO PSICOLÓGICO DOS MAUS TRATOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	24
7.1 - A Relação de Vinculação.....	25
7.2 - Os Processos de Diferenciação e o Self.....	29
7.3 - O Comportamento Social com os seus Pares.....	31
8. O IMPACTO PSICOLÓGICO DOS MAUS TRATOS EM IDADE ESCOLAR.....	34

9. MODELOS EXPLICATIVOS DOS MAUS TRATOS.....	38
10. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS MAUS TRATOS.....	46
10.1 - Tratamento dos Maus Tratos Físicos.....	49
11. SITUAÇÃO DE MAUS TRATOS EM PORTUGAL.....	52
PARTE II - METODOLOGIA.....	71
1. APRESENTAÇÃO ESPECÍFICA DOS OBJECTIVOS.....	72
2. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	73
3. HIPÓTESES E VARIÁVEIS.....	74
4. INSTRUMENTO.....	76
5. TÉCNICA DE RECOLHA DOS DADOS.....	81
6. ANÁLISE DOS DADOS E MÉTODO ESTATÍSTICO.....	82
7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	83
7.1 - Análise Quantitativa e Qualitativa.....	83
7.1.1. Actividades da Vida Quotidiana.....	83
7.1.2. Interação Social.....	90
7.1.3. Escolaridade.....	92
7.1.4. Principais preocupações com o filho.....	94
7.1.5. Qualidades do filho.....	95
7.2 - ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	97
8. CONCLUSÕES.....	104
BIBLIOGRAFIA.....	108
ANEXO I - Questionário	

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Tipologia dos Maus Tratos.....	67
QUADRO 2: Comportamento de Oposição.....	78
QUADRO 3: Comportamento Agressivo.....	78
QUADRO 4: Comportamento Hiperactivo.....	79
QUADRO 5: Comportamento Depressivo.....	79
QUADRO 6: Problemas Sociais.....	79
QUADRO 7: Queixas Somáticas.....	80
QUADRO 8: Comportamento de Isolamento.....	80
QUADRO 9: Ansiedade.....	80
QUADRO 10: Comportamento de Obsessivo.....	80
QUADRO 11: Preocupação com o filho.....	94
QUADRO 12: Qualidades do filho.....	96

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Tarefas que realizam.....	89
TABELA 2: Média dos grupos quanto ao Comportamento de Oposição.....	97
TABELA 3: Mediana e nível de significância do Comport. de Oposição.....	97
TABELA 4: Média dos grupos quanto ao Comportamento Agressivo.....	98
TABELA 5: Mediana e nível de significância do Comportamento Agressivo....	98
TABELA 6: Média dos grupos quanto ao Comportamento Hiperactivo.....	99
TABELA 7: Mediana e nível de significância do Comportamento Hiperactivo..	99
TABELA 8: Média dos grupos quanto ao Comportamento Depressivo.....	100
TABELA 9: Mediana e nível de significância do Comport. Depressivo.....	100
TABELA 10: Média dos grupos quanto aos Problemas Sociais.....	100
TABELA 11: Mediana e nível de significância dos Problemas Sociais.....	101
TABELA 12: Média dos grupos quanto às Queixas Somáticas.....	101
TABELA 13: Mediana e nível de significância das Queixas Somáticas.....	101
TABELA 14: Média dos grupos quanto ao Comport. de Isolamento.....	102
TABELA 15: Mediana e nível de significância do Comport. de Isolamento....	102

TABELA 16: Média dos grupos quanto ao Comport. de Ansiedade.....	102
TABELA 17: Mediana e nível de significância do Comport. de Ansiedade....	103
TABELA 18: Média dos grupos quanto ao Comportamento Obsessivo.....	103
TABELA 19: Mediana e nível de significância do Comport. Obsessivo.....	103

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Comportamento de apego.....	27
GRÁFICO 2: Caracterização da amostra segundo o sexo.....	73
GRÁFICO 3: Caracterização da amostra segundo as idades.....	73
GRÁFICO 4: Desporto que gostam de praticar.....	84
GRÁFICO 5: Tempo que dedica ao desporto.....	84
GRÁFICO 6: Como é que se saem em cada um dos desportos.....	85
GRÁFICO 7: Lista de Passatempos - Maus Tratos.....	85
GRÁFICO 8: Lista de Passatempos - Grupo controle.....	86
GRÁFICO 9: Tempo que dedica aos passatempos.....	86
GRÁFICO 10: Como se saiem nos passatempos.....	86
GRÁFICO 11: Organizações/Clubes/Equipas.....	87
GRÁFICO 12: Grau de participação - Organizações/Clubes/Equipas	87
GRÁFICO 13: Como é que se sai.....	88
GRÁFICO 14: Tarefas que realiza.....	89
GRÁFICO 15: Como é que executa as tarefas.....	89
GRÁFICO 16: Número de amigos.....	90
GRÁFICO 17: Número de encontros.....	90
GRÁFICO 18: Relacionamento - Maus tratos.....	91
GRÁFICO 19: Relacionamento - Grupo controle.....	91
GRÁFICO 20: Rendimento Escolar - Leitura.....	92
GRÁFICO 21: Rendimento Escolar - Escrita.....	92
GRÁFICO 22: Rendimento Escolar - Matemática.....	93
GRÁFICO 23: Repetição de ano.....	93
GRÁFICO 24: Problemas de aproveitamento.....	93
GRÁFICO 25: Preocupações com o filho.....	95
GRÁFICO 26: Qualidade do filho.....	96

PARTE I
ANÁLISE CRÍTICA DA LITERATURA

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito da Psicologia Legal.

A Psicologia Legal é uma área recente dentro da Psicologia e que surge face às necessidades sociais e à ausência de estudos nesta mesma área.

Como afirma Pereira da Silva (1993) A Psicologia Legal não é uma Psicologia Judiciária nem uma Psicologia Carceral ou Penitenciária (que se dedica aos actores destas actividades), embora com elas mantenha pontos de contacto. O seu domínio privilegia a análise das interacções entre a vida psíquica e as leis sociais, consignadas nos códigos dos diferentes ramos do Direito....

Os maus tratos na infância constitui uma patologia preocupante, principalmente pelas consequências que podem advir a curto e longo prazo. Poderá deixar sequelas físicas ou psíquicas permanentes, poderá ser fatal.... A longo prazo poderá provocar atraso no crescimento e no desenvolvimento, alterações de comportamento, insucesso escolar, perturbações da personalidade, comportamentos sociais de risco, aumento da delinquência e criminalidade e a transmissão do mau trato poderá efectuar-se de geração em geração.

Este trabalho pretende ser um pequeno passo, na ajudar aos profissionais que trabalham nesta área e tem como objectivo descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento das crianças que são vítimas de maus tratos físicos.

2. MAUS TRATOS NAS CRIANÇAS, MAGNITUDE DO PROBLEMA

O abuso, o abandono e a falta de cuidados infantis é um problema real muito sério e sintomático de crescente desorganização familiar e social. A comunidade sempre negou a existência deste problema e o seu reconhecimento pela ciência médica é relativamente recente, o verdadeiro tabu não foi proibir o acto do abandono ou os maus tratos mas sim o evitar mencionar-se esse tipo de casos.

A nível médico Anbrosi Tradien descreve esse Síndroma em 1860. Em 1946 Thon Caffey dos E.U.A. chama à atenção da pediatria com o seu trabalho sobre "Fracturas múltiplas em crianças que sofriam de hematomas crónicos". Este trabalho foi completado posteriormente por Silverman em 1953.

Em 1962 Kempe atribui a designação de "Síndroma das crianças batidas", esta denominação tem como objectivo despertar a sensibilidade da comunidade face a este problema dramático.

A Lei Pública 93-247 na América do Norte determinou que as crianças seriam consideradas vítimas de maus tratos sempre as possuíssem menos de 18 anos de idade e tivessem sido alvo de problemas físicos, psíquicos, abuso sexual e/ou privação de cuidados básicos por parte dos seus pais ou pelos responsáveis pelo seu bem estar.

A forma mais evidente de maus tratos é exteriorizada nos actos agressivos ou pelo castigo violento. No entanto, os maus tratos que não são tão visíveis, não são menos graves, e tornam-se mais difíceis de efectuar a prevenção e/ou tratamento oportuno, pois relacionam-se com a realização de actos de omissão que se podem traduzir na má nutrição e/ou no impacto sobre o desenvolvimento.

É difícil saber a verdadeira magnitude do problema dado a amplitude conceptual do Síndroma e tendo em conta as implicações morais, afectivas e punitivas ligadas à informação e ao registo do problema.

Em Espanha no Hospital de crianças Ricardo Gutiérrez os dados estatísticos revelaram o atendimento a 70 casos de crianças vítimas de maus

tratos entre o ano 1983-1984. A maior frequência ocorreu com crianças com idade inferior a 3 anos: 51%, sendo este valor precedido de crianças entre os 4-6 anos: 39%; e 10% das crianças encontravam-se entre os 7-9 anos. Em relação ao sexo, foi igual a percentagem de maus tratos tanto nos rapazes como nas raparigas.

A observação dos dados revelou ainda que 50% dos maus tratos ocorriam na família nuclear, sendo em 80% dos casos efectuado pelos próprios pais. Em 11% os maus tratos eram realizados por um tio, um padrasto ou alguma pessoa que vivia na família; e 9% não permitiu a identificação do sujeito agressor. Em 30% dos casos atendidos houve repetição dos ferimentos ainda durante o período em que a criança se encontrava em tratamento.

Em 80% dos casos atendidos, que não necessita de tratamento, verifica-se que a agressão se torna a repetir. Em 30% dos casos atendidos são considerados de alto risco, 48% são de risco médio e 22% são de baixo risco.

De acordo com o nível sócio-económico e tendo por base o Índice de Graffard - 23% dos casos correspondiam ao nível 3 (médio), 36% ao nível 4 (médio-baixo) e 31% ao nível 5 (baixo).

Diana Golberg considera que se pode trabalhar intensamente com a vítima, bem como com a família quando a consulta é espontânea e solicitada por esta. Pois, no caso de denuncia por terceiros como por exemplo por um vizinho, etc., não existe um enquadramento legal que facilite a intervenção para chegar até essas famílias.

Em 1985 entrou em funcionamento em Espanha um Centro de Registo e Atenção das Crianças - Pedro Elizaldé que em menos de dois meses foi contactado por 66 famílias maltratantes.

Um estudo efectuado sobre essas famílias, revelou que em 20 dos casos os maus tratos eram efectuados pela mãe e em 13 dos casos pelo pai, 5 são maltratadas pela mãe e pelo pai e 2 casos por outros.

Quanto à idade dos pais, em 20 casos estes apresentam uma idade compreendida entre os 20-30 anos (3 foram pais antes dos 20 anos), 5 casos entre os 30-40 anos e 1 caso entre os 40-50 anos.

Relativamente a antecedentes dos pais maltratantes verificou-se que em 15 casos as mães foram vítimas de maus tratos por seus próprios pais, em 14 casos existia alcoolismo, em 2 casos tratava-se de transtornos psiquiátricos e num dos casos a mãe tinha sido vítima de violação.

O tipo de maus tratos existente: em 25 casos foi assinalado o mau trato físico, 3 casos sofreram abandono, 3 são vítimas de maus tratos físicos com químicos, 5 com negligência grave, 1 abuso sexual, 1 tentativa de suicídio por parte da criança maltratada e 1 caso de desnutrição grave.

Quanto à criança maltratada: 1 era adoptada, 3 segundo informação fornecida pela mãe não foram desejadas, 4 as mães eram solteiras e 2 as mães manifestaram que o sexo da criança não tinha sido o desejado.

Os pais destas crianças na sua maioria são ausentes ou abandonados cerca de 50% e 30% são passivos. Em dois dos casos a mãe mente sobre a origem do traumatismo.

O *Síndrome da criança vítima de maus tratos* é uma emergência pediátrica e social, em que se vêm confrontadas as salas de espera dos hospitais, e que originam uma mortalidade infantil igual ao que acontece na poliomielite, na leucemia e na esclerose múltipla, etc.

Os pais ocultam as verdadeiras causas de uma sintomatologia e o latente batido é aquele que corre maiores riscos. Nas crianças maiores, dado a sua mobilidade o risco de morte é menor.

Quando os maus tratos começam aos 4-5 anos, como forma de ataques e de condutas dos pais com problemas psicopatológicos nos quais estão implícitas tendências sexuais, sendo a maior incidência em crianças do sexo masculino.

Geralmente as crianças batidas entre os 3-8 anos chegam ao hospital, geralmente doentes, obnubiladas, com lesões na pele, hematomas e queimaduras. Nestes casos, regra geral existe uma discrepância entre as características que a criança apresenta e a versão relatada pelos pais, que deverá servir como indício para um diagnóstico preventivo.

Outros indícios detectados e que devem servir de alerta para uma maior vigilância sobre a criança são:

1) a multiplicidade de lesões não tendo a mesma data (as mais habituais são: hematomas subcutâneos com fracturas em diferentes graus de cicatrização nas costas, ossos de extremidades e do crânio, equimoses, hematomas e queimaduras);

2) a evolução favorável durante a hospitalização;

3) e recaída quando a criança volta a casa.

O diagnóstico confirma-se com radiografias características e com as entrevistas psiquiátricas à família.

Um dos problemas sociais da criança é a necessidade de ser separada do seu meio familiar para evitar a repetição que poderia ocasionar uma lesão permanente incluindo a morte.

As sequelas psicológicas ajustam-se aos seguintes quadros:

1) a criança liga-se indiscriminadamente a qualquer pessoa que se aproxima dela;

2) retribui toda a aproximação por meio de nova agressão;

3) e desenvolve uma maneira sadomasoquista de se relacionar com o mundo.

As características epidemiológicas incluem 3 elementos importantes que contêm o perigo de morte para a criança:

- os agentes potenciais dos maus tratos;
- as peculiaridades do desenvolvimento da criança;
- e as circunstâncias próprias da crise determinante.

Em relação aos agentes potenciais dos maus tratos as investigações revelam que eles convivem no mesmo lugar do que a criança e na sua maioria partem de um desajustamento psico-emocional manifesto. Contudo, não existe uma categoria comum no diagnóstico psiquiátrico em que se possam classificar os pais que maltratam.

Regra geral, são os pediatras os primeiros a ter contacto com esses quadros, sendo por isso muito importante o conhecimento da psicodinâmica que lhes permita questionar sobre a família maltratante sempre que uma criança traumatizada entra num Hospital.

A psicodinâmica do quadro baseia-se numa disposição psicológica especial do progenitor, que avaliado na interacção progenitor-filho em que os maus tratos tendem a reproduzir-se e que se caracteriza pela inversão de papeis, sendo dois os elementos determinantes:

- por um lado os pais têm uma exigência excessiva e uma grande expectativa para as realizações do filho com uma idade precoce;
- e por outro um desconhecimento das necessidades da criança e do seu abandono, quer dizer, existe uma falta de percepção real da criança por parte dos progenitores.

A tudo isto, junta-se a falta de uma figura externa de autoridade que modere os excessos dos pais sobre os filhos. Na maioria das vezes estes pais foram criados da mesma forma, tendo sido submetidos a castigos físicos na sua infância, e encontram-se marcados pela desaprovação dos seus próprios pais.

O pai abusado, incapaz de sentir confiança, tende a uma vida de isolamento e faz sobre o filho uma última e desesperada tentativa de receber ajuda. É assim que se produz a inversão de papeis e quando esta inversão se quebra, porque a criança chora, o pai descarrega a sua agressão na criança. Regra geral estes pais desconhecem as características básicas do desenvolvimento e quais as necessidades de cuidado da criança nas diferentes etapas evolutivas e têm um equívoco conceito do significado correctivo do castigo parental.

3 - HETEROGENEIDADE DO CONCEITO DE MAUS TRATOS

Aber e Zigler (1981); Cicchetti e Barnett (1991); Zuravim (1991) abordaram questões relacionadas com a heterogeneidade do fenómeno dos maus tratos. Esta heterogeneidade tem várias dimensões: heterogeneidade da noção de maus tratos, heterogeneidade de critérios de classificação, heterogeneidades dos diferentes níveis profissionais que se relacionam com os maus tratos, heterogeneidade da causa e das consequências.

Quanto à *heterogeneidade da noção*: a investigação sobre os maus tratos tem como linha de partida o trabalho publicado em 1962 por C.H.Kempe e seus colaboradores os quais deram origem à expressão "*síndrome das crianças batidas*". Este trabalho teve um grande impacto positivo, mas teve também o inconveniente de estar muito centrado na problemática concreta dos maus tratos físicos, ligado a fracturas, feridas,... o que tornou difícil uma visão de outros tipos de maus tratos como por exemplo o mau trato emocional ou o mau trato prenatal, que são noções muito recentes.

Relativamente à *heterogeneidade de critérios de classificação* - a presença de maus tratos pode observar-se tendo em conta as intenções e as consequências, pode requerer evidências ou basear-se em suspeitas; pode ou não estabelecer um estrito critério de frequência de ocorrência, distinguindo o que são episódios isolados do que são comportamentos repetitivos; pode ou não estabelecer uma relação com as percepções sociais dominantes que tendem a estabelecer fronteiras entre a disciplina e os maus tratos físicos por exemplo.

A utilização de determinado tipo de critérios fará variar completamente as estatísticas e permitirá tirar conclusões completamente diferentes relativamente à etiologia e à intervenção.

Heterogeneidade dos níveis profissionais relacionados como fenómeno dos maus tratos - a partir do trabalho realizado por Aber e Zigler em 1981 distinguem-se pelo menos 4 tipos de enfoques: o médico, o legislativo, o sociológico e a investigação. Contudo, a estes quatro níveis poderão ainda juntar-se outros dois enfoques: o psicológico e a intervenção social. Diferentes

profissionais abordam o problema por caminhos distintos, utilizando os seus critérios próprios de classificação, os seus próprios procedimentos de detecção do problema, colocando mais ênfase num ou noutro aspecto. Cada profissional tem a sua personalidade, o seu código, o seu "ethos" e age inevitavelmente de acordo com sua sensibilidade e ideologia.

Heterogeneidade das causas e das consequências - segundo Spinetta e Rigler (1972) as primeiras investigações sobre os maus tratos adoptaram um enfoque muito clínico, tanto no que se refere à designação de maus tratos (os maus tratos físicos), como o que se consideravam as causas que o originavam (as características psicopatológicas da pessoa que maltrata).

Gil (1975) aborda o problema com um enfoque sociológico atribuindo aos contextos sociais um papel preponderante no desencadeamento da violência e dos maus tratos como por exemplo: pobreza, isolamento social, falta de serviços sociais...

Enquanto que a primeira visão defendia que os maus tratos não conheciam estratos sociais a segunda perspectiva ressalta que a pobreza em si mesma gera uma série de tensões que podem conduzir aos maus tratos Pelton (1978).

A definição heterogénea do problema dos maus tratos tem uma vantagem que permite sublinhar o que existe de comum em diferentes situações, correndo no entanto o risco de se perder de vista a heterogeneidade do ponto de partida do problema.

4 - ABUSO E MAU TRATO INFANTIL - DIFERENTES TIPOLOGIAS

O mau tratos, a crueldade e a violência geram sentimentos de injustiça, de humilhação, de ressentimento, de hostilidade e de vingança. Afectam os sentimentos de auto-estima, entristecem, geram falta de esperança em si mesmo. Do ponto de vista da evolução e da maturação psicológica o dano pode ser irreversível, já que pode instalar-se perturbações severas de identidade e de personalidade.

Em 1986 o abuso ou mau trato infantil é definido quando uma criança (com idade inferior aos 18 anos) é abusada ou maltratada, isto é, se a sua saúde física ou mental ou a sua segurança estão em perigo, quer seja por acções, ou por omissões levadas a cabo pelo pai, mãe ou outras pessoas responsáveis pela criança. O mau trato pode ser provocado por acção, por descuido ou por negligência.

Aurora Pérez (1986) descreve 4 tipos de maus tratos:

- Maus tratos por injurias físicas
- Maus tratos por abandono físico
- Maus tratos por abuso sexual
- Maus tratos por abandono emocional

4.1 - MAUS TRATOS POR INJURIAS FÍSICAS

Dentro deste tipo de maus tratos encontra-se o "*Síndrome das Crianças Batidas*", o qual constitui uma emergência pediátrica quando uma criança aparece nos serviços de urgência de um Hospital. Aurora Pérez refere que neste caso, é notória uma discrepância entre os sinais que a criança apresenta e a versão que os pais relatam. Outro aspecto também característico é a multiplicidade de lesões, que não tiveram origem no mesmo espaço de tempo. As lesões apresentadas habitualmente são: hematomas subcutâneos, fracturas com diversos graus de cicatrização nas costelas, queimaduras, deslocação

das articulações, diversas lesões de pele, lábios, olhos, incluindo nos órgãos genitais.

Geralmente, observa-se um quadro com evolução favorável quando a criança está hospitalizada, voltando a piorar quando a criança regressa de novo a casa.

Aurora Pérez, refere ainda que a nível psicológico encontramos uma severa patologia, em que todo o processo de relação não só se encontra perturbado como invertido. Isto é, inverte-se o sentido protector e organizador, que caracteriza o relacionamento simbiótico e se transforma num campo traumatizante e deletério para a organização dos processos principais do psiquismo, que ocorrem na criança precisamente durante esse período.

A organização psíquica faz-se única e exclusivamente a partir do vínculo que se estabelece entre mãe-pai-filho.

Este tipo de patologia poderá conduzir a criança à morte dentro do 1º ano de vida em maior proporção, mesmo assim, poderá ser causa de mortalidade em qualquer outra idade e de mortalidade emocional em todos os casos.

As crianças que são vítimas de maus tratos pelos pais durante os primeiros anos de vida, podem ser vistas nas consultas apresentando comportamentos de retracção, medo quando tratados por pessoas maiores, apreensão, choro sem motivo aparente, às vezes com uma conduta agressiva face a outras crianças e agressivas numa forma geral, revelam também medo ou evitamento de falar sobre os seus pais ou sobre a sua família, às vezes chegam a relatar, sempre com um certo cuidado ou de forma incompleta o mau trato.

Aurora Pérez considera que o maior perigo é a criança crescer com este tipo de vínculo, em que o "órgão mental" cresce carenciado e acede a identificar-se com as figuras que a maltratam, podendo transformar-se num sujeito com um quadro psicopatológico severo e chegando ela mesmo a tornar-se num sujeito maltratante.

4.2 - MAUS TRATOS POR ABANDONO FÍSICO

Nos maus tratos por abandono físico não são satisfeitas as necessidades básicas da criança. Há negligência no desempenho dos pais, a criança não é alimentada de forma adequada, não há condições mínimas e necessárias na higiene e no vestuário, não vão com a criança ao médico nem se preocupam com a escolaridade. As crianças podem ser abandonadas ficando ao encargo dos suas próprias decisões ou permanecem fora de sua casa, dormindo pelas ruas, chegando a ser completamente abandonadas pelos seus pais. Do ponto de vista emocional são da mesma forma abandonadas.

Este tipo de mau trato não é menos perigoso do que o abuso físico pois poderá também conduzir à morte, sobretudo em crianças mais novas, por falta de alimentação, de cuidados gerais ou falta de assistência médica num determinado momento.

Estas crianças apresentam-se regra geral, com falta de higiene, vestidas inapropriadamente para a estação e desnutridas. Quando frequentam uma escola, não são assíduas e quando vão aparecem com sono, e com sinais de fome, etc.

Na adolescência revelam problemas de adaptação social, com tendência para o alcoolismo, delinquência ou para ingerirem drogas.

Geralmente este tipo de famílias não comunicam com os vizinhos, assim os pais demonstram não ter sensibilidade quanto às necessidades do seu filho.

O mau trato por abandono físico faz grandes sequelas a nível do desenvolvimento emocional e na estruturação psicológica, conduzindo a patologia acentuada sobre o meio social, como por exemplo a delinquência.

4.3 - MAUS TRATOS POR ABUSO SEXUAL

O abuso sexual é exercido por um adulto sobre uma criança ou adolescente sempre que medie uma relação de submissão. Um dos mais frequentes é o abuso do pai sobre a filha. Geralmente nestes casos, a criança denuncia facilmente a situação. O modo de identificar o mau trato poderá ser detectado por certas dificuldades que a criança apresente na marcha ou no sentar-se, o negar fazer ginástica na escola, apresentar manchas de sangue na roupa, arranhões, dor ou picadas nas zonas genitais, donde pode haver lesões - o mesmo poderá acontecer na zona anal .

A criança poderá revelar pânico ao ser observada na zona genital ou anal. Por vezes a detecção faz-se na presença de doenças venéreas ou por gravidez.

O abuso sexual poderá provocar mudanças na conduta da criança podendo aparecer: regressão, instabilidade emocional, retraimento ou ainda condutas bizarras a nível sexual, isto é, a criança mostra conhecimento exagerado acerca da actividade sexual. Existe também um empobrecimento das suas relações com os seus colegas, e actividades masturbatórias que não era hábito, a criança poderá revelar tendência para fugir de casa e para entrar num processo de delinquência.

Às vezes com grande apreensão a criança relata o abuso sofrido. Este mau trato poderá converter-se num ataque traumático no psiquismo da criança, ficando vulnerável a estabilidade emocional e numa forma muito especial afecta a identificação sexual do menino e da menina. Este tipo de abuso fere profundamente a sensibilidade e não é alheio a esta patologia o despertar ou dar início, segundo a personalidade da criança a eclosões psicóticas que podem comprometer a sua vida futura.

4.4. MAUS TRATOS POR ABANDONO EMOCIONAL

Não existe outra forma de amadurecer como o Ser Humano, que estabelece vínculos nos quais depende de forma absoluta para sobreviver.

Sobreviver não só fisicamente, mas no poder experimentar prazer sem sentir angústia pela própria falta de defesa. Estas angústias são o correlato natural dos primeiros estádios de desenvolvimento extra-uterino.

O adulto estabelece uma relação com o bebé, compreende-o, devolve-lhe tranquilidade e segurança. Assim, o adulto mantém uma presença próxima do bebé, identifica as suas necessidades e satisfá-las.

O abandono emocional está relacionado com a falta de interesse, de ligação do adulto pelo bebé, este não se sente gratificado por cuidar e criar o bebé.

A criança maltratada emocionalmente pode sofrer de grande atraso a nível do desenvolvimento físico e também intelectual, aparecem atrasos na linguagem, na marcha e na estatura.

Nos maus tratos emocionais podem também observar-se diversos hábitos perturbados das crianças tais como: tendência para morder, transtorno no sono, na alimentação, condutas muito agressivas e muito passivas, inibições graves do jogo, etc. A tudo isto vem-se juntar o aparecimento de fenómenos neuróticos como actos histéricos, fóbicos, obsessivos, compulsivos, hipocondríacos, também podem configurar-se sobreadaptações caracteropáticas e quadros psicóticos com tendência para o suicídio.

Se bem que este tipo de maus tratos seja devido a uma falha dos mecanismos de integração, em grande parte por deficit das capacidades parentais, algumas circunstâncias da vida actual facilitam que este se produza, especialmente nos casos em que a mulher desenvolve outro tipo de actividades, não só laborais ou profissionais.

Este tipo de maus tratos está presente em qualquer classe social, raça ou religião. Os pais agressores são descritos como aqueles que: instalam na criança um estilo caracterizado por exigir ou demandar resultados ou ganhos dos seus filhos, e cujo sentido é gratificar ou manter tranquilos os pais. Produzindo-se assim, uma primeira grande inversão ou patologia da situação, já que o normal seria que os pais se preocupassem com o equilíbrio emocional da criança, para permitir um desenvolvimento adequado e não o filho se veja obrigado a obter ganhos que gratifiquem os pais.

O que acontece nestas situações, é que este tipo de pais são eles mesmos provenientes de famílias nas quais lhes foi exigido um rendimento ao serviço dessas famílias, e não se deu a compreensão necessária às suas necessidades, tendo-se assim instalado um código interno, donde o sentimento de medo por essas figuras parentais lhes foi induzido a realizar coisas destinadas a tranquilizar os ditos pais. E na infância, eles mesmos foram punidos e castigados de forma exagerada. Assim, a criança ao crescer com medo dos pais, torna-se insegura, susceptível ao erro e a falhar e sobretudo a sentir-se derrubada se algo que faz não é aprovado ou falha.

São pais maltratados e maltratantes que por terem crescido com medo das figuras de autoridade, susceptíveis de serem criticados não admitem a possibilidade de poder ter erros ou falhas na sua conduta.

Existem pais perturbados psicologicamente com um estilo de vínculo conjugal que propicia a descarga. A criança representa para a mente destes pais como alguém que os ataca, os priva, os desafia e não lhes dá as satisfações desejadas.

5 - MAUS TRATOS E ESTRATO SOCIAL

O abuso da criança existe em todos os estratos sociais independentemente dos níveis de educação ou sócio-económicos dos pais. Crises financeiras, problemas sociais, famílias separadas, alcoolismo e problemas de habitação, são situações que perturbam o equilíbrio psíquico e activam potenciais latentes de maus tratos nas crianças.

Todos estes factores não são necessários nem suficientes para poderem originar o mau trato infantil. Contudo, o registo dos maus tratos de crianças é detectado em maior grau nos estratos sociais mais baixos.

Segundo o estudo efectuado em Espanha por J. Ochotorena & M. Madriaga consideram a existência de um resultado significativo entre o estrato sócio-económico familiar e a percepção materna da criança. O estudo revela que à medida que as condições económicas familiares são mais desfavorecidas, a percepção que as mães têm dos seus filhos é mais negativa. Na relação entre esta variável e o risco potencial de maus tratos, aparece uma certa tendência nas mulheres da amostra, que apresentam um maior risco potencial à medida que o estrato sócio-económico é mais baixo.

Não existem no entanto, relações significativas entre o estrato sócio-económico e a presença ou ausência de alterações na personalidade da criança.

Observou-se ainda a existência de uma relação significativa entre o status laboral materno e as características da personalidade da criança. Assim, pode haver uma tendência de os filhos de mulheres que trabalham fora de casa, serem emocionalmente mais instáveis do que os filhos de mulheres que trabalham exclusivamente em casa como amas.

Não se encontram relações significativas entre o número de filhos e as pontuações obtidas na amostra, a primeira variável parece estar relacionada com a rigidez. Como característica materna, comportamental e da personalidade: as mulheres com maior número de filhos manifestam ser mais rígidas, dogmáticas, exigentes em relação à disciplina, comportamento e hábitos de higiene.

Contrariamente ao que seria de esperar, a criança vítima da maus tratos desenvolve uma intensa união com os seus pais. Isto confunde o diagnóstico, já que o interesse demonstrado por esses pais fazia com que a criança parecesse negar os maus tratos.

A qualidade dessa união complica o tratamento porque o pai maltratante opõe-se intensamente que fiquem com a custódia do seu filho, querendo somente que o curem e quando voltam para suas casas tornam a repetir os maus tratos.

A conduta agressora indica uma deficiência na qualidade maternal, nas vivências da primeira infância dos pais. Os aspectos mais mecânicos do cuidado com o bebé são regra geral desempenhados satisfatoriamente. Mas existe um déficit na interacção afectiva com o bebé e na percepção empática dos seus sentimentos e atitudes.

Existe um núcleo psicopatológico essencial no acto de violência física que distingue este Síndrome, e que, consiste precisamente na capacidade parental para projectos, percepções distorcidas sobre os filhos e para responder impulsivamente de acordo com as suas próprias percepções erradas.

Além deste vínculo deficitário com a mãe, parece importante referir um déficit no vínculo com o pai que por um lado não permite à criança construir uma estrutura superheróica protectora e por outro transmite normas comuns para todos os indivíduos.

6 - CAUSAS DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Os maus tratos de crianças é um fenómeno que se dá ao longo de gerações. Pais que foram vítimas de abuso são um factor de risco na predição de abuso e dos maus tratos dos seus filhos, sendo que a transmissão geracional do abuso é geralmente estimada em apenas 30 a 50% dos casos (Kaufman & Zigler, 1987; Pianta, Engeland & Erickson, 1989; Zaidi et al., 1989).

Estudos efectuados por Herrenkohl, Herrenkohl, & Toedtler, 1983; Lyons-Ruth & Block, 1996 mostraram que cerca de metade dos pais que foram abusados enquanto crianças reproduzem mais tarde os padrões de abuso com os filhos. No entanto, 53% dos pais que referem ter sido maltratados durante a infância não sujeitam os filhos a situações de abuso (Herrenkol, Herrenkohl, & Toedtler, 1983), e dado que quase metade das mães (42%) que foram vítimas de violência ou abuso durante a infância são capazes de desenvolver relações de vinculação seguras com os filhos (Lyons-Ruth & Block, 1996), os autores consideram que o ciclo de transmissão geracional dos maus tratos é frequentemente quebrado.

Esta constatação permite dizer que a predição do abuso é um fenómeno complexo e cada caso é único. Nenhum factor de risco pode predizer com segurança o abuso de crianças. Existem muitas razões e combinações de razões pela qual os pais dão maus tratos aos seus filhos.

Muitos factores como a pobreza e o stress podem influenciar a taxa de transmissão do acto de abuso. Assim, seria importante um estudo que investigasse sobre a etiologia dos maus tratos. A relação entre o(s) factor(es) de risco e os cuidados tomados não é necessariamente directa ou linear. Por exemplo, alguns investigadores encontraram uma relação entre acontecimentos de vida/stress e crianças abusadas Justice e Justice (1976)

Estudos efectuados por Peter Stratton, Cliff Davis e Kevin Browne consideraram que os efeitos de viver em stress e a prestação de cuidados, dependiam dum número de factores mediadores da relação, como: suporte familiar, agressões maternas, desconfiança e nível de ansiedade Egeland,

Breitenbucher e Rosenberg (1980). Mães que possuíam um elevado nível de stress e que maltratavam os seus filhos entravam facilmente em frustração e respondiam a essa frustração com hostilidade e agressividade.

A relação entre stress e cuidados maternos não é simples e linear, dependendo da combinação de outros factores. A área mais afectada quando investigamos o abuso de crianças é a área do relacionamento, verificou-se a existência de mães que quebravam o ciclo do abuso quando os seus filhos estavam mais aptos para estabelecer relações emocionais mais estáveis com outros adultos ou com o namorado(a) ou marido/mulher.

Hunter e Kilstrom (1979), verificaram que pais que quebravam o ciclo do abuso tinham um maior suporte social. Esta relação emocional proveniente dos pais surgiu como modelo de trabalho alternativo no relacionamento, o qual é diferente nas relações em que existe abuso e que eles experienciam com a criança. Sem um modelo alternativo, pais abusados quando crianças desenvolvem expectativas negativas de cuidar e educar os seus filhos, consideram que não são dignos e que são pessoas sem valor. Transpondo o modelo de qualidade de relações de amizade experienciadas na infância, até esta se transformar em adulto, é de certa forma uma explicação um quanto constrangedora para a continuidade dos maltratos parentais.

Viver muito intensamente sob stress e certas características da mãe como a depressão e elevado nível de ansiedade, distingue aqueles que partem o ciclo do abuso. Diversos estudos realizados por Egelend e Farber, 1984; Belsky, Rovine e Taylor, 1984; vieram enriquecer o conhecimento sobre os antecedentes de boa qualidade do attachment pais-criança. Assim, implementando programas de prevenção tendo o foco na área sensitiva e emocional, e relacionando-a com os cuidados das crianças poderia ajudar a promover um relacionamento pais-criança mais seguro.

Reduzindo a ansiedade parental é favorável um aumento na probabilidade de corte no ciclo do abuso, sendo que, baixo nível de ansiedade torna mais fácil para os pais uma aproximação relativo aos cuidados e duma forma mais flexível.

O interesse pela prevenção dos maus tratos nas crianças tem conduzido à realização nos últimos anos, de um grande número de investigações que

tem tentado perceber as causas deste fenómeno, e elaborar modelos e métodos capazes de detectar e identificar sujeitos e populações de alto risco.

Partindo da etiologia dos maus tratos como um fenómeno complexo e multifactorial, as aproximações transacionais e ecológicas consideram que este deve ser entendido como uma manifestação da relação "criança-cuidador".

As teorias derivadas de disciplinas como a Psicologia Evolutiva e Clínica, Pediatria e Sociologia mostram-nos resultados empíricos de investigações relativamente à identificação de factores de risco, como por exemplo: características do sujeito agressor, características da criança e do contexto ambiental em que se processa a relação, a observação sob a presença de modelos disfuncionais de interacção em pares de "criança-cuidador" abusivos.

Assim, relativamente às características do adulto agressor, investigações realizadas por, Altemeier et al. (1979, 1984); Poweel (1980); Vietze et al. (1980); Daniel et al. (1983); Lutzker et al. (1984); Deykin et al. (1985); Webster-Strtton (1985), referem alguns traços que são comuns à maioria dos sujeitos observados:

- ter sofrido experiências de maus tratos em criança;
- a presença de traços depressivos;
- um baixo nível de auto-estima;
- e escassa tolerância ao stress, assinalam-se como os mais relevantes.

Outros autores como Frodi & Lamb (1980); Vietz et al. (1980); Kempe & Kempe (1979); Lebovici (1983); Felthous (1984), consideram que apesar da relativa falta de elementos específicos e causais para os maus tratos apresentados nas crianças, estes podem ser incluídos em outras categorias de risco tendo na base a presença de determinadas condições vulneráveis tais como:

- prematuridade,
- e baixo peso ao nascer.

Autores como Wasserman & Allen (1985) consideram importante:

- handicaps congénitos

Sherrod et al. (1984) dá relevo como factor de risco:

- vulnerabilidade física

Milliones (1987); Gaensbauer & Sands (1979); Stevenson-Hind & Simpson (1982); Wasserman et al. (1983); Crittenden (1985); Lee & Bates (1985), todos estes autores consideram:

- certos traços de temperamento ou de personalidade que poderiam caracterizar a denominada "criança difícil".

Um terceiro grupo de factores de risco refere-se a características que de acordo com a sua condição são geradores de stress, determinando e/ou influenciando quer seja de forma directa ou indirecta, na relação mãe-criança. Powell (1980); Daniel et al.; Fethous (1984), consideram que um factor ambiental se encontra associado aos maus tratos, sendo este o isolamento social.

Segundo J. Ochotorena & M. Madriaga a procura da verdadeira natureza do problema dos maus tratos nas crianças só será possível através da valorização de todos os factores enumerados pelos diversos autores, e todas as inter-relações devem ser analisadas como um todo dinâmico.

Estudos efectuados tendo por base a observação sistemática da interacção de pares mãe-criança ou mãe-cuidador, permitem observar que os maus tratos são um problema fundamentalmente diádico: tanto o comportamento materno como o da criança funcionam como agentes activos e colaboram numa forma conjunta no estabelecimento e manutenção duma conduta patológica. Assim, mães abusivas percebem os seus filhos como difíceis (Felthous, 1984; Estroff et al., 1984; Webster-Stratton, 1985), são menos activas as estimulações e mostram condutas negativas e um afecto menos positivo.

Por outro lado, a observação de crianças vítimas de maus tratos, exibem condutas anormais e uma comunicação afectiva distorcida (Gaensbauer & Sands, 1979; Wasserman et al., 1983; Crittenden, 1985).

J. Ochotorena & M. Madriaga afirmam que adoptando uma perspectiva transaccional, a construção de planos preventivos válidos e eficazes devem basear-se na elaboração de modelos explicativos que tenham em conta tanto

variáveis psicológicas, psicossociais e sócio-demográficas, como as características da relação mãe-bebé ou cuidador-bebé.

J. Ochotorena & M. Madriaga efectuaram uma experiência tendo por base "Child Abuse Potencial Inventory" numa versão castelhana, tendo obtido resultados significativos quanto à relação entre o risco de aparecimento de maus tratos e a qualidade de percepção materna da criança, estrato sócio-económico, profissão da mãe e número de filhos.

Em primeiro lugar esta experiência revelou resultados significativos entre as pontuações obtidas na amostra e as seguintes variáveis: "Percepção materna de criança", características de personalidade infantil, qualidade negativa de percepção materna da criança, sendo estas indicadoras de risco de aparecimento de actos de maus tratos.

Em segundo lugar, a percepção da mãe relativamente ao seu filho vai-se tornando mais negativa à medida que a criança apresenta alterações de personalidade mais clara. A variável a ter em conta relativamente à qualidade de percepção materna, é a qualidade da relação mãe-criança.

Os resultados alcançados na experiência parecem indicar que na relação mãe-filho, as alterações de personalidade na criança, a precariedade económica deve ser considerada como factor de risco para o mau trato infantil. Assim, a constatação da existência de influências recíprocas, baseadas em mecanismos de feedback e não unidireccionais, entre as variáveis, apoiam a concepção transaccional, a etiologia e a dinâmica do fenómeno como complexo e multifactorial.

Investigações efectuadas têm revelado que condições sociais que afectam a família como: o desemprego prolongado, falta de apoio social, tensões conjugais, instabilidade nas relações com os pares, más condições habitacionais..., são factores que se encontram relacionados com os maus tratos de crianças (Altemeier, O'Connor, Sherrod e Tucker, 1982; Garbarino e Koltelny, 1992; Pelton, 1978; Sack, Mason e Higgins, 1985; Salzinger, Kaplan e Artemyeff, 1983; Webster-Stratton, 1985).

Reid, Kavangh e Baldwin (1987) mostraram que os pais que maltratam os seus filhos frequentemente percebem incorrectamente as suas capacidades

reais, quer se trate de capacidades intelectuais, como do controlo de impulsos agressivos ou de hiperactividade.

Outro aspecto também relevante é o nível de maturidade, e diversos estudos efectuados revelaram que o agente dos maus tratos são frequentemente pessoas imaturas cujo desenvolvimento se fixou em estádios prévios ao da maturidade, uma das consequências é o facto dessas pessoas terem percepções e expectativas erradas face à conduta infantil (Azar, Robinson, Hekemian e Twentyman, 1984; Bauer e Twentyman, 1985; Twentyman e Plotkin, 1982), analisando o comportamento da criança como se fosse mais velho do que a idade que ela apresenta, atribuindo-lhe uma intencionalidade que na realidade não pode ter e esperando dela demasiadas coisas não relacionadas com a sua idade. Estas pessoas põem em acção formas e mecanismos de reacção imaturos, frequentemente caracterizados pela impulsividade.

7 - O IMPACTO PSICOLÓGICO DOS MAUS TRATOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Na investigação sobre os maus tratos nas crianças nos últimos anos, tem-se observado um crescente interesse pelo estudo das consequências das vítimas de maus tratos.

Com base numa perspectiva evolutiva, a criança enfrenta uma série de tarefas, apropriadas à sua idade, que as deve desenvolver de forma competente e que permite a sua adaptação (Sroufe e Rutter, 1984). Estas tarefas ou metas evolutivas não são realizadas por si só mas com base numa "matriz relacional e interpessoal" (Wernwer, 1984), é aí que a mãe ou a figura de substituição, tem um papel fundamental, especialmente nos primeiros anos de vida. A maternidade exercida de forma competente, isto é, com sensibilidade e atendendo às necessidades da criança facilitará ao bebé o alcance de metas (Cerezo, 1993).

As situações de maus tratos revelam uma grave disfunção relacional que afecta o normal desenvolvimento dos estádios evolutivos da criança, é neste sentido que Cicchetti (1989) afirma que os maus tratos devem ser considerados uma psicopatologia relacional, sendo o resultado de uma disfunção do sistema transaccional pais-criança-ambiente.

A primeira infância num sentido amplo compreende os primeiros cinco anos de vida. Trata-se da faixa etária onde os maus tratos e as suas consequências têm maior gravidade, principalmente pela fragilidade e vulnerabilidade da criança. Até aos dois anos de idade é onde se regista o maior número de casos com resultado de morte e um grande número de casos com danos permanentes (Newberger, 1982).

É nos primeiros anos de vida que a criança sofre alterações aceleradas a nível do crescimento e do seu desenvolvimento, sendo possível verificar os efeitos dos maus tratos neste dois níveis. Do ponto de vista físico o hematoma subdoral e as lesões cerebrais encontram-se entre os efeitos mais graves, e às vezes fatais, que nos indica que a criança foi vítima de abuso físico. O sub-desenvolvimento da criança sem causa orgânica, é outra manifestação

do impacto do mau trato, não só o facto de as crianças estarem no percentil abaixo para a sua idade relativamente ao peso e estatura mas também, porque o seu desenvolvimento não segue os resultados esperados: por exemplo o crescimento dos ossos longos típico do segundo ano de vida não se efectua de igual forma e as crianças têm uma aparência muito característica (Martinez-Roig, 1991). E, quando as crianças vítimas de maus tratos passam por locais como por exemplo um internamento hospitalar, onde têm um atendimento adequado e uma boa prestação de cuidados é visível a sua recuperação e o seu crescimento, vindo ratificar a hipótese colocada sobre o maltrato. Em bebés que começam a andar e que sofrem de abuso emocional ou abandono foi observado um fenómeno vascular em que as mãos e os pés estavam frios, para além disso a pele encontrava-se com manchas encarnadas e roxas. Feehnan (1992) atribui este fenómeno ao medo que provoca no bebé uma imprevisibilidade da resposta da mãe e da sua falta de disponibilidade emocional, o que dá lugar a uma sobre-actividade do sistema nervoso simpático e aos efeitos revelados nas extremidades do seu corpo.

A observação dos maus tratos pode ser evidenciada na primeira infância em três momentos distintos, no desenvolvimento socio-emocional que se manifesta:

- *na relação de vinculação,*
- *nos processos de diferenciação e o self,*
- *e no comportamento social com os seus pares.*

7.1 - A RELAÇÃO DE VINCULAÇÃO

Com base na hipótese formulada por Bowlby (1969, 1973) e mais tarde revista por Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), que assinala que as diferenças individuais observáveis na qualidade da vinculação da criança são resultado da interacção e dos cuidados providenciados pelos pais, sendo verdade esta hipótese, podemos observar nas crianças vítimas de maus tratos, segundo Cicchetti & Toth (1995), consequências dramáticas e

específicas no comportamento de vinculação da criança, pois existe uma alteração extrema susceptível de ser observada na qualidade dos cuidados prestados pelos pais.

A teoria da vinculação, defende que no decorrer da interacção com a mãe, a criança constrói determinados modelos internos dinâmicos, que se constituem em representações de si próprio e dos outros, e determinam o modo como subseqüentemente vai organizar a sua acção com as pessoas e com os objectos em seu redor.

Em função da adequação ou inadequação da interacção providenciada pela mãe, a criança desenvolve um modelo interno - caracterizado ou não por um auto-conceito positivo e pela confiança ou não na disponibilidade dos pais e do contexto social em geral, que permite ou não uma acção adaptada na realidade física e social.

Os modelos internos que cada um elabora a respeito de si próprio e dos outros derivam em grande parte do modo como representa a relação de vinculação que estabeleceu com a mãe, formando expectativas acerca de como os outros irão agir e reagir e como terá de ser bem sucedido para que os outros gostem de si.

Se a representação que a criança tem dos pais, é de que são pessoas disponíveis e providenciam experiências agradáveis, então tende a esperar que os outros também estarão disponíveis e a sua acção será consistente, mantendo uma relação efectiva e competente.

Na criança seguramente vinculada, a confiança que tem em si e nos outros facilita uma relação interpessoal calorosa e de confiança com os outros. Contrariamente as crianças que têm uma vinculação insegura, apresentam expectativas negativas quer relativamente a si próprias quer na confiança que depositam nos outros.

A observação da interacção mãe-criança, mostra que as mães abusivas manifestam em maior grau comportamentos aversivos, controladores e de interferência com os seus filhos comparativamente com as mães que não maltratam (Burguess e Conger, 1978; Cerezo, 1992; Crittenden, 1981; Mash, Jonhson e Kovick, 1983).

O impacto deste tipo de interacção e de tratamento da criança pode afectar o desenvolvimento da relação de vinculação, sendo que é uma das coisas mais importantes no primeiro ano de vida. O bebé mediante o choro, as queixas, provocados por distintas causas (dor, mau estar, fome, ruídos súbitos, objectos estranhos, sentir-se só...) reclama a proximidade da figura de apego. O resultado predizível da conduta do apego do bebé é conseguir a proximidade de quem cuida dele (Bowlby, 1969) o que lhe proporciona conforto e segurança. No abuso físico e/ou emocional do bebé não lhe é proporcionado esse conforto e essa segurança, e segundo Crittenden, Airworth (1989) e Crittenden (1992) de acordo com a teoria de vinculação a criança desenvolverá um apego inseguro, que pode ser avaliado segundo o Teste "A Situação face ao Estranho", desenvolvido por Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978).

Carlson em 1989 comparou dois grupos de mães: 22 maltratantes e 21 que não maltratam e classificaram as crianças de 12 meses quanto ao seu comportamento de apego, utilizando as quatro categorias clássicas de Ainsworth (A: ansioso-esquivo; B: seguro e C: ansioso-resistente D: desorientado ou desorganizado). Todas as famílias possuíam um nível sócio-económico relativamente baixo.

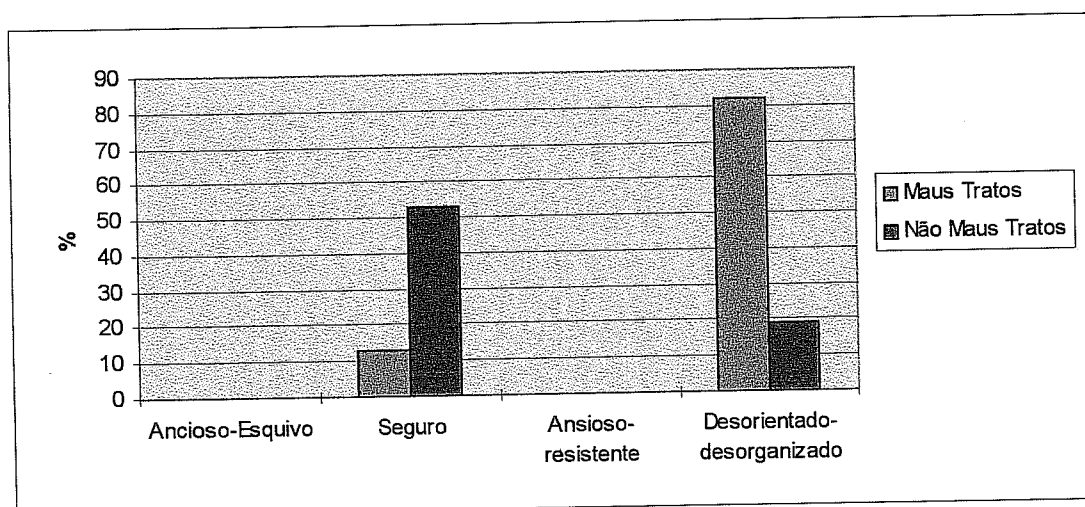


Gráfico 1 - Comportamento de apego

O resultado desta investigação revelou que o tipo de maus tratos sofrido por estas crianças foi abandono e abuso emocional. Os resultados mostraram que no grupo das crianças vítimas de maus tratos: 82% das crianças

classificavam-se na categoria D (desorganizado, desorientado), comparativamente com o outro grupo de crianças não maltratadas que apresentava 19%. Na categoria B (seguro) encontravam-se 13% das crianças maltratadas comparativamente com 53% do grupo de não maus tratos. A diferença foi significativa entre a proporção de apego seguro versus inseguro nos grupos da amostra apresentada. As crianças vítimas de maus tratos estão particularmente em risco de desenvolver desorganização na vinculação com a mãe (Youngblade e Belsky, 1989).

A revisão de Youngblade e Belsky (1990) de um conjunto de onze trabalhos que envolveu 941 sujeitos, sobre a conduta de apego de crianças vítimas de maus tratos, revela a convergência de resultados: as crianças do grupo de maus tratos classificavam-se numa forma significativa na categoria de apego inseguro comparativamente com as crianças que não sofriam de maus tratos, tendo sido equiparado as idades e o nível sócio-económico neste estudo.

As crianças pequenas que crescem em ambientes inconsistentes e com tratamento insensível ou dessintonizado com as suas necessidades, quer por hiper-estimulação quer por infra-estimulação, fracassam com mais frequência na realização de tarefas evolutivas importantes como o desenvolvimento de um apego seguro. O medo que essas crianças sentem pode activar conflitos entre a sua tendência em procurar uma proximidade com a sua mãe e a sua tendência em evitá-la ou afastar-se, tendo em causa experiências anteriores que a criança vivenciou e introjectou um resultado não securizante.

As crianças maltratadas estão em risco de desenvolver modelos globais negativos. As expectativas negativas relativamente a si próprio e ao outro têm também influências negativas na competência da criança para interagir adequadamente com os outros. As crianças vítimas de maus tratos não estão preparadas para desenvolver relações positivas e bem sucedidas com os outros (Mueller e Silverman 1989).

Gaensbauer & Sands (1979) consideram que o padrão de expressão emocional das crianças maltratadas tem fraca expressão afectiva, existindo: falta de prazer e de envolvimento, comunicação de afectos negativos, inconsistência e imprevisibilidade, ambivalência e ambiguidade.

7.2 - OS PROCESSOS DE DIFERENCIAÇÃO E O SELF

Entre os dezoito meses e os três anos, a criança tem de alcançar uma tarefa evolutiva importante: o desenvolvimento do self autónomo. Trata-se de um processo em que a criança efectua uma diferenciação de si mesmo, como diferente dos outros. Segundo Lewis, Brooks e Jaskir (1985) consideram que o estabelecimento de um apego seguro favorece os processos que a criança necessita para libertar a sua atenção e para poder explorar outros ambientes que de outro modo seriam "secundários" ao seu interesse para controlar a sua fonte de segurança primária.

O estudo dos factores cognitivos e emocionais do self utilizaram como indicadores mais frequentes, o auto-reconhecimento visual da criança em frente ao espelho e a qualidade das reacções afectivas à sua imagem. Alguns resultados revelam que as crianças vítimas de maus tratos têm afectada a dimensão emocional relativamente a si próprios, manifestando face à sua imagem, com maior frequência do que as outras crianças, reacções neutras ou mesmo negativas (Lewis, Sullivan, Stanger e Weiss, 1989).

Um Projecto sobre a interacção mãe-criança de Minnesota, dirigido por Egeland, foi um amplo programa de investigação longitudinal sobre os maus tratos, o estudo aponta resultados interessantes em relação ao desenvolvimento da auto-diferenciação.

Com dois anos de idade, identificou-se um grupo de 96 crianças sofrendo de algum tipo de maus tratos (físico, verbal, abandono ou inacessibilidade psicológica por parte da mãe). Este grupo fazia parte de um total de 267 mulheres primiparas de alto risco, que foram avaliadas periodicamente desde o terceiro trimestre de gravidez. As crianças vítimas de maus tratos foram comparadas com as crianças do grupo de controlo de alto risco numa série de variáveis relativas à sua incipiente autonomia, tais como ocuparem-se de tarefas de modo independente e a utilização de recursos para enfrentarem a frustração. Foram colocados quatro problemas: os dois primeiros eram muito simples e os outros dois eram muito difíceis e requeriam a ajuda da mãe. Foi dito às mães que deixassem os filhos realizarem a tarefa e só depois lhes dessem a ajuda que eles necessitassem. Foram classificadas

mediante observação diferentes dimensões: entusiasmo, dependência, desobediência, zanga, frustração em direcção à mãe, afrontamento e persistência.

Os resultados indicam que todas as crianças vítimas de maus tratos mostram significativamente menos entusiasmo do que o grupo de controlo e maior conduta desobediente: mais zangas e frustração. A conduta de afrontamento com o stress da tarefa foi significativamente pior nas crianças do grupo que sofria de abandono e no grupo cujas mães manifestavam uma clara insensibilidade aos seus filhos. Tendo estes últimos destacado-se pela falta de afecto positivo e mostrado efeitos mais perniciosos quanto aos seus índices de desenvolvimento (Erickson, Egeland e Pianta, 1989).

Outro aspecto também importante relacionado com os processos de diferenciação é o funcionamento comunicativo das crianças. Alguns estudos revelaram que as crianças vítimas de maus tratos, têm níveis inferiores de competência linguística no que se refere à linguagem receptiva (Aber & Alen, 1987), e apresentam atrasos significativos ao nível da linguagem expressiva quando comparada com os seus pares não vítimas de maus tratos (Beeghly & Cicchetti, 1994; Coster, Gersten, Beeghly, e Cicchetti, 1980). Foram também observados atrasos no desenvolvimento sintático, no uso de vocabulário e na função comunicativa da linguagem em crianças maltratadas no seu terceiro ano de vida, quando comparados com crianças da sua idade (Coster, 1989).

A investigação sugere que os maus tratos afectam o desenvolvimento, a auto-diferenciação e os processos do self nas suas dimensões emocionais. A dimensão cognitiva e de auto-reconhecimento não parece ser afectada. Os aspectos de desenvolvimento da linguagem, especialmente a função comunicativa parecem sofrer uma certa demora, mas acabam por diluir-se no papel diferencial dos maus tratos de outros factores como a linguagem da mãe.

7.3 O COMPORTAMENTO SOCIAL COM OS SEUS PARES

As relações entre as crianças ou o que se denomina de "comportamento com os pares", e o estabelecimento de relações sociais que desenvolvem, representam uma meta evolutiva que adquire grande importância na idade pré-escolar. Neste sentido, uma das características mais importantes da relação entre as crianças é o seu carácter de igualdade, de reciprocidade que é um aspecto principal do desenvolvimento social.

A partir da metade do segundo ano de vida e durante o terceiro ano, as crianças partilham progressivamente actividades e pessoas em que baseiam a sua interacção social.

George e Main (1979) foram os primeiros a realizar um estudo em que efectuaram a comparação da interacção social de um total de 20 crianças (10 crianças não maltratadas e 10 crianças vítimas de abuso físico). O estudo realizou-se com crianças de dois anos de idade. Os resultados da observação mostraram que as crianças que sofriam de abuso físico manifestavam agressividade e evitavam os seus pares; quando estes lhes faziam um gesto amigável, debatiam-se num comportamento de aproximação-evitação e se respondiam faziam-no de forma indirecta, aproximando-se por detrás ou lateralmente. Estes resultados registram-se noutros estudos com crianças maiores mas em idade pré-escolar. As crianças maltratadas mostram uma incompetência social na sua interacção com os pares, manifestando-se com comportamentos agressivos e/ou retraimento social.

Os autores consideram que o evitamento que se verifica, sobretudo ao nível do contacto físico, é utilizado pela criança para manter um certo controlo sobre o comportamento do outro e serve também para que possa defender-se da ameaça que este representa para si - assim, por exemplo, quando a criança se aproxima, nunca o faz directamente, mas sim andando às voltas, pelas costas ou pelo lado.

Um outro estudo efectuado por Main e George (1985) com crianças de dois anos, permitiu verificar a actuação de crianças vítimas de maus tratos físicos com os seus pares em situações de choro ou de aflição. Assim, as crianças não maltratadas revelam consolo, pena e tentam reconfortar as que

choram, enquanto que as crianças que sofrem de abuso físico respondem aos seus companheiros com medo, aborrecidas ou mesmo batendo-lhes.

Klimes-Dougan e Kistner (1990) revelam que as crianças vítimas de maus tratos manifestam mais respostas inapropriadas, por excesso - agressão, ou por defeito - retraimento, face aos seus pares quando estes tem um comportamento de choro ou se afligem.

A nível da relação interpessoal foi sobretudo notado um comportamento mais agressivo, com as crianças maltratadas relativamente às crianças da sua idade e para com o adulto, tanto no infantário, como em casa, ou em contextos relacionais (Egeland & Sroufe, 1981; Erickson, Egeland, & Pianta, 1989; George & Main, 1979; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984; Killén, 1996; Whitmore, Kramer, & Knutson, 1983).

Estudos efectuados por George & Main (1979); Klimes-Dougan & Kistner (1990), revelaram que as crianças vítimas de abuso têm um comportamento interpessoal inadequado, foi particularmente observado perante as expressões de mal-estar e sofrimento dos pares: as crianças maltratadas respondem inadequadamente, mostram falta de preocupação empática e respondem negativa ou agressivamente ao sofrimento expresso pelo outro, contrariamente às crianças não vítimas de maus tratos que mostram preocupação empática e tristeza perante o mal-estar dos colegas. George & Main (1980) verificaram também que as crianças vítimas de maus tratos mostraram-se 6 vezes mais agressivas com a educadora comparativamente às outras crianças. O seu comportamento agressivo visa objectivamente causar mal-estar e danos na pessoa do outro.

Barahal, Waterman, & Martin (1981) verificaram que as crianças vítimas de mau trato físico apresentavam dificuldades em identificar os sentimentos do outro, assim como em tomar a perspectiva do outro.

Para Lynch & Cicchetti (1991) o contacto interpessoal com o outro suscita ansiedade e mal-estar, o que conduz na criança vítima de maus tratos, a uma resposta inadequada de isolamento, evitamento e agressividade nas suas interacções.

Beeghly & Cicchetti (1994) concluem que os maus tratos tem um efeito tóxico no desenvolvimento do self e das competências sócio-cognitivas relativas ao relacionamento com os outros, podendo ser responsável pela acção social e interpessoal menos adequada.

8. O IMPACTO PSICOLÓGICO DOS MAUS TRATOS EM IDADE ESCOLAR

Das metas evolutivas no período compreendido entre os 6 e os 12 anos de idade são de destacar a integração hierárquica das redes sociais e das diferentes figuras de apego, o assumir crescente de responsabilidade, a consciência do que está bem e do que está mal, etc.

As crianças maltratadas que sofrem de abuso físico e emocional vivem muitas vezes em condições adversas, marcadas por um elevado nível de conflito e com relações instáveis e disfuncionais. A situação em que vivem as vítimas de abuso físico e emocional, pode inserir-se no que Abramson, Seligman e Teasdale (1978) consideraram "modelo de desamparo aprendido", este modelo estabelece que se desenvolvem sintomas depressivos quando o sujeito percebe que um resultado positivo é muito improvável e um resultado negativo é muito provável, e, ele nada pode fazer para alterar o resultado.

Em 1994 Cerezo e Frias realizaram um estudo comparativo entre vítimas de abuso físico e emocional (sofriam de abuso à pelo menos dois anos) e crianças que não sofriam de maus tratos, o nível sócio-económico era equiparado nos dois grupos. Foram utilizados: o Questionário de Depressão Infantil de Kovacs (CDI - Children Depression Inventory) e o Questionário de Estilo Atribucional para Crianças de Kaslow (CASQ - Children's Attributional Style Questionnaire).

Os resultados de acordo com as predições, indicaram que as crianças vítimas de abuso apresentavam um nível significativamente superior de sintomatologia depressiva e um estilo atribucional mais depresogénico, nas respostas ao CDI, as vítimas de abuso manifestavam um afecto negativo em relação: ao auto-conceito, à saúde/doença, quanto às preocupações sobre a morte, nas relações sociais e na vivência de acontecimentos ou de experiências.

As investigações sobre os maus tratos em idade escolar revelaram que as crianças apresentam um comportamento problemático: condutas de agressividade verbal e física, hostilidade, oposição, roubos e mentiras.

Desde a década de 80 que alguns dos estudiosos dos maus tratos como Ammerman, 1990; Belsky, 1980, 1993; Cerezo, 1992; Cicchetti e Rizley, 1981; Wolfe, 1987; consideram que o abuso deve considerar-se como um resultado de umas relações gravemente disfuncionais e que estas representam o extremo de um contínuo de maior ou menor disfuncionalidade da interacção pais-filhos.

Trabalhos efectuados por Ammerman, 1990; Cerezo e Frias, 1991; D'Ocon, 1994; Hanse, Conaway e Smith, 1990, em que foi utilizado a observação directa sobre a interacção pais-filhos, revelaram que as mães abusivas têm um comportamento mais aversivo, menos positivo e dão mais ordens, quando comparadas com as díades mãe-filho não problemáticas. As condutas maternas negativas dão-se inoportunamente, não tendo qualquer relação com aquilo que a criança diz ou faz (Burgess e Conger, 1978; Reid, 1983; Wahler e Dumas, 1986). É de assinalar também que a conduta interactiva mais frequente é de carácter neutro, entre 75 e 80%.

Cerezo e D'Ocon (1995) efectuou um estudo comparando 15 famílias, tendo verificado que as crianças que sofriam de abuso obtinham taxas ligeiramente inferiores de conduta prosocial (5.50 vs. 5.77) e significativamente superior em comportamentos desviantes (.34 vs. .15). As mães do grupo de abuso revelaram 4,6% de conduta dirigida ao filho que foi codificada como negativa ou aversiva, e 2,9% como positiva, as ordens representavam 18% e a conduta neutra de aproximação social de 74,5%. Comparativamente às mães não abusivas, as mães abusivas davam mais ordens, eram mais aversivas e menos positivas e mostravam maior interacção neutra com os seus filhos.

O relacionamento da criança com os seus pares é um aspecto muito importante para as crianças em idade escolar, que favorece a sua adaptação e a sua aprendizagem a outras situações e tarefas posteriores. A violência familiar que implica o abuso e a falta de vinculação e interrelação, proporcionam na criança um contexto adverso para o desenvolvimento da sua compreensão das situações interpessoais e da sua conduta social. Regra geral, as relações sociais das crianças maltratadas em idade escolar com os seus pares, reflectem a sua escassa compreensão das mesmas e uma conduta pouco adaptativa e socialmente desenquadrada.

Salzinger, Feldman, Hammer e Rosario (1993) compararam a conduta social e o status social numa amostra de 87 crianças, entre os 8 e os 12 anos, sendo que algumas sofriam de abuso físico. De acordo com as predições, as crianças maltratadas obtiveram um status social mais baixo. Os resultados derivados do estudo do status sociométrico, revela que as crianças maltratadas quando assinalavam os que consideravam os colegas que mais gostavam e incluindo os melhores amigos, não eram correspondidos por estes que contrariamente os elegiam de forma negativa, isto é situavam-nos nos companheiros que menos gostavam. Esta baixa reciprocidade, manifesta uma escassa capacidade destas crianças perceberem a sintonia de uma relação.

O baixo status sociométrico das crianças abusadas estava frequentemente associado à conduta social que era percebida pelo companheiros, pois estes os classificavam como significativamente os menos amigáveis, mais antisociais, mais provocadores de brigas, como companheiros problemáticos para chamar à atenção, etc., em consonância com esta percepção as crianças do grupo de abuso não gostavam destas crianças para amigos.

Estes resultados e outros estudos referem que as crianças vítimas de maus tratos manifestam dificuldades e distorção na percepção da conduta. Straker e Jacobson (1981), referem nos seus estudos que estas crianças são significativamente menos empáticas. Beharal, Waterman e Martin (1981), assinalam que as crianças têm dificuldades para rotular sentimentos e compreender as regras sociais complexas. Para Salzinger (1993), os défices encontram-se associados a comportamentos aversivos e que no âmbito da interacção com os seus pares proporciona o afastamento. Segundo Bierman (1987) o afastamento e o status social negativo afecta o ajustamento das crianças maltratadas e constitui um factor importante que conduz ao abandono escolar e à delinquência.

Uma interacção social primária deficiente, aversiva e marcada por uma dessincronia (característica dos grupos de maus tratos) afecta o desenvolvimento infantil dos aspectos relativos ao processamento e na interacção social, recursos estes que são instrumentos preciosos para o seu desempenho futuro nos domínios sociais.

Para Aber & Allen (1987) as crianças maltratadas apresentam uma excessiva dependência para com o adulto e a motivação para a realização é geralmente muito baixa, o que compromete negativamente o seu desenvolvimento cognitivo

As crianças maltratadas apresentam, em relação aos seus irmãos que vivem em condições similares à sua, um maior número de problemas de comportamento, e elevado nível de ansiedade, hiperactividade e problemas de atenção (Salzinger, Kaplan, Pelcovitz, Samit & Krieger, 1984). Associados aos maus tratos físicos e emocionais emergem na criança problemas de comportamento, mais particularmente, a agressividade dirigida aos outros (Crittenden, Claussen & Sugarman, 1994), comportamento disruptivo e déficit de atenção (Aber, et al., 1989; Crittenden, 1998; Rogeness, Amrung, Macedo, Harris, 1986; Salzinger et al., 1984; Walker et al., 1989). Outros autores dão conta de uma forte associação entre o abuso da criança e o subsequente desenvolvimento de baixa auto-estima e depressão (Kaufman, 1981; Kaufman & Cicchetti, 1989; Toth & Cicchetti, 1996).

Não existem diferenças significativas nos maus tratos a nível do sexo, no entanto, estudos efectuados por Crittenden, et al., (1994); Walker et al., (1989) referem que os rapazes parecem estar mais em risco de desenvolver problemas de externalização e distúrbios como a desordem de conduta, enquanto que as raparigas estão mais em risco de desenvolver problemas de internalização, e distúrbios como a depressão, tendendo a inibir a zanga e a agressão, que substituem pela obediência excessiva e os cuidados resultantes da inversão dos papéis parentais (Crittenden, et al., 1994).

9 - MODELOS EXPLICATIVOS DOS MAUS TRATOS

Wasserman e Allen (1985) pretenderam analisar tanto as características dos adultos responsáveis pelos maus tratos, como as condições que fazem com que determinadas crianças se convertam em vítimas.

Os três factores mais comuns para os maus tratos, que a literatura faz referência são: *a idade, a saúde e as características da conduta da criança*. Quanto à idade, diversos estudos mostraram que as crianças apresentam maior probabilidade de receber maus tratos comparativamente com os adolescentes. Relativamente à saúde os problemas apresentados são por exemplo: a prematuridade ou o facto de terem algum tipo de deficiência ou limitação física, comparativamente com os que não apresentam esse défice. A nível da conduta os problemas apresentado são: a hiperactividade ou comportamentos que incomodam os outros (Creighton, 1985; Egley, 1991; Sherrod, O'Conner, Vietze e Altemeier, 1984; Trickett e Kuczinsky, 1986).

Os maus tratos infantis não só não têm causas únicas como não têm causas necessárias nem suficientes. Assim, cada vez mais recorre-se com frequência a modelos interaccionistas de causalidade múltipla e concorrente.

Este modelos têm diversas versões: Modelo Transaccional de Cicchetti e Rizley (1981) o Modelo Transaccional de Wolfe (1987, 1991), o Modelo de Processamento de Informação Social (Milner, 1993) e o Modelo Evolutivo-Ecológico de Belsky (1980, 1993).

Com base no movimento cognitivo-conductual, desenvolveram-se modelos de processamento de informação social, que para explicar a conduta agressiva dão ênfase aos processos cognitivos e às capacidades sociais. Os modelos de processamento de informação social permitem descrever actividades cognitivas em crianças que são agressivas (Akhtar e Bradley, 1991; Dodge, Bates, y Pettit, 1990) e em pais e mães que são negligentes com seus filhos (Crittenden, 1993). De forma similar, foi proposto um modelo compreensivo de processamento de informação social que organiza a teoria e a literatura existente para explicar porque é que os pais maltratam fisicamente os seus filhos (Milner, 1993). Este modelo pretende efectuar uma descrição

detalhada dos défices em processos e capacidades cognitivas dos pais que maltratam os seus filhos.

Newberger e Cook (1983) foi um dos primeiros autores a efectuar uma descrição dos factores cognitivos relacionados com o comportamento de pais maltratantes, propondo um modelo cognitivo-evolutivo. Este modelo inclui quatro níveis na consciência da paternidade e da maternidade: consciência de si mesmo como pai, consciência do desenvolvimento normal das crianças, consciência do ponto de vista das crianças e consciência do sistema interactivo pais-filhos. Este modelo centra-se no desenvolver (ou no desejo de desenvolver) as ideias dos pais, sobre o seu funcionamento enquanto pais e a sua compreensão do comportamento das crianças.

Em oposição a este modelo Twentyman, Rohrbeck e Amish, 1984, propôs um modelo cognitivo-conductual que se centra nas expectativas dos pais, a falta de afecto da criança, as atribuições dos pais e a reacção excessiva dos pais relativamente à falta de afecto dos filhos. Os elementos cognitivos chaves deste modelo são as expectativas exageradas dos pais maltratantes, o facto de atribuir às crianças capacidades e responsabilidades inadequadas e a percepção de intencionalidade negativa (percepção dos pais sobre as intenções dos filhos), estes elementos permitem avaliar um comportamento paterno inadequado.

O modelo de Twentyman (1984) foi modificado por Azar (1986) tendo dado origem a três áreas essenciais: os processos cognitivos dos pais, o controlo de impulsos dos pais e as interacções pais-filhos. Azar analisa o possível impacto que factores externos tais como os níveis de stress familiar e de apoio social podem ter sobre os processos cognitivos e os comportamentos dos pais. Azar e Siegel (1990) assinalam que os conhecimentos e as destrezas que os pais necessitam ter variam em cada etapa do desenvolvimento da criança, no qual pode explicar porque surgem os problemas de maus tratos de crianças em períodos distintos do desenvolvimento.

Em 1987 Wolf descreveu um modelo transicional do maltrato infantil que para além dos factores descritos nos modelos anteriores, inclui também, factores múltiplos que no seu ponto de vista contribuem para os maus tratos de

crianças. A situação do mau trato infantil desenvolve-se como consequência de uma série de interações pais-filho (transições) cada vez mais agressivas. O modelo de Wolf sugere que os factores cognitivos paternos, como o facto de atribuir à criança uma responsabilidade exagerada quando há problemas de comportamento, ou a percepção de intenções negativas por parte da criança e a ideia de que as situações escapam ao seu controle, são factores que contribuem seriamente para o desenvolvimento de conflitos entre pais e filhos.

O modelo de processamento de informação social do mau trato físico infantil foi descrito por Milner (1993), e propõe quatro etapas de processamento de informação que parecem descrever o pensamento e o comportamento dos pais maltratantes. Três destas etapas são descritas pelo processamento cognitivo e a quarta etapa de execução de resposta cognitivo-condutual.

Assim, as três etapas cognitivas são:

- *Percepções do Comportamento Social;*
- *Interpretações, Avaliações e Expectativas que dão significado ao comportamento social*
- e o *Processo de Integração de Informação e Selecção de Respostas.*

As actividades cognitivas em uma ou mais das três primeiras etapas de processamento de informação servem para medir os acontecimentos da 4ª etapa: *Processo de Execução e Controlo da Resposta.*

O modelo de processamento de informação social proposto também inclui as estruturas de informação preexistentes - esquemas. O modelo considera que esta informação influencia a imagem que os pais têm dos filhos, assim como sobre as actividades cognitivas nas outras etapas do processamento de informação. O modelo considera que os pais desenvolvem e mantêm ideias e valores globais e específicos sobre os seus filhos, essas ideias e valores dão origem ao seu comportamento. Assim, os esquemas cognitivos que estão na origem do comportamento dos pais, são modelados pelas suas crenças, pelo valor da família de origem, pela sociedade e pelas ideias formadas ao longo das interações entre pais-filhos.

Na primeira etapa: *Percepções* - comparados com pais que não maltratam, os pais maltratantes têm distorções na percepção e enviesam a

representação dos seus filhos bem como o seu comportamento. Os pais que maltratam fisicamente estão menos atentos e são menos conscientes do comportamento dos seus filhos como por exemplo: prestam menos atenção às condutas da criança e são menos sensíveis às mudanças que se vão produzindo no seu comportamento. Os pais maltratantes são menos capazes de reconhecer os estados afectivos dos filhos. Os autores referem que as ideias prévias ou as estruturas de informação (valores e crenças), dos pais que maltratam fisicamente os seus filhos podem influir sobre o procedimento da informação existente no meio. E quanto a factores pessoais os pais maltratantes sofrem mais de depressões, ansiedade e angústia, o que faz com que as suas percepções sejam menos correctas.

Quanto à Segunda etapa: *Interpretações, Avaliações e Expectativas* - comparando os pais que não maltratam com os pais maltratantes, estes diferem na sua interpretação e avaliação do comportamento dos seus filhos, assim como nas suas expectativas quanto à afectividade e em situações de disciplina. Os pais maltratantes parecem avaliar as condutas desobedientes da criança (tanto as reais como as percebidas), especialmente as menos relevantes como se fossem condutas muito piores e censuráveis. Também parece que os pais maltratantes fazem predições equivocadas quanto à afectividade da criança, e utilizam diferentes técnicas disciplinares. Assim, as expectativas específicas (que em alguns casos são exageradamente altas e noutros casos são demasiado baixas) coexistem com outras expectativas mais globais (expectativas inadequadas quanto aos estádios evolutivos da criança).

Os pais maltratantes parecem fazer atribuições estáveis internas quando se trata de um comportamento negativo da criança e atribuições instáveis e externas quando se trata de um comportamento positivo da criança, enquanto que os pais que não maltratam os filhos efectuam uma atribuição inversa.

Os pais maltratantes também parecem fazer mais atribuições de intenções negativas, especialmente em situações em que o comportamento da criança pode ser interpretado de várias maneiras. E as suas interpretações, avaliações e expectativas são mais distorcidas quando os pais maltratantes estão deprimidos, ansiosos ou angustiados.

Na Terceira etapa: *Integração de Informação, Selecção de Respostas* - o modelo assinala que os pais maltratantes, comparados com os pais que não maltratam, não são capazes de integrar a informação de forma adequada, o qual afecta a sua resposta. Esta diferença de processamento traduz-se num factor que contribui para a tomada de decisão e na selecção de resposta, à margem do papel dos processos cognitivos distorcidos e desligados de etapas anteriores. É menos provável que os pais maltratantes se sirvam de informação situacional na hora de avaliar o comportamento do seu filho. Ainda que a informação social seja percebida e interpretada de forma correcta, os pais maltratantes tendem a ignorar informações importantes durante esta etapa do processamento. Este tipo de processamento também permite que os pais maltratantes sustentem explicações do comportamento do seu filho que corroborem com os seus próprios princípios e distorções cognitivas preexistentes, às quais se fixam rigidamente e as quais estão associadas ao uso autoritário do poder (agressão verbal e física).

Os dados das investigações sugerem que os pais maltratantes carecem de capacidades para serem pais, mostram incapacidade em obter alternativas apropriadas para controlar o seu filho. Por fim, níveis elevados de depressão, ansiedade ou angústia por parte dos pais durante a terceira etapa podem diminuir a probabilidade de os pais serem capazes de integrar a informação.

Quarta etapa: *Controlo e Execução da Resposta* - esta última etapa sugere-nos que os pais maltratantes não desenvolveram totalmente as suas capacidades e/ou a sua capacidade para a execução de condutas, assim revelam-se menos capazes de controlar as suas respostas ou de modificá-las se necessário.

São muitos os factores que influenciam as capacidade dos pais para executar e controlar o seu comportamento. Por exemplo, os factores cognitivos (como as expectativas de falta de afecto dos filhos) podem reduzir a probabilidade de utilização de uma técnica de disciplina de forma controlada. Além disso, níveis elevados de depressão, ansiedade ou angústia por parte dos pais maltratantes podem ter um efeito negativo sobre a capacidade dos pais para executarem ou manterem uma determinada estratégia de disciplina. como por exemplo dar explicações à criança.

Shiffrin e Schneider (1984) apresentaram uma distinção entre o processamento controlado e o automático, servindo para explicar como se relacionam as etapas de processamento de informação. Tanto os pais maltratantes como os que não maltratam utilizam o processamento controlado e o automático, podendo este conduzir a diferentes respostas. Comparando os pais que não maltratam com os pais que maltratam fisicamente, estes últimos utilizam mais um processamento automático da conduta infantil em situações ambíguas e que impliquem stress.

O processamento automático é um processo cognitivo que é efectuado sem que os pais tenham consciência, pois este processa-se com base em conteúdos bem enraizados e utilizando a memória a longo prazo, é um processo que exige pouca atenção, e uma vez adquirido é difícil de se eliminar ou de se modificar.

O processamento controlado exige uma actividade consciente e bastante atenção. Geralmente conduz a uma avaliação lenta, usa informação a longo prazo e é facilmente modificável. Este tipo de processamento é útil em situações ambíguas que requerem decisões rápidas, sendo mais provável uma resposta adequada.

Relativamente às etapas do processamento poderá existir um processamento automático na primeira etapa (percepção) que conduza directamente à quarta etapa (resposta por parte da mãe ou do pai). Assim, se uma criança apresenta um comportamento que os pais consideram indesejável, este pode ser um estímulo que inicie uma sequência de processamento automático que origine uma selecção de uma determinada resposta. Em algumas situações, uma acção mais rápida pode ser adaptativa e terminar numa resposta adequada, e noutras situações uma resposta tão rápida pode produzir resultados inadequados se não se considera uma informação importante.

Todas as etapas do modelo de processamento de informação social podem ser afectadas por uma variedade de factores de personalidade e do meio. Estes factores referem-se a características biológicas, emocionais, mentais e sociais. A nível biológico e mental algumas investigações indicam que pais maltratantes têm um traço hiperactivo (maiores reacções

psicofisiológicas aos estímulos relacionados e não relacionados com a criança) e lacunas cognitivas específicas (problemas nas capacidades conceptuais, capacidade de resolver problemas e flexibilidade cognitiva a nível neuropsicológico), o qual pode afectar a sua capacidade de processar informação.

O Modelo ecológico proposto por Belsky (1980, 1993) tem a grande vantagem de ter um carácter integrador, e propõe quatro níveis de análise do fenómeno:

(1) - Desenvolvimento ontogénico - representa os factores da história pessoal dos pais, a sua saúde mental, o seu nível de desenvolvimento, a sua percepção da criança, os seus sentimentos em relação à criança...;

(2) - Microsistema - integra os acontecimentos que ocorrem na família como o seu tamanho, características da criança: nível de maturidade, dificuldades que apresenta, problemas de comportamento que tenha...; características das relações conjugais: frequência de zangas, tipo de estrutura familiar...;

(3) - Exosistema - designa a comunidade na qual a família está inserida, relações com outros familiares, relações com os vizinhos ou companheiros de trabalho, situação profissional, redes de apoio social...;

(4) - Macrosistema - diz respeito à cultura, atitudes e representações sociais sobre as crianças, suas crenças e valores, nível geral de violência que existe na sociedade onde se encontra, atitude social face às diversas formas de violência.

Não existe dúvida que este modelo tem uma grande plausibilidade, especialmente quando os diferentes níveis de análise do fenómeno se encontram em mútua interacção.

Resumo:

Os modelos de Cicchetti e Rizzley e de Wolfe têm a vantagem na sua análise, em que os factores causais estão presentes tanto como factores de vulnerabilidade como de protecção. Enquanto que os factores potenciadores de maltrato e distabilizadores de boas relações adulto-criança levam a situações de risco, os factores compensatórios diminuem as tensões e

protegem-nos desses riscos. Os factores de vulnerabilidade podem incluir todos os factores mencionados no modelo ecológico e pode ser considerado de natureza permanente ou transitória. Os factores protectores ou compensatórios inclui características como apoio conjugal e social, melhores condições de vida, programas de apoio social, ajudas comunitárias, intervenções terapêuticas, aprendizagem de novas formas de tratamento com crianças e de controle do seu comportamento, etc.

Este tipo de modelos permite-nos entender algumas das contradições que se encontram frequentemente na literatura quando se refere à etiologia do maltrato infantil, mostra-nos que certas características de personalidade dos pais se associam ao maltrato, enquanto que noutras ocasiões indicam a ausência de tal relação; ou revelam-nos a contradição existente entre investigações que mostram que certos aspectos como a prematuridade, hiperactividade, problemas de saúde... aumentam a probabilidade do maltrato e noutras vezes não é possível efectuar-se essa relação.

O mau trato é um fenómeno muito complexo e não se deve investigar, analisar nem tratar com modelos simples, monocausais e unidireccionais.

Os pais maltratantes experimentam mais afectividade negativa (como a depressão, ansiedade e hostilidade), podendo ter efeito em uma ou mais etapas do processamento de informação social. Um dos factores de risco mais frequentes nos pais maltratantes é o elevado nível de stress no meio. O nível elevado de tensão por parte dos pais dificulta o processamento de informação relativamente às crianças.

10 - PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS MAUS TRATOS

A inexistência de uma relação afectiva íntima no período neo-natal, é comum que ocorra especialmente nas crianças prematuras, podendo construir logo um factor de carência que conduz ao mau trato infantil.

Regra geral, ambos os cônjuges são cúmplices nos maus tratos, se bem que um é o agressor e o outro induz ou assiste indiferente a essa situação.

É muito importante a utilização de estratégias preventivas que impeça o aparecimento de casos de maus tratos. É de grande importância promover e vigiar o estabelecimento do vínculo entre a mãe e a criança, pois toda a restrição a esse vínculo poderá trazer sequelas na criança e provocar graves alterações no seu desenvolvimento.

Existem certos sinais e sintomas que detectados no pré-parto na maternidade, podem ser uma pista do mau trato como: ambivalência, medo de contacto, descrição irreal da criança, dificuldades de assumir a função materna. A prevenção primária específica pretende evitar este Síndrome na criança que está para nascer e a actividade médica é privilegiada para dar conta desta problemática.

A informação sistemática da comunidade é uma das modalidades de prevenção que deve ser utilizada para a modificação autêntica e profunda deste problema. A informação e o conhecimento massivo, actuam como catalisador de novos pontos de vista que serão uma profilaxia das perturbações da personalidade tendo por base uma modificação da educação e uma modificação das condições que regem a relação da criança com o meio.

O diagnóstico deve partir de uma abordagem multidisciplinar composta por: pediatra, psiquiatra, psicólogo, assistente social, advogado e jurista. Esta equipa tem como objectivo elaborar os planos de tratamento e de acompanhamento. As acções são centradas na família como instituição natural.

O médico face aos casos de maus tratos tem diferentes tipos de responsabilidade:

- Médica - as lesões físicas agudas ou crónicas devem ser tratadas por um médico pediatra ou especialista, com internamento obrigatório para as crianças com menos de 5 anos,

- Legal - a razão da obrigatoriedade dos funcionários públicos de denunciar os delitos que chegam ao seu conhecimento no decorrer da sua actividade, no caso de menores maltratados (abusos, descuidos...). Esta denúncia deve fazer-se ao juiz com competência em matéria de menores, que exerce a função tutelar. Esta denúncia deve ser protectora e não punitiva. Existe uma responsabilidade ética em toda a população adulta, que deve denunciar um facto de maus tratos que tenha conhecimento, de forma a evitar a sua reprodução,

- Social - é duma importância vital o estudo do contexto social da família, assim como as condições de vida e características do funcionamento familiar.

Uma das decisões que exigem um maior estudo e cuidado para a protecção da criança é a alta hospitalar, necessitando de ser analisado o seu meio ambiente com vista a evitar a repetição dos castigos físicos e dos danos permanentes.

A avaliação diagnóstica consiste em realizar a história clínica, o exame físico, o exame de laboratório e radiografias características (costelas, ossos longos, hematoma subcutâneo). Deve igualmente proceder-se à realização de entrevistas psiquiátricas que têm como objectivo estudar o potencial de maus tratos, a criança e as crises familiares.

A confirmação diagnóstica deve efectuar-se mediante:

- a confirmação dos sinais e sintomas da detecção,
- a frequente associação dos hematomas subcutâneos, fracturas de ossos longos, além disso devem estar presentes os seguintes indicadores:

1. Potenciais maus tratos dos pais,
2. na criança que é vista como diferente ou que é diferente,

3. as crises familiares em personalidades frágeis.

Poderá estabelecer-se um tratamento com objectivos a curto e longo prazo consoante o nível de risco na família e causa.

Se a família é de risco médio - realiza-se um tratamento a curto prazo mantendo-se a criança internada, efectua-se um tratamento aos pais e logo que a criança tenha alta, continua-se o tratamento aos pais de forma ambulatoria e com visita domiciliária efectuada pelos assistentes sociais.

Se a família é de alto risco informa-se a família que irá seguir o tramito de uma intervenção judicial. Na família de alto risco o menor poderá ser inserido noutra família substituta de forma transitória enquanto se efectua o tratamento psiquiátrico com a família natural a longo prazo. Se uma família não tem hipótese de se recuperar a criança poderá ser adoptada.

Na sua maioria as famílias maltratantes/negligentes não acedem a um tratamento de forma voluntária, mas pelo contrário, o tratamento é efectuado tendo por base a pressão exercida pela autoridade administrativa ou judicial. Muitos pais aceitam o tratamento por temer perder os seus filhos, e efectuam-no sem reconhecer os problemas que afectam a sua família, a sua responsabilidade nos maus tratos, sem uma motivação clara para implicar-se num processo de mudança.

O primeiro objectivo do tratamento consiste em que os pais tomem consciência das suas dificuldades no relacionamento com os seus filhos e realizem um pedido de ajuda.

Hoje em dia um número crescente de profissionais consideram necessário a introdução de noções de autoridade e controle na intervenção com famílias maltratantes/negligentes, esta tarefa corresponde às autoridades administrativas e judiciais. Este tipo de intervenção parece especialmente necessário nos casos em que o problema dos maus tratos/abandono é crónico, e a família faz grande resistência à mudança e não define os limites intra e extra familiares.

Outro aspecto importante na intervenção reabilitadora com as famílias maltratantes/negligente refere-se à definição de quem é "o cliente" do programa de tratamento: a criança?, os pais?, a família?, os serviços de protecção à infância?. A resposta a esta questão é difícil, mas na sua maioria a

intervenção deve ser efectuada na família, devendo ser a receber directamente os serviços. Os serviços de Protecção à Infância (Comissões de Protecção de Menores, Instituto de Reinserção Social...), são regra geral quem remete a família para tratamento e deve fazer com que os pais cumpram as suas obrigações de protecção face à criança.

O tratamento de famílias maltratantes/negligentes requer dos profissionais não só uma intervenção directa com os membro da família, mas requer também um trabalho em simultâneo de coordenação interprofissional e interinstitucional que implique todos os profissionais e serviços que estão em contacto com a criança e com a família (ex: serviços de apoio à infância, serviço social, escola, serviço médico...). Sem essa tarefa de coordenação, as possibilidades de êxito da intervenção reabilitadora será reduzida notavelmente.

10.1 - TRATAMENTO DOS MAUS TRATOS FÍSICOS

Os modelos e programa de tratamento dos maus tratos físicos têm variado ao longo do tempo, em função dos modelos que têm sido formulados para explicar a etiologia dos maus tratos físicos.

Num primeiro momento, os programas de tratamento centravam-se em aspectos intrapsíquicos e individuais. actualmente, os modelos explicativos e de tratamento têm um carácter multifactorial, integrador e compreensivo.

Os resultados das investigações realizadas sobre a avaliação dos resultados indicam que as intervenções de carácter cognitivo-conductual, os programas de tratamento desenvolvidos no domicílio, e a terapia multisistémica parecem ser as estratégias de tratamento mais eficazes com este tipo de famílias (Kaufman y Rudy, 1991). Os tratamentos baseados no ensino de capacidades parentais, de duração breve, e que conjugam o trabalho individual e em grupo, parece alcançar também resultados muito positivos (Isaacs, 1982). A eficácia de todas as intervenções complementa-se com intervenções de voluntários e não profissionais e com serviços de apoio menos intensivos e a longo prazo.

O programa de tratamento cognitivo-conductual considera que os maus tratos físicos derivam da incapacidade dos pais para manobrar de forma apropriada a conduta dos seus filhos. Em consequência, a intervenção dirige-se a ensinar aos pais noções básicas de aprendizagem social e estratégias de resposta às condutas infantis (utilização do reforço positivo, aprendizagem de técnicas disciplinares alternativas ao castigo físico, atenção negativa, etc.).

Posteriormente, este modelo teórico começou a considerar a importância de aspectos cognitivos como variáveis mediadoras relevantes na explicação do aparecimento das condutas maltratantes. Passando a incluir no seu programa de tratamento o ensino aos pais de estratégias para enfrentar problemas, capacidades sociais e de comunicação, técnicas de autocontrole e expectativas realistas em relação ao desenvolvimento infantil. Estes programas têm uma duração breve e a intervenção é combinada de forma individual, familiar e em grupo.

O tratamento multimodal nos maus tratos físicos tem os mesmos objectivos que o tratamento cognitivo-conductual, pretende efectuar uma intervenção dirigida a uma multiplicidade de problemas e défices que afectam as famílias maltratadas (como por ex: ensino de técnicas de procura de emprego, tratamento de problemas de abuso de álcool e drogas, ensino para efectuar uma administração económica correcta e terapia de grupo).

Os programas baseados no apoio social inclui nos seus objectivos prioritários a intervenção directa de apoio social às famílias. Alguns deles têm paralelamente objectivos de carácter educativo ou psicoterapêutico face aos pais (por ex: programas com visitas domiciliárias, grupos de preparação de pais...), outros programas centram-se exclusivamente no apoio social (grupos de apoio e de auto-ajuda, programas com voluntariado...).

O tratamento familiar intensivo no domicilio tem sido utilizado nos últimos anos como programas de "intervenção em crise" ou de "prevenção familiar". O seu objectivo centra-se em prevenir a separação da criança do meio familiar, garantindo ao mesmo tempo a sua segurança. Estes programas oferecem serviços terapêuticos e de apoio de carácter intensivo. A dedicação dos profissionais a este tipo de programas é intensiva e a sua disponibilidade

face às famílias é completa (24 Horas/dia). A duração destes programas é breve (entre 4 a 8 semanas). Os recursos que utilizam são múltiplos (por exemplo: intervenção em crise, terapia familiar, ajuda domiciliária, outras ajudas específicas), sempre em função das necessidades da família.

Estes programas têm mostrado eficácia na prevenção da separação das crianças nas famílias em situação de alto-risco. Os dados apontados por Amundson (1989) indicam que em 90% das famílias definidas como alto-risco permaneceram intactas seis meses depois de finalizado um programa com este tipo de características.

Este tipo de programas têm mostrado também eficácia no sentido de evitar a separação da criança da família onde se verificam situações de maus tratos físicos, depois de um período de acompanhamento de 12 meses, segundo os dados fornecidos por Bath y Haapala (1993) 90,4% das famílias tratadas permaneciam intactas.

11 - SITUAÇÃO DE MAUS TRATOS EM PORTUGAL

Em 1986 Fausto Amaro publica no Centro de Estudos Judiciários, a primeira tentativa de abordagem sociológica sobre os maus tratos de crianças em Portugal. O estudo incidiu numa amostra de 519 freguesias (estratificadas por distrito e seleccionadas aleatoriamente) representativas dos distritos do continente. Teve como objectivo quantificar e caracterizar as situações de maus tratos, negligência, abuso sexual, mendicidade e acidentes sofridos pelas crianças. Os dados foram recolhidos através inquérito postal preenchido por párocos e presidentes das Juntas de Freguesia informando sobre o número de crianças maltratadas em Portugal Continental. Com base nos resultados obtidos, Fausto Amaro efectua uma estimativa da extensão do problema no nosso país, considerando a existência de cerca de 20 mil crianças maltratadas e negligenciadas, o que se traduziria numa taxa de 68,4/10.000 famílias.

Dentro dos diversos tipos de maus tratos, verificou-se no estudo efectuado a mesma tendência dos resultados verificados noutros países:

⇒ negligência	48%
⇒ maus tratos psíquicos	31-36 %
⇒ maus tratos físicos	16-21 %
⇒ abuso sexual	1 - 8 %

Verificou ainda que os maus tratos físicos tinham maior incidência no norte do país mais precisamente em Vila Real com uma taxa de 43,2/10.000 famílias, enquanto que no sul, mais precisamente em Santarém a taxa era apenas de 0,8/10.000 famílias.

Relativamente à *negligência* considerou-se a falta de higiene e de cuidado na apresentação (53%), falta de alimentação adequada (33%) e acidentes provocados pela falta de vigilância, o deixar as crianças entregues a si próprias, não lhes prestar cuidados de saúde ou não se preocupar com a sua educação.

Quanto aos *maus tratos psíquicos* estes consistem no ralar constante (39%) que diminuem a confiança que a criança tem nela própria e a falta de afecto e de carinho (38%).

Os *maus tratos físicos* são verificados pelo espancamento frequente (22%) e em trabalhos pesados e inadequados à idade da criança. (10%).

A nível do *abuso sexual* este existe sobretudo nas crianças do sexo feminino entre os 10-14 anos (63%), em que os agressores são na sua maioria pessoas conhecidas da criança sendo por vezes o acto cometido pelo próprio pai, pelo padrasto ou pelo irmão.

Verifica-se ainda *maus tratos* nas crianças através de queimaduras de cigarros, crianças amarradas, sendo no entanto reduzido à volta de 1%.

Os pais das crianças maltratadas são descritos nos estudos efectuados em Portugal como pessoas com pouca instrução, agressivos, tendo profissões mal remuneradas e pouco prestígio social.

As crianças maltratadas são geralmente referidas como tendo:

- ⇒ insucesso escolar,
- ⇒ debilidade mental,
- ⇒ agressividade,
- ⇒ má educação,
- ⇒ e desinteresse pela escola.

Ainda com base no estudo efectuado por Fausto Amaro, os dados relativos à cidade de Lisboa e do Porto ilustram o seguinte:

⇒ em cada uma das cidades a prevalência de maus tratos e negligência não se distribui igualmente em todas as freguesias. Assim, em Lisboa as taxas mais elevadas referem-se às freguesias do Alto Pina, Pena e Ajuda; no Porto referem-se às freguesias de Aldoas e Paranhos,

⇒ quanto às idades das crianças maltratadas existe também uma diferença nestas duas cidades: Lisboa situam-se principalmente ente os 10-14 anos e no Porto situam-se entre os 6-9 anos,

⇒ em Lisboa um número considerável de crianças vítimas de maus tratos vive apenas com um dos progenitores (53%): 34% vivem com a mãe e o padrasto, 12% com o pai e a madrastra e 8% vive só com a mãe,

⇒ no Porto a percentagem de crianças a viver com um dos progenitores é menor (33%): 5% vivem com o pai e a madrasta, 7% com a mãe e o padrasto e 21% vive apenas com a mãe,

⇒ as crianças maltratadas com 4 ou mais irmãos são em Lisboa cerca de 33% e no Porto 48%,

⇒ os pais das crianças vítimas de maus tratos e negligenciadas tanto em Lisboa como no Porto exercem profissões pouco qualificadas e regra geral têm um nível baixo de instrução,

⇒ 41% dos casos de abuso sexual identificados em Lisboa e 80% dos casos identificados no Porto não foram comunicados às autoridades,

⇒ 20% dos acidentes com crianças identificadas na cidade de Lisboa resultaram em morte da própria criança,

⇒ a existência de crianças que praticam mendicidade registam-se em Lisboa sobretudo nas freguesias do Sacramento, Alto do Pina e Socorro. No Porto situam-se nas freguesias de Paranhos, Aldoar e Foz do Douro. É de registar que cerca de metade das crianças que praticam a mendicidade fazem-no acompanhadas por adultos. Estima-se que nas cidades de Lisboa e Porto existam, respectivamente, 190 e 250 crianças que praticam regularmente a mendicidade.

Neste estudo verificou-se também que a nível das freguesias a maior parte dos responsáveis parece não ter informações suficientes sobre como actuar em casos de maus tratos ou negligência.

Fausto amaro verificou que a negligência e os maus tratos eram mais evidentes em famílias em que os pais estavam desempregados e que viviam em casas degradadas em meios pobres.

A nível social os maus tratos e a negligência eram visíveis principalmente na classe baixa não querendo com isto dizer que os maus tratos não existem nas classes altas.

Ainda neste estudo, verificou-se a existência de factores de natureza cultural e social que desempenham um papel importante neste problema, como por exemplo:

⇒ situações de pobreza (63%),

- ⇒ consumo excessivo de bebidas alcoólicas pelos familiares (85%),
- ⇒ conflitos entre os membros da família,
- ⇒ concepção do poder paternal - castigo dado aos filhos, verifica-se que a maioria dos pais acham-se no direito exclusivo de castigar fisicamente os filhos, este poder é por vezes delegado em outras pessoas, familiares ou não, como forma de controlar a criança,
- ⇒ condições de habitação, o desemprego, falta de instrução e formação dos pais e a falta de apoio das comunidades,
- ⇒ e o insucesso escolar.

Estes factores não actuam isoladamente, nem podem ser vistos como as únicas causas dos maus tratos, mas de certa forma, são elementos facilitadores da passagem ao acto.

Os maus tratos e a negligência são uma consequência de interacções entre diversos elementos de natureza psicológica, sociológica, ambiental e cultural. Estes diferentes sistemas não são fechados, permitindo assim uma troca entre os factores que se influenciam mutuamente produzindo diferentes forças como: violência física, psíquica ou abandono.

O stress gerado pelo ambiente escolar, desemprego, conflitos dos pais, falta de condições de habitação, falta de apoio pelas estruturas comunitárias (tribunais, serviços de saúde, serviços sociais, estruturas de ensino...), alcoolismo, atitudes e valores a respeito do poder paternal e na forma de resolução dos conflitos (castigos físicos), irão influenciar todos os outros sistemas, provocando assim um certo desequilíbrio permanente.

A nível da intervenção, foram criados ao longo da década de 80 os primeiros "núcleos de apoio à criança maltratada" no Hospital Pediátrico de Coimbra e no Hospital de Santa Maria em Lisboa. Estes núcleos envolviam equipas multidisciplinares - pediatras, pedopsiquiatras, enfermeiros, técnicos de serviço social e representantes dos tribunais de menores. Em 1991 foram criadas as Comissões de Protecção de Menores, instituições oficiais que funcionam nas Câmaras Municipais e possuem uma composição multidisciplinar, tendo poder de intervenção sobre indivíduos até aos 18 anos de idade, desde que estes estejam envolvidos em situações de abuso,

abandono, desamparo, ou que a saúde, a educação, a segurança ou a moralidade estejam em risco.

Canha J. (2000) publicou um estudo que envolveu 104 crianças maltratadas (52% sexo masculino, e 48% sexo feminino), diagnosticadas no Hospital Pediátrico de Coimbra (1990/91). No referido estudo as crianças e suas famílias foram acompanhadas durante um período de 5 anos, com o objectivo avaliar a eficácia da intervenção de uma pessoa de referência nas repercussões do mau trato. Assim, foi efectuado um estudo comparativo entre dois grupos:

1 - Grupo de crianças maltratadas, tendo a intervenção e responsabilidade directa na sua educação e orientação de uma pessoa de referência - PR,

2 - Grupo de crianças vítimas de maus tratos mas sob o qual não existe pessoa de referência - SPR.

A nível da faixa etária: 41% das crianças do estudo tinham menos de 3 anos (63% eram lactentes), 20% tinham idades entre os 3 e os 5 anos e 39% tinham mais de 5 anos. No final do estudo 19% das crianças tinham menos de 6 anos, 64% estavam entre os 7 - 14 anos e 17% tinham mais de 14 anos.

As crianças foram observadas em regime de consulta externa durante 5 anos. A frequência das consultas foi quinzenal ou mensal durante o 1º ano e trimestral nos 4 anos subsequentes. A observação e acompanhamento das crianças desde o diagnóstico, foram efectuadas por uma equipa, que incluiu sempre os mesmos elementos: uma pediatra, uma técnica de serviço social, uma enfermeira, uma psicóloga e sempre que necessário houve a intervenção de um pedopsiquiatra. Houve ainda a colaboração de especialistas de outras áreas como: oftalmologia, otorrinolaringologia, neurocirurgia, ortopedia e fisioterapia; e de técnicos qualificados: terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, educadores e professores de ensino especial.

Em qualquer dos grupos da amostra, a atitude da equipa foi a mesma para todas as crianças - criar um ambiente de protecção e maior segurança no sentido de evitar as recorrências e eventuais sequelas. Era também objectivo do trabalho não só a vigilância clínica, como também, o ensino das regras básicas de alimentação, higiene, vigilância e prevenção de acidentes; ajuda na

gestão de recursos; aquisição de regalias sociais, nomeadamente abonos de família, pensões de alimentos, abonos complementares; tratamentos psiquiátricos dos pais e tratamentos de desintoxicação alcoólica. Pretendeu-se também a integração das crianças mais novas em creches ou infantários, a ocupação das crianças em idade escolar em actividades de tempos livres bem como a colaboração das redes de vizinhança.

No início do estudo foram efectuados diferentes tipos de diagnóstico: sendo o mais frequente o mau trato físico (61%), a negligência revelou-se em 47%, 25% foram vítimas de abandono, 14% sofriam de abuso sexual, 14% foram vítimas de maus tratos psicológicos, 8% foram crianças abandonadas, 7% foram rejeitadas, 2% sofriam do Síndrome de Munchausen por procuração e 11% foram vítimas de outros tipos de mau trato. Foi também muito frequente a associação de diferentes tipos de maus tratos na mesma criança.

A maioria do mau trato teve a sua origem na família 93%, 4% teve origem na ama/creche e 3% na Instituição.

Quanto ao agente agressor, a mãe foi a figura mais referida pelas crianças (35%), o pai em 33%, ambos os pais em 13% e outros 13% (padrastos, madrastas, amas), em 6% dos casos não se conseguiu a confirmação do agente dos maus tratos.

Relativamente a factores que poderiam conduzir ao mau trato, o alcoolismo foi considerado um factor precipitante em 47% dos casos, a prostituição em 24%, problemas de ordem psiquiátrica em 16%, toxicoddependência em 7%, separação/divórcio em 3% e outros factores em 35% dos casos.

Em 71% das crianças tinham antecedentes de maus tratos no início do estudo e 51% já tinha sido alvo de internamento. O diagnóstico de maus tratos foi observado pela primeira vez apenas em 5 crianças.

Ainda no início do estudo, o rendimento escolar foi considerado bom em 45% das crianças enquanto 55% apresentavam insucesso escolar.

A nível do comportamento das crianças, informação recolhida junto de familiares, professores e educadores, permitiu verificar que 62% tinham um comportamento normal, as restantes foram consideradas como apresentando alterações no comportamento (24% - apresentavam hiperactividade, 22%

dificuldades de atenção, 12% eram tidas como "choronas", 11% agressivas, 9% teimosas e 7% com comportamentos de vadiagem).

Verificou-se também que antes do estudo 58% das crianças permaneciam com familiares durante os tempos livres e 42% ficavam ao abandono, destas últimas 43% encontravam-se em idade escolar, 38% tinham menos de 5 anos e 37% menos de um ano. As crianças em idade escolar ficavam na rua entregues a si próprias e as mais novas ficavam fechadas em casa. Na sua maioria as famílias pertenciam a classes sociais desfavorecidas (escala de Graffar adaptada 58% grau V - baixo, 38% grau IV - médio baixo, 2% grau III - médio e 2% grau II - médio alto).

O estudo comparativo (PR/SPR) permitiu obter resultados com significado estatístico não referidos noutros trabalhos:

- maior gravidade dos casos de maus tratos trazidos ao hospital durante a noite, fins de semana e feriados;
- maior gravidade clínica dos maus tratos e maior percentagem de casos vítimas de abandono nas famílias de alto risco de disfunção familiar;
- maior frequência dos maus tratos psicológicos nas famílias de baixo risco de disfunção familiar;
- as crianças vítimas de abuso sexual e as crianças institucionalizadas apresentam com maior frequência um sentimento de rejeição social;
- o alcoolismo aparece como factor mais frequente no mau trato efectuado pelo pai;
- e a mãe maltratante apresenta com maior frequência problemas do foro psicológico e uma maternidade solitária.

Permitiu ainda a obtenção de melhores resultados (estatisticamente significativos) no grupo PR (pessoa de referência), nos seguintes parâmetros:

- frequência e gravidade das recidivas;
- percentagem de crianças com enurese;
- valores no QD (Quociente de desenvolvimento);
- linguagem e comportamento;
- médias de QI total e de QI verbal (Quociente de Inteligência)
- melhor correlação do QI verbal/QI de realização em cada criança;

- rendimento escolar;
- autoconceito e expectativas de vida futura.

Canha J. (2000) conclui que pela eficácia da estratégia de apoio continuado, integrado e personalizado das crianças e das famílias e pelo papel relevante da pessoa de referência na recuperação das crianças maltratadas. A capacidade de compreensão e do cumprimento das medidas orientadas da equipa, e sobretudo, a dedicação e o afecto da pessoa de referência poderão explicar a diferença entre os resultados obtidos nas crianças dos dois grupos do estudo.

Em 1994 a Assembleia da República solicitou ao Centro de Estudos Judiciários um estudo que visasse a realização de um levantamento actual e coerente de informação sobre a questão das crianças maltratadas no nosso país. O estudo foi efectuado no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, tendo sido realizado por uma equipa científica: Ana Nunes de Almeida (socióloga no I.C.S. da UL.), Isabel Margarida André (geógrafa na Faculdade de Letras da U.L.) e Helena Nunes de Almeida (médica pediatra no Hospital Fernando da Fonseca).

O estudo foi composto por duas fases. Numa primeira etapa (1994-95) foi efectuado uma análise prospectiva de situações de mau trato (abuso ou negligência) crianças residentes na Grande Lisboa com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos, qualquer que fosse a sua raça, de nacionalidade portuguesa ou outra. Privilegiou-se a informação recolhida, através de um inquérito por questionário, junto de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros), profissionais de educação (educadores de infância, professores do ensino básico) e técnicos de serviço social pertencentes a instituições de solidariedade social.

Numa segunda fase (1996-98), utilizando a estratégia anteriormente ensaiada, abrangeu então a totalidade do território nacional (Continente e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira), de situações socio-geográficas diversificadas referentes aos contextos do mau trato na família. Assim, constituiu-se uma amostra nacional incidente em 33 concelhos distribuídos pelas grandes regiões do País, e seleccionando-se posteriormente as seguintes fontes de informação: Hospitais e Centros Hospitalares com

urgência pediátrica, Estabelecimentos escolares dos três níveis do ensino básico, Creches/Jardins de Infância, Centros Regionais de Segurança Social e Comissões de Protecção de Menores.

O questionário administrado por via postal foi organizado a partir de quatro grandes tópicos:

⇒ A. O grupo doméstico da criança - procurou obter informação sobre as características do local de residência, a dimensão e estrutura do grupo doméstico e o perfil (escolar e socio-profissional), dos indivíduos que o constituem, a situação conjugal dos pais biológicos da criança.

⇒ B. O crescimento e o desenvolvimento da criança - neste tópico privilegiaram-se, para além dos elementos biográficos, os dados relativos à gravidez e ao parto, a integração na escola, a saúde, o acompanhamento médico e os traços comportamentais.

⇒ C. O mau trato - Nesta categoria foi solicitado uma descrição "livre" do episódio, bem como dados sobre o seu relato, o recurso subsequente a serviços de saúde, as lesões resultantes do mau trato, as consequências a médio ou a longo prazo, e a participação da ocorrência.

⇒ D. As características do(s) agressor(es) - Nesta questão procurou-se saber se o agressor integra o grupo doméstico da criança, se tem com ela uma relação de parentesco, se possui alguma deficiência física ou mental, se tem comportamentos desviantes; para além destas questões, foi também solicitado os dados sócio-biográficos do agressor.

O tratamento da informação foi efectuado em três etapas distintas. Num primeiro momento a informação foi codificada e recodificada, permitindo assim uma codificação de toda a informação obtida no questionário. Numa segunda etapa foi constituída uma base de dados informatizada onde se introduziu toda a informação, e por fim foi efectuado um tratamento estatístico que visasse: o apuramento das frequências obtidas nas várias respostas efectuadas no questionário; e a construção de uma tipologia dos maus tratos.

Da análise dos dados podemos verificar que o padrão geográfico da distribuição dos tipos de residência do grupo doméstico da criança maltratada ("andar", "moradia", "parte de casa", "quarto", "barraca" ou "outro") corresponde, grosso modo, à tipologia regional do parque habitacional em

Portugal. Nota-se a maior incidência de "barracas" ou "andares" nas duas áreas metropolitanas, bem como a de "moradias" nas áreas rurais do País (Açores, Alentejo, Centro Interior, Norte Interior). Os resultados obtidos revelam grande incidência das famílias a residir em "barraca", "parte de casa" ou quarto (37%).

É relevante o peso que assume a nível das estruturas familiares os arranjos não nucleares, sendo que, 25% das crianças vítimas de maus tratos vivem em famílias monoparentais e 15% em famílias recompostas. Os adultos responsáveis por estas crianças distribuem-se por todos os níveis de escolaridade, desde o ensino superior à ausência absoluta de competências escolares e apenas 8 % possui um grau de instrução superior ao 1º ciclo do ensino básico.

A nível da categoria profissional, os adultos responsáveis por estas crianças na sua maioria encontram-se nos segmentos menos qualificados do mercado de emprego, um número considerável está numa condição de inactividade (doméstica - 21%, desempregado - 8% e reformado - 4%), apenas uma pequena franja tem ocupações ilícitas, desenvolvidas à margem da lei 3%.

A nível da natureza da relação conjugal dos pais biológicos da criança os resultados revelam sem dúvida, situações de instabilidade ou precariedade do laço conjugal, assim, 28% vivem separados, 12% nunca viveram juntos, 4% encontram-se em processo de separação. Os valores mais elevados relativamente aos pais separados correspondem a 39% no Alentejo, 38% Área Metropolitana de Lisboa, 37% Centro Interior e 32 % no Algarve.

O adulto responsável pela criança maltratada é na maior parte dos casos a mãe (41%) ou o pai (28%). A nível da idade dos responsáveis por estas crianças situam-se 26% entre os 25-34 anos, 17% entre os 35-44 anos. Os adultos responsáveis pela criança com idade inferior aos 19 anos surgem no Norte Litoral 4%, na Área Metropolitana de Lisboa 3,3%, no Algarve 3%, no Alentejo, na Madeira e nos Açores com 2% tendo uma expressão acima da média nacional.

A maioria dos adultos responsáveis pela criança são de raça branca (72%), dos indivíduos de raça negra 15% encontram-se na Área Metropolitana de Lisboa.

Em 50% das situações, é reconhecida a existência de sinais de violência na relação conjugal dos adultos responsáveis pela criança, sendo os valores mais elevados no Oeste Ribatejo (66%), nos Açores e na Madeira (63%).

No grupo doméstico destas crianças vivem frequentemente indivíduos com doenças crónicas (10%), portadores de alguma deficiência física (7%) e principalmente com alguma doença mental (25%), sendo esta última mais expressivo em algumas regiões: no Norte Interior (44%), no Oeste Ribatejo (40%), no Norte Litoral, no Alentejo e na Madeira (29%), na Área Metropolitana do Porto (25%) e no Centro Litoral (23%).

Em 11% das famílias vivem indivíduos com cadastro criminal, 16% com indivíduos toxicodependentes, sobressaindo nas duas grandes áreas metropolitanas Lisboa (28%) e Porto (20%), no Algarve também é muito expressivo (29%). O alcoolismo é sem dúvida o valor mais significativo no quadro destas famílias, tendo-se registado em cerca de 50% e as regiões mais expressivas são: a Madeira (79%), o Norte Interior (72%), os Açores (70%), o Centro Litoral (57%) e o Norte Litoral (55%) em Lisboa e Porto a incidência é menor (33% e 37%).

Relativamente à ocorrência de maus tratos segundo o sexo da criança não existe diferença nesta variável, sendo o resultado de 51% para os rapazes e 49% para as raparigas. A nível da sua distribuição por regiões dum modo geral este é equivalente com excepção do Centro Interior 66% e no Oeste Ribatejo 55% em que incide sobre os rapazes, no Alentejo é também de 55% mas sobre as raparigas.

A nível das idades, o maltrato encontra-se disperso por todas elas (entre os 0-14 anos), sendo 25% entre os 10-14 anos, 22% entre 0-1 ano e 21% entre os 6-9 anos.

O maltrato afecta a criança qualquer que seja o seu lugar na fratria: 33% filho mais novo, 23% filho mais velho, 22% filho do meio e 16% filho único. Este último, surge na amostra com ocorrência acima da média na Área

Metropolitana de Lisboa e no Centro Litoral (21%), no Centro Interior (20%) e norte Litoral (19%).

Relativamente à idade da mãe ao nascimento do filho, situa-se maioritariamente entre os 20-29 anos (38%) tendo a sua maior expressão na Madeira e no Norte Litoral (46%), na Área Metropolitana de Lisboa (44%), no Centro Litoral e no Oeste Ribatejo (41%). A percentagem de mães adolescentes é também elevada, sendo que 13% tiveram filhos entre os 13 e os 20 anos, as regiões mais elevadas são o Alentejo (23%), os Açores (17%), o Algarve (21%) , o Norte Litoral (15%) e o Centro Litoral (14%). Apenas 2% teve filhos depois dos 40 anos, no entanto, existe uma incidência notável no Norte Interior (8%).

Sobre o número de consultas durante a gravidez, a elevada percentagem de não respostas (70%) não permite efectuar considerações detalhadas, contudo, sabe-se que 14% das mães não tiveram qualquer consulta durante a gravidez do filho maltratado. As percentagens são mais elevadas nas regiões Norte Litoral (31%) e no Alentejo (17%).

Não é possível efectuar uma análise quanto aos resultados apresentados relativamente aos Problemas da mãe no período peri-natal, e aos Problemas da criança no período peri-natal pelo número elevado de desconhecimento dos inquiridos (63% e 61%).

Quanto à Amamentação materna a elevada percentagem de desconhecimento desta variável (56%) impede que seja efectuado considerações detalhadas.

Relativamente à relação das crianças maltratadas com a escola, 28% falta sistematicamente às aulas sendo a sua maior expressão no Norte Interior (41%), nos Açores (37%) e na Madeira (33%). 25% das crianças chega regularmente atrasada à escola sendo a sua incidência maior no Norte Interior (33%), no Algarve (32%), na Madeira (29%) e nos Açores (28%). A nível do insucesso escolar 29% das crianças repetiram pelo menos 1 ano, e registam-se as percentagens mais elevadas na Madeira (46%), no Algarve e no Norte Interior (44%).

Quanto ao comportamento da criança na escola 51% dos inquiridos não responderam a essa questão e apenas 14% das crianças são referidas como

tendo um comportamento "normal" na escola. 14% das crianças são consideradas como "hiperactivas" sendo esta categoria operacionalizada como crianças agressivas e agressoras de outras crianças, turbulentas, irrequietas, indisciplinadas, perturbadoras da aula, destruidoras de objectos, mobiliário escolar etc.. 12% das crianças são assinaladas como "inibidas", nesta categoria são descritas como desinteressadas, tímidas, apáticas, sem qualquer motivação para o trabalho escolar. 7% são descritas como tendo problemas de mau aproveitamento escolar ou graves dificuldades de aproveitamento.

45% das crianças permanecem sozinhas em casa ou à guarda de irmãos menores por períodos longos, sendo a sua expressão com maior incidência na Madeira (71%), no Algarve (68%), no Centro Litoral (54%) e no Centro Interior (51%). Segundo os autores esta ausência de vigilância cria o cenário propício a acidentes domésticos e revela a inacessibilidade de soluções formais e informais de guarda das crianças.

Quanto à vigilância médica 50% das crianças não a efectua regularmente (só em caso de problema ou doença súbita) sendo expressivo no Centro Interior (37%), no Norte Interior (36%), no Centro Litoral e no Alentejo (31%). Cerca de 9 % não realiza qualquer vigilância médica, sendo os valores mais elevados nos Açores (19%) e no Norte Litoral (18%). 20% das crianças do estudo não têm boletim de vacinação em dia.

11% das crianças são portadoras de doença crónica sendo as regiões com valores mais elevados o Norte Litoral (21%), o Oeste Ribatejo (18%) e o Centro Interior (17%). 8% das crianças possuem alguma deficiência física sendo a incidência cerca de 18% no Oeste Ribatejo e no Algarve, e 13% no Norte Litoral. Segundo os autores do estudo o nascimento de uma criança portadora de alguma deficiência ou de doença permanente surge, desde logo, como situações potenciadoras de riscos, em matéria de mau trato.

O resultado do inquérito permitiu descrever 25 tipos de mau trato propriamente dito, contemplando uma vasta diversidade de abusos, físicos e psíquicos, e negligencias, materiais e afectivos.

Quanto ao tipo de lesões físicas decorrentes do mau trato, a maior incidência são lesões ao nível da face (17%), sendo expressivo na Área Metropolitana de Lisboa (34%), na Madeira (33%), no Centro Interior (22%) e nos Açores (20%). Com 16% situam-se as lesões a nível do tronco, sendo a sua incidência 54% na Madeira e 21% na Área Metropolitana de Lisboa.

15% das crianças apresentam lesões ao nível dos membros superiores bem como ao nível dos membros inferiores. Quanto às lesões nos membros superiores a sua expressão incide em cerca de 38% na Madeira, 21% no Centro Litoral e no Algarve, 17% na Área Metropolitana de Lisboa.

A nível de lesões nos membros inferiores esta traduz-se em 33% na Madeira e 21 % no Algarve. As lesões físicas ao nível do crânio registram-se em cerca de 9% das crianças vítimas de maus tratos. As lesões a nível dos órgãos genitais registram-se em cerca de 8% sendo a região de maior incidência em ambas as lesões (crânio e órgãos genitais) a Madeira com cerca de 21%. No estudo realizado 7 das crianças morreram na sequência do mau trato sofrido.

A nível do tipo de sequelas registou-se com maior incidência as sequelas psicológicas em 54% das crianças, tendo-se registado valores superiores à média no Alentejo (68%), na Madeira (67%), no Norte Litoral e no Norte Interior (62%).

As sequelas a nível físico registram-se em 23% das crianças vítimas de mau trato, sendo de registar maior expressão na Madeira (42%) e no Litoral Norte (34%).

9% das crianças ficaram com sequelas neurológicas, sendo as regiões com maior incidência a Madeira (21%), o Norte Litoral (15%), o Oeste Ribatejo (13%) , o Alentejo e o Centro Litoral (11%).

Na sequência do mau trato em 54% dos casos houve o recurso a serviços médicos, sendo de relevo a Área Metropolitana de Lisboa com 71%, a Madeira e o Centro Interior com 63%, e o Centro Litoral com 62%.

Quanto aos relatores do mau trato as denúncias provem sobretudo do interior da família da criança ou da rede próxima de familiares e amigos (60%). O seu relato pelos "familiares/amigos" tem maior expressão nos Açores (43%), no Norte Litoral (41%), na Área Metropolitana de Lisboa (18%). A denúncia

efectuada pelos diferentes profissionais: Professores/Educadores, Técnicos de Saúde, Técnicos de Serviço Social entre outros traduzem-se em cerca de 37%.

A nível do agente agressor, este é na maioria dos casos um adulto responsável pela criança e co-residindo com ela (83%). A percentagem de incidência é elevada em todas as regiões sendo a mais expressiva a região da Madeira com 92%. Na maior parte dos casos os maus tratos são dados pelos pais biológicos (mãe - 25%, pai - 22% e ambos - 23%).

Quanto às regiões a agressão efectuada pela mãe assume maior relevo no Centro Interior (39%), nos Açores (34%) e no Norte Litoral (33%). Na agressão praticada por ambos os progenitores a percentagem mais expressiva situa-se no Oeste Ribatejo (36%) e tendo como agressor o pai a região de maior incidência é a Madeira (38%).

16% dos agressores apresentam doença mental e as regiões com maior expressão são o Oeste Ribatejo (32%), o Norte Interior (23%) e na Área Metropolitana de Lisboa (20%). 4% dos agressores possuem deficiência física, destacando-se as regiões do Oeste Ribatejo (32%), do Norte Interior (23%) e da Área Metropolitana do Porto (20%).

Uma grande parte dos agressores revela algum tipo de dependência, 45% dos casos sofrem de alcoolismo sendo as regiões mais expressivas a Madeira (67%), os Açores (63%) e o Norte Interior (62%). A nível da toxicodependência esta manifesta-se em 13% dos casos sendo mais elevada no Algarve (29%), na Área Metropolitana de Lisboa (24%) e no Centro Interior (15%).

10% dos agressores estão ligados à prática de actos criminosos sendo os resultados mais elevados na Madeira (21%), nos Açores (16%) e no Oeste Ribatejo (14%).

Os autores do estudo tiveram também como grande objectivo a construção de uma tipologia dos maus tratos, tendo obtido nove tipos, onde serão discriminadas as características mais relevantes, dimensões internas do mau trato, contextos de pertença (regional, familiar e social), a criança, o agressor:

Tipologia	Dimensão interna do mau trato	Contextos de pertença	Caracterização da criança	Agressor
Abuso emocional com agressão física	<ul style="list-style-type: none"> A criança é insultada, ameaçada, acusada, objecto de chantagem, espectador de cenas de extrema violência durante as quais é agredida fisicamente Lesões a nível da face Relato do mau trato - mãe ou pai 	<ul style="list-style-type: none"> Área Metropolitana de Lisboa, Algarve e Açores Qualidade: média/baixa Pais em processo de separação Família recomposta paterna Responsável pela criança: madrasta ou outro familiar Grau de instrução: secundário, superior Profissão: técnico superior e médio, empregado do comércio e dos serviços, operário da indústria 	<ul style="list-style-type: none"> Sexo masculino Idade superior a 2 anos Filho único ou filho mais velho Faz vigilância saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Mãe ou o pai Toxicodependente ou alcoólico
Agressão física com sequelas	<ul style="list-style-type: none"> Criança abanada, queimada, atirada, espancada, mordida, pisada, empurrada, asfixiada. Falta de higiene Lesões no corpo da criança (excepto nos órgãos genitais) Sequelas físicas Relato pela criança 	<ul style="list-style-type: none"> Madeira Qualidade: degradado Família recomposta paterna Grau de instrução: médio e baixo 	<ul style="list-style-type: none"> Sexo masculino Idade entre 2 e os 5 anos Não faz vigilância de saúde É vítima de insucesso escolar Já praticou actos qualificados como crime 	<ul style="list-style-type: none"> O pai, a mãe ou "o pai e outros (excepto a mãe)" Deficiência física Toxicodependentes Alcoólicos
Intoxicação	<ul style="list-style-type: none"> Intoxicação intencional - com substâncias nocivas, sedativos, dose excessiva de calmantes Sequelas psíquicas 	<ul style="list-style-type: none"> Centro Interior, Norte Interior Qualidade: média Família alargada Responsável pela criança: Mãe Grau de Instrução: médio e baixo 	<ul style="list-style-type: none"> Sexo feminino Maior de 4 anos Não faz vigilância de saúde Portadora de deficiência mental, Alcoólica, Falta à escola Chega atrasada à escola Vítima de insucesso escolar Deixada, só, em casa Já praticou actos qualificados como crime 	<ul style="list-style-type: none"> O pai a mãe ou ambos Deficiência física Deficiência mental Toxicodependentes

Tipologia	Dimensão interna do mau trato	Contextos de pertença	Caracterização da criança	Agressor
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Violação hetero ou homossexual, violação com objectos • Lesões nos órgãos genitais • Sequelas psíquicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Algarve, Alentejo, Área Metropolitana de Lisboa e Madeira • Qualidade: média/baixa • Pais em processo de separação • Família recomposta materna • Grau de instrução: baixo e médio 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino • Idade entre os 10 e os 14 anos ou entre os 4 e os 9 anos • Faz vigilância de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Para além do pai, "outro familiar" não co-residente
Trabalho abusivo	<ul style="list-style-type: none"> • Absentismo escolar: falta à escola, chega atrasada às aulas, repete anos escolares • Mendacidade - criança vagueia na rua, pede em semáforos, arruma carros, realiza pequenos furtos, sobrecargas de trabalho doméstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Norte Interior, Oeste/Ribatejo, Açores, Madeira (áreas rurais do país) • Qualidade: degradado • Família monoparental • Responsável pela criança: mãe • Grau de instrução: baixo ou nulo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino • Idade entre os 6-14 anos • Irmão do meio • Não faz vigilância de saúde • Falta à escola • Chega atrasado às aulas • Vítima de insucesso escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência mental • Alcoólico
Ausência de cuidados básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação inadequada - criança vítima de fome, má nutrição, não faz dieta alimentar imposta pelo médico • Falta de higiene - piochos, mordida por pulgas, não sabe utilizar a casa de banho • Falta de vigilância médica • Falta de afecto • Relato efectuado por: téc. serv. social e outros técnicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Oeste/Ribatejo, Norte Litoral, Alentejo e Açores • Qualidade: degradado • Família alargada com avós • Responsável pela criança: mãe • Grau de instrução: baixo ou nulo • Desempregado, profissão ilícita 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino com idade inferior a 4 anos • Não faz vigilância de saúde • Sobre-representação das crianças deficientes ou com doença crónica • Alcoólica 	<ul style="list-style-type: none"> • Pai e mãe • Deficiência física • Deficiência mental • Alcoólico
Ausência de guarda	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono temporário - criança deixada só em casa, à guarda de irmãos menores ou de alguém manifestamente inadequada • Relato efectuado por técnicos de serviço social 	<ul style="list-style-type: none"> • Área Metropolitana do Porto, Alentejo • Qualidade: média • Pais nunca viveram juntos • Família monoparental materna • Grau instrução: baixo, médio, superior • Profissão: reformado, profissão ilícita 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino • Idade inferior a 28 dias ou menor de 6 anos • Não faz vigilância de saúde • Portadora de doença crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe, mãe e pai • Deficiência física • Deficiência mental • Toxicodependente

Tipologia	Dimensão interna do mau trato	Contextos de pertença	Caracterização da criança	Agressor
Abandono definitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Criança abandonada ao nascimento na maternidade, em vão de escada, na rua, num colégio • Falta de hábitos de sono • Relato efectuado por vários técnicos da infância, serviço social e saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro litoral 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino • Recém-nascida 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência física • Toxicodependente
Mau trato in utero	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe batida durante a gravidez - nascimento prematuro, vítima de contágio de sida, fetopatia alcoólica, síndrome de privação, sífilis, parto no domicílio • Tétano neonatal, falta de afecto • Sequelas neurológicas • Relato efectuado por técnicos de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Área Metropolitana de Lisboa • Qualidade: degradado • Família alargada com avós • Grau instrução: médio 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino • Recém-nascida ou com idade inferior a 1 ano • Irmão mais novo • Não faz vigilância de saúde • Doença crónica • Deficiência física • Alcoólica 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe, pai e outros • Toxicodependente • Alcoólico

Quadro 1 - Tipologia dos maus tratos

Os resultados obtidos neste estudo correspondem, sobretudo, a indicadores de visibilidade dos maus tratos. Os dados traduzem o olhar da comunidade em que a criança se encontra inserida e reflecte também o olhar dos profissionais e das instituições que valorizam diferenciadamente as diversas situações de maus tratos.

As situações de maus tratos afectam crianças e famílias em todos os estratos sociais, porém, os dados traduzem-se de forma diferente, dado a dificuldade em captar e/ou denunciar a realidade do mau trato em famílias pertencentes às classes mais favorecidas.

PARTE II
METODOLOGIA

1. APRESENTAÇÃO ESPECÍFICA DOS OBJECTIVOS

Com o presente trabalho pretendemos, descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças que são vítimas de maus tratos físicos. O facto de as crianças serem sujeitas a constantes agressões físicas poderá ter efeito no seu comportamento podendo este ser revelador de comportamento de oposição, hiperactividade, agressividade, depressão, problemas sociais, queixas somáticas, isolamento, ansiedade e comportamentos obsessivos.

Assim, foi efectuado um estudo comparativo entre uma população de crianças vítimas de mau trato físico e crianças que não foram fisicamente maltratadas, de forma a analisar a existência ou não de diferenças significativas ao nível dos problemas de comportamento e avaliar as suas competências sociais.

2. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por 20 crianças de ambos os sexos (10 rapazes; 10 raparigas), com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos (Gráfico 2 e 3). Dez destas crianças foram fisicamente maltratadas, tendo sido sujeitas a frequentes agressões físicas: fracturas, contusões, esquimoses, hematomas, etc..., infligidas pelos pais ou prestadores de cuidados, tendo sido identificadas pela Comissão de Protecção de Menores de Peniche. As restantes 10 crianças não foram sujeitas a qualquer tipo de mau trato físico nem têm qualquer processo na Comissão de Protecção de Menores.

Todas as crianças da amostra identificadas como vítimas de maus tratos físicos eram acompanhadas pela Comissão de Protecção de Menores de Peniche no momento da aplicação do Questionário.

As restantes dez crianças que formam o grupo de controle foram retiradas de várias escolas do 1º e 2º Ciclo de Peniche.

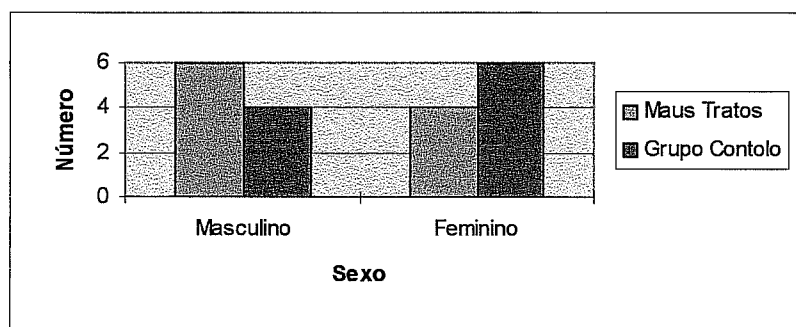


Gráfico 2 - Caracterização da amostra segundo o sexo

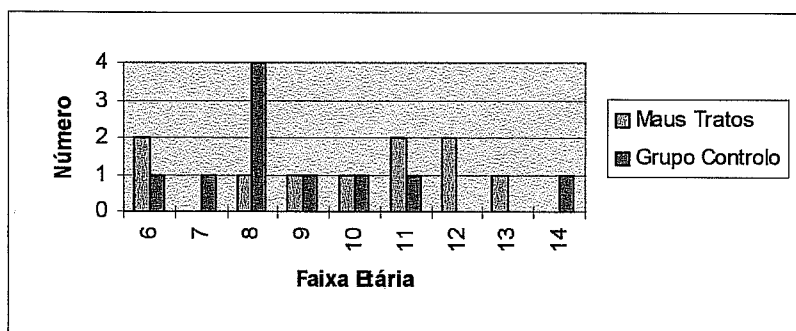


Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo as idades

3. HIPÓTESES E VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas nas hipóteses efectuadas foram definidas segundo critérios relativos à organização do Inventário de Comportamentos da Criança para Pais (I.C.C.P.) definido por Fonseca et al. (1994), e utilizada por Albuquerque, M.C. (1996), na sua Dissertação de Doutoramento em Psicologia - F.P.C.E. - Universidade de Coimbra.

Com base no I.C.C.P. foram formuladas 9 Hipóteses, tendo como variáveis dependentes os problemas de comportamento considerados no inventário (oposição, agressividade, hiperactividade, depressão, problemas sociais, queixas somáticas, isolamento, ansiedade e comportamento obsessivo). Como variável independente considerámos o facto de as crianças da amostra serem ou não vítimas de mau trato físico.

Formulação das Hipóteses:

Hipótese 1: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência um **comportamento de oposição**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos;

Hipótese 2: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência um **comportamento mais agressivo**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos;

Hipótese 3: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência um **comportamento mais hiperactivo**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos;

Hipótese 4: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência um **comportamento depressivo**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos;

Hipótese 5: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência **problemas sociais**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos;

Hipótese 6: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência **queixas somáticas**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos;

Hipótese 7: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência um **comportamento de isolamento**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos;

Hipótese 8: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência um **comportamento ansioso**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos;

Hipótese 9: Crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam com maior frequência um **comportamento obsessivo**, quando comparadas com as crianças que não foram vítimas de maus tratos físicos

4. INSTRUMENTO

Para avaliar o comportamento das crianças foi utilizado o Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.) de Achenbach, (1991). Este inventário representa a versão portuguesa do "**Child Behavior Checklist**" de origem norte-americana de Achenbach & Edelbrock, (1983); Achenbach, (1991).

Do ponto de vista avaliativo o inventário insere-se no âmbito de uma abordagem psicométrica e multi-axial, centrada na utilização de instrumentos standardizados, no estabelecimento de comparações entre o comportamento de uma dada criança e o dos seus pares da mesma idade e sexo, e na integração de dados provenientes de várias fontes de informação. Do ponto de vista classificativo, enquadra-se numa perspectiva dimensional, quantitativa e empírica, orientada para a identificação de grupos de comportamentos que tendem a ocorrer em conjunto, de dimensões comportamentais explícitas e operacionais. O que na prática significa que o inventário permite para além de um resultado total, resultados parciais ou específicos referentes a factores, escalas ou síndromas.

Pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças e adolescentes dos 4 aos 18 anos, a forma como são percebidos pelos seus pais ou substitutos parentais.

O I.C.C.P. é constituído por duas partes distintas. A primeira engloba vinte itens que fornecem informações sobre a quantidade e a qualidade do envolvimento de cada sujeito em várias actividades e situações de interacção social, desde desportos, passatempos, participação em clubes e equipas, número de amigos. Devido à sua diversidade, estes itens foram agrupados em três escalas, sendo uma relativa às actividades da vida quotidiana, outra às interacções sociais e uma última à escolaridade.

Cada uma das escalas engloba três níveis diferentes, um primeiro, que tem a ver com o registo de actividades desenvolvidas pela criança, no segundo nível é solicitado que se assinale numa escala com 4 categorias (não sei, abaixo da média, na média, acima da média) o tempo que dedica às

actividades em comparação as crianças da sua idade, e no terceiro nível é pedido que se avalie a criança comparativamente com outras crianças da sua idade a nível da sua execução nas actividades, como podemos ver no exemplo:

I-A. Por favor, faça uma lista dos desportos em que o seu filho (a) gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, andar de bicicleta, etc.

I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles?

I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que se sai em cada um deles?

	Nenhum	Não sei	Abaixo média	Na média	Acima média	Não sei	Abaixo média	Na média	Acima média
a. _____									
b. _____									
c. _____									

A segunda parte do inventário é constituída por 118 itens relativos a problemas de comportamento, reportando-se a uma ampla variedade de perturbações específicas da saúde mental infantil e juvenil. Para além dos 118 itens, para que os inquiridos pudessem indicar problemas não contemplados no texto do questionário, foram colocados mais dois itens suplementares (56h e 113). Todos os itens foram cuidadosamente seleccionados, a partir de revisões bibliográficas, dos contributos dos pais e de diversos profissionais, e da observação e avaliação de crianças em serviços de psicologia clínica e de pedopsiquiatria.

Cada item é cotado numa escala de zero a dois pontos (0 - não verdadeiro; 1 - um pouco ou às vezes verdadeiro e 2 - muito verdadeiro), consoante o comportamento ou a característica da criança, como se pode verificar no exemplo abaixo indicado:

- 0 = Não Verdadeira (tanto quanto sabe)**
1 = Um Pouco ou Às Vezes Verdadeira
2 = Muito Verdadeira

0	1	2	1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2. Tem alergias (descreva):.....
0	1	2	3. discute por tudo e por nada
0	1	2	4. Tem asma

Para além do inventário para pais existem mais duas versões "*Teacher's Report Form*" e "*Youth Self Report Form*", sendo a primeira dirigida aos professores e a segunda à própria criança ou jovem, permitindo assegurar uma visão mais completa do funcionamento infantil e reduzir os enviesamentos inerentes ao recurso a uma única fonte de informação.

O trabalho realizado com o I.C.C.P. permitiu a detecção de semelhanças e analogias nas soluções factoriais alcançadas em cada uma das escalas, que culminaria com a formação segundo Fonseca et al, (1994), de oito escalas ou síndromas a que se atribuíram as seguintes designações:

Comportamento de Oposição
03. Discute
14. Chora muito
19. Exige muita atenção
22. Desobediente em casa
27. Ciumento
68. Brita muito
74. Gosta de se exhibir
86. Teimoso, irritável
87. Mudanças repentinas de humor
88. Amua muito
93. Fala demasiado
94. Arrelia os outros
95. Tem birras
104. Barulhento
109. Choraminga

Quadro 2 - Comportamento de Oposição

Comportamento Agressivo
7. Fanfarrão
16. Cruel para os outros
20. Destroí as suas coisas
21. Destroí as coisas dos outros
22. Desobediente em casa
23. Desobediente na escola
36. Magoa-se muito
37. Mete-se em bulhas
39. Mete-se em sarilho

- 43. Mentiroso
- 57. Agride os outros
- 66. Tem compulsões
- 90. Diz palavrões

Quadro 3 - Comportamento Agressivo

Comportamento de Hiperactividade

- 1. Infantil
- 8. Não se concentra
- 10. Hiperactivo
- 11. Dependente
- 13. Confuso
- 41. Impulsivo
- 43. Mentiroso
- 61. Trabalho escolar fraco
- 62. desajeitado
- 102. Pouco desembaraçado

Quadro 4 - Comportamento Hiperactivo

Comportamento Depressivo

- 12. Queixa-se de solidão
- 13. Confuso
- 33. Acha que ninguém gosta dele
- 34. sente-se perseguido
- 35. Acha-se sem valor
- 38. Fazem pouco dele
- 52. Sente-se demasiado culpado
- 66. Tem compulsões
- 80. Olhar fixo
- 103. Infeliz, triste
- 111. Isola-se
- 112. Preocupa-se muito

Quadro 5 - Comportamento Depressivo

Problemas Sociais

- 24. Não come bem
- 25. Não se dá bem com as outras crianças
- 32. Sente que tem que ser perfeito
- 42. Gosta de estar só
- 48. Os outros miúdos não gostam dele
- 64. Prefere andar com crianças mais novas
- 99. Preocupa-se com a limpeza

Quadro 6 - Problemas Sociais

Queixas Somáticas

- 51. Tem tonturas
- 56a. Dores
- 56b. Dores de cabeça
- 56c. Náuseas
- 56f. Dores de estômago
- 56g. Vômitos

Quadro 7 - Queixas somáticas

Comportamento de Isolamento

- 65. Recusa-se a falar
- 69. Reservado
- 71. Embaraçado
- 75. Tímido
- 88. Amua muito
- 93. Fala demasiado

Quadro 8 - Comportamento de Isolamento

Ansiedade

- 45. Nervoso
- 46. Tem movimentos nervosos
- 47. Pesadelos
- 50. Medroso
- 92. Fala durante o sono
- 100. Dificuldade em dormir

Quadro 9 - Ansiedade

Comportamento Obsessivo

- 6. Não tem controlo intestinal
- 9. Obsessões
- 17. Sonha acordado
- 29. Tem medos
- 31. Tem medo de fazer algo mal
- 49. Prisão de ventre
- 50. Medroso ou ansioso
- 56e. Irritações cutâneas
- 58. Arranca coisas da pele

Quadro 10 - Comportamento Obsessivo

Os resultados obtidos em cada uma destas escalas fornecem informações respeitantes à natureza e intensidade dos problemas de comportamento da criança, mas não podem ser assimilados a um qualquer diagnóstico clínico.

5. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

O Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C:P.) foi respondido directamente pelos pais ou substitutos parentais, tendo como referência o comportamento da criança. Não obstante, em situações em que os pais ou substitutos possuíam um nível insuficiente de leitura, ou não sabiam ler, recorreu-se a um entrevistador que lia os itens em voz alta e anotava as respostas.

6. ANÁLISE DOS DADOS E MÉTODO ESTATÍSTICO

Após concluída a recolha de dados do Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P.), procedeu-se ao tratamento dos mesmos. Na primeira parte do questionário foi efectuado uma avaliação quantitativa, frequência (número de sujeitos que responderam de tal forma) e qualitativa (qualificando o tipo de respostas dadas).

Na segunda parte do questionário foi efectuado um tratamento estatístico dos dados com recurso a um programa informático de estatística denominado - SPSS versão 10.

A análise estatística utilizada foi não paramétrica em virtude da dimensão da amostra (20) e o Teste utilizado foi o de Mann-Whitney (U) (comparação inter-grupos) dado serem duas amostras independentes e utilizarmos uma escala ordinal, permite uma comparação das médias, dado que compara o centro de localizações das duas amostras, por forma a detectar ou não diferenças entre as duas amostras correspondentes.

7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Num primeiro momento iremos apresentar uma análise quantitativa e qualitativa, das respostas dadas pelos pais relativamente à primeira parte do Inventário.

Assim, este será avaliado em cinco níveis:

- actividades da vida quotidiana,
- interacções sociais,
- escolaridade,
- preocupações,
- e qualidades do filho.

Num segundo momento será apresentada a análise estatística relativo à segunda parte do Inventário.

7.1. ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA - 1ª PARTE - I.C.C.P.

7.1.1. ACTIVIDADES DA VIDA QUOTIDIANA

Relativamente às actividades da vida quotidiana podemos verificar no Gráfico 4 que os pais do grupo de controle apresentam uma maior diversidade nas respostas, ao nível do desporto que os filhos gostam de praticar.

Os pais das crianças vítimas de maus tratos consideram que o desporto que os filhos mais gostam é o futebol (6), enquanto que no grupo de controle o desporto mais considerado é a natação (9). É de realçar que três dos pais das crianças vítimas de maus tratos referem que os filhos não gostam de praticar nenhum desporto.

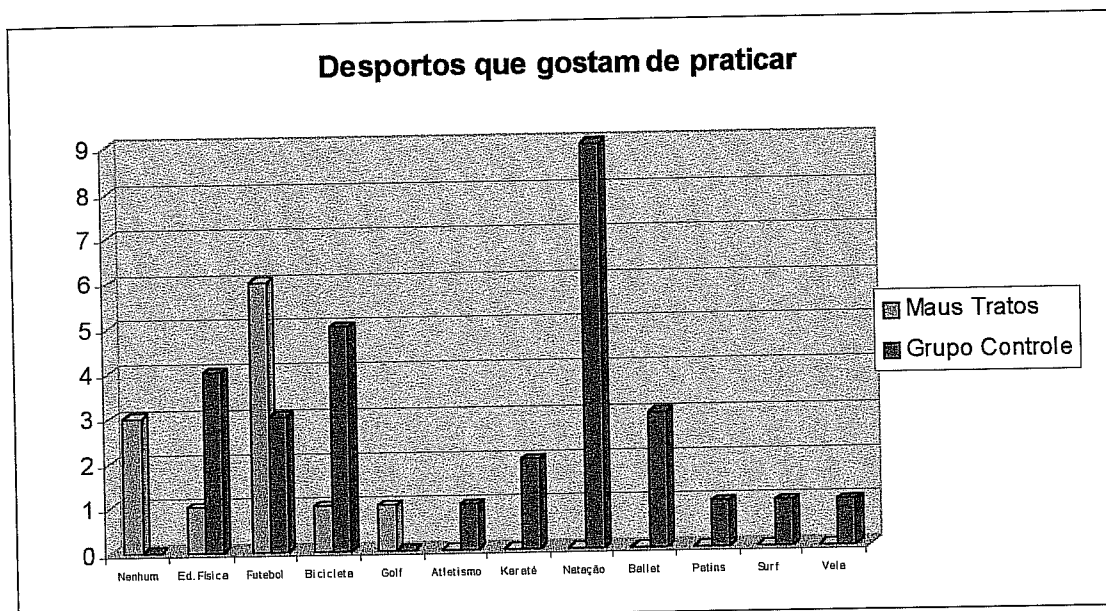


Gráfico 4 - Desporto que gostam de praticar

Quanto ao tempo que as crianças dedicam ao desporto (Gráfico 5), a categoria mais mencionada por ambos os grupos é que este se encontra dentro da média, sendo o número de respostas do grupo não vítimas de maus tratos (26) muito superior ao grupo das crianças vítimas de maus tratos (5).



Gráfico 5 - Tempo que dedica ao desporto

Relativamente a como se sai em cada um dos desportos (Gráfico 6), a categoria mais referida no estudo foi - dentro da média em ambos os grupos da amostra, sendo esta também mais elevada no grupo de crianças não vítimas de maus tratos (26).

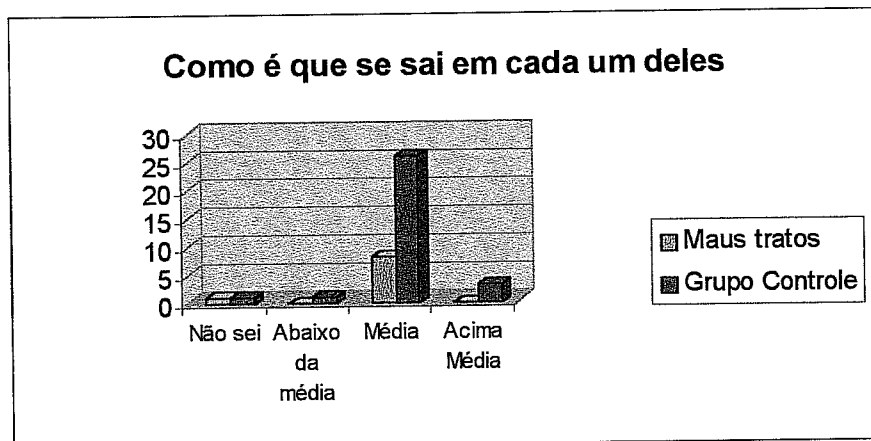


Gráfico 6 - Como é que se sai em cada um dos desportos

A nível dos passatempos e das actividades preferidas pelas crianças, podemos verificar no estudo que relativamente às crianças vítimas de maus tratos (Gráfico 7), 2 dos pais referiram não terem passatempos nem actividades preferidas, e as actividades mais mencionadas foram: os livros (3) e brincar com bonecos, com a playstation e com carros (2). Quanto ao outro grupo da amostra (Gráfico 8), as categorias mais nomeadas foram: os livros (6), bonecos, música e trabalhos manuais (3).

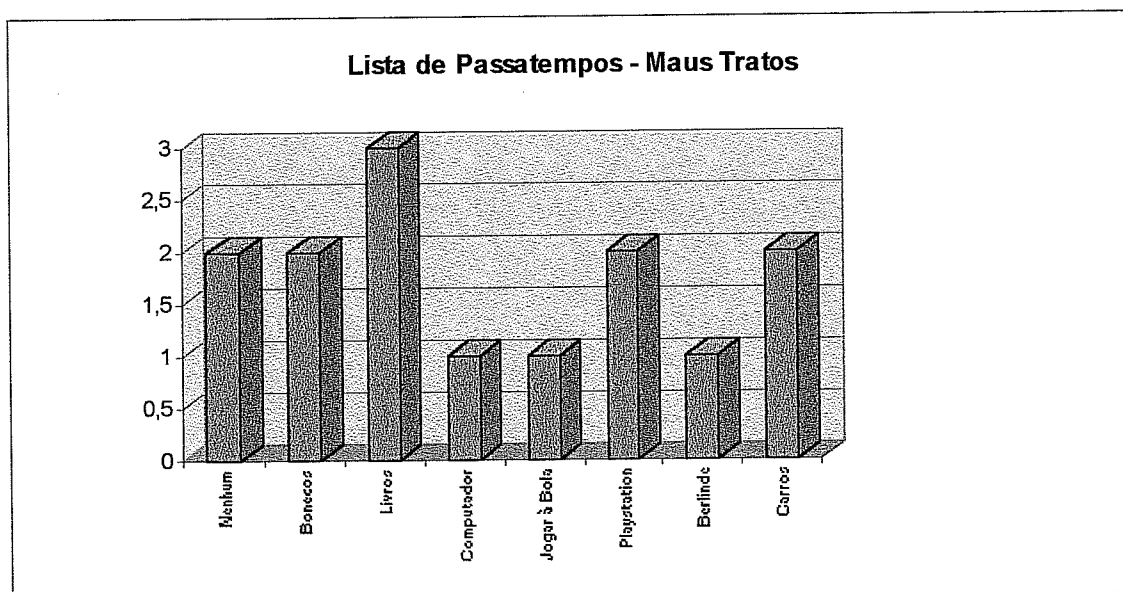


Gráfico 7 - Lista de Passatempos - Maus tratos

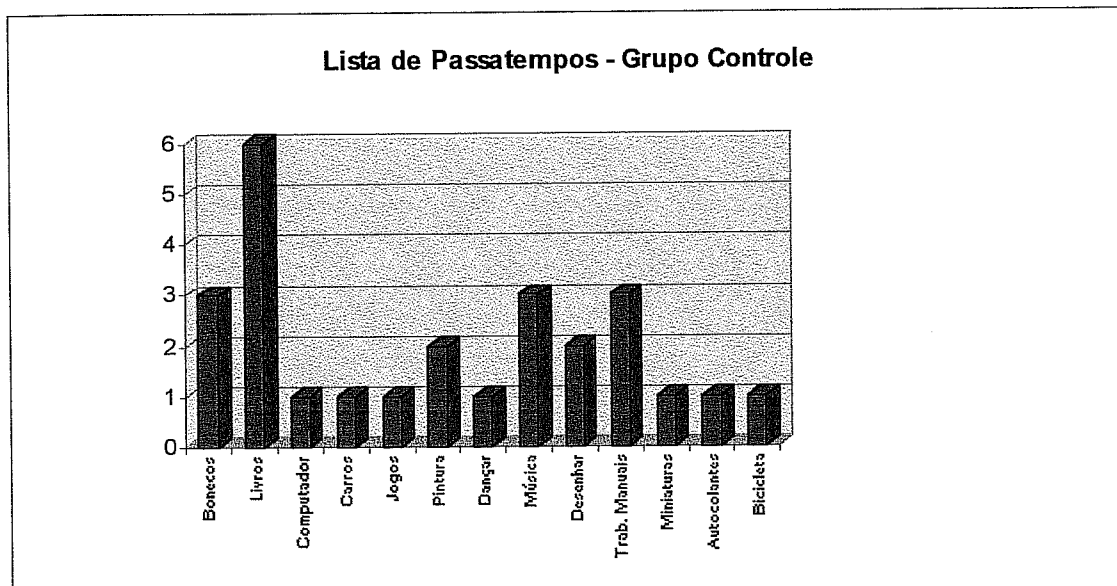


Gráfico 8 - Lista de Passatempos - Grupo Controle

Ambos os grupos consideram na sua maioria que o tempo que as crianças dedicam às actividades (Gráfico 9) se encontra dentro da média, bem como a forma como se saiem nas actividades e passatempos (Gráfico 10).

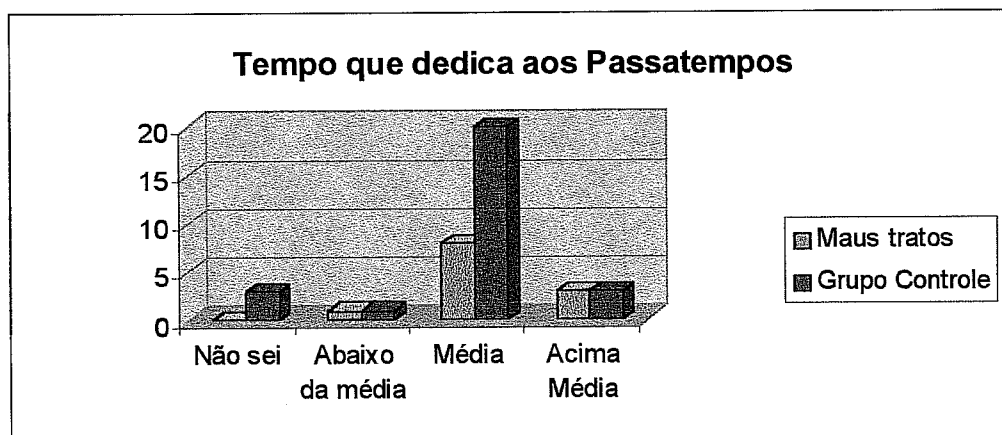


Gráfico 9 - Tempo que dedica aos passatempos

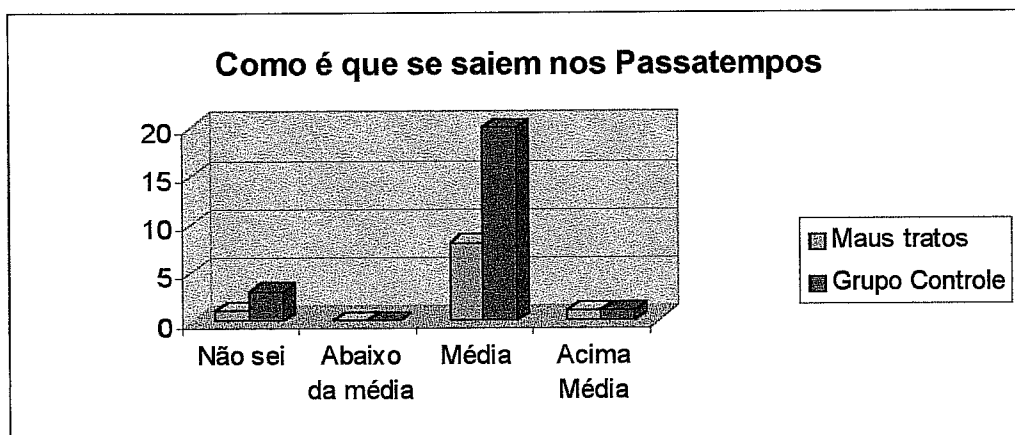


Gráfico 10 - Como se saiem nos passatempos

A nível da participação em organizações, clubes, equipas (Gráfico 11), o grupo das crianças vítimas de maus tratos refere na sua grande maioria (9) a categoria nenhum, enquanto que no grupo de crianças não vítimas de maus tratos 4 referem a sua participação em Associações, 1 numa Tuna e 1 no Clube Naval, a categoria nenhum é referida por 5 pais.

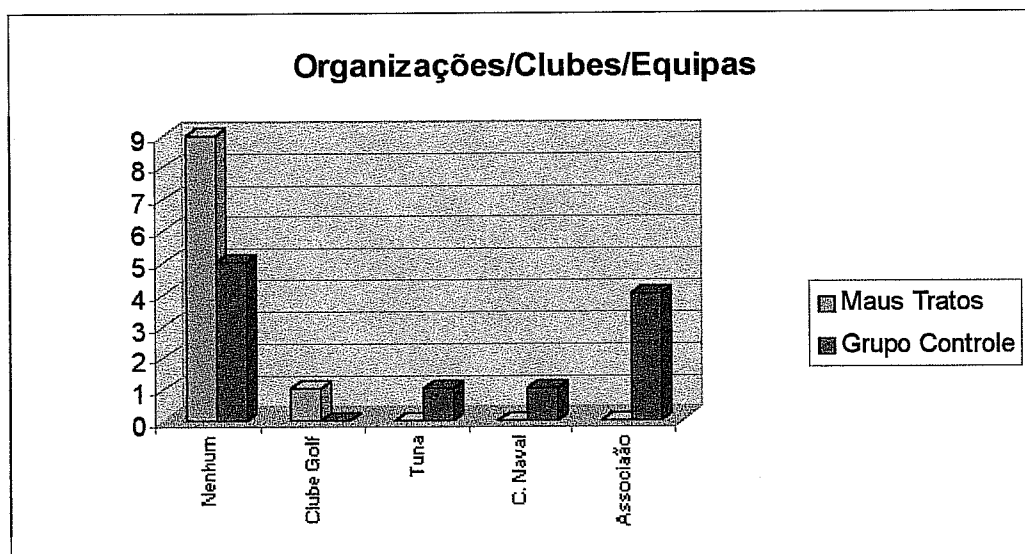


Gráfico 11 - Organizações/Clubes/Equipas

Quanto ao grau de participação nas organizações/clubes/equipas (Gráfico 12), a única resposta dada pelo grupo das crianças vítimas de maus tratos considera a participação do seu filho acima da média, e o grupo de crianças não vítimas de maus tratos considera na sua maioria que esta se encontra dentro da média (5).

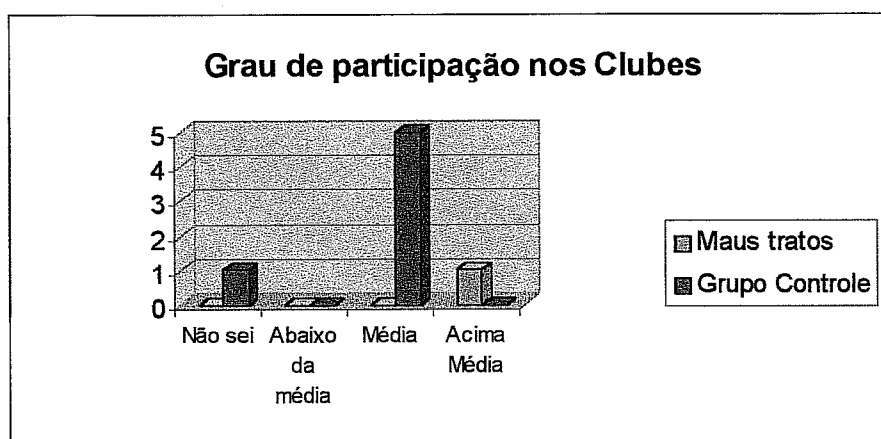


Gráfico 12 - Grau de participação nas Organizações/Clubes/Equipas

Relativamente ao seu desempenho nessas organizações (Gráfico 13), no grupo de crianças não vítimas de maus tratos 2 referem não saber e 4 dos pais consideram o desempenho do seu filho dentro da média.

Verificamos pouca participação das crianças em organizações exteriores à escola, o que poderá sugerir pouco interesse por parte dos filhos e pouco incentivo por parte dos pais para a sua participação em actividades do género.

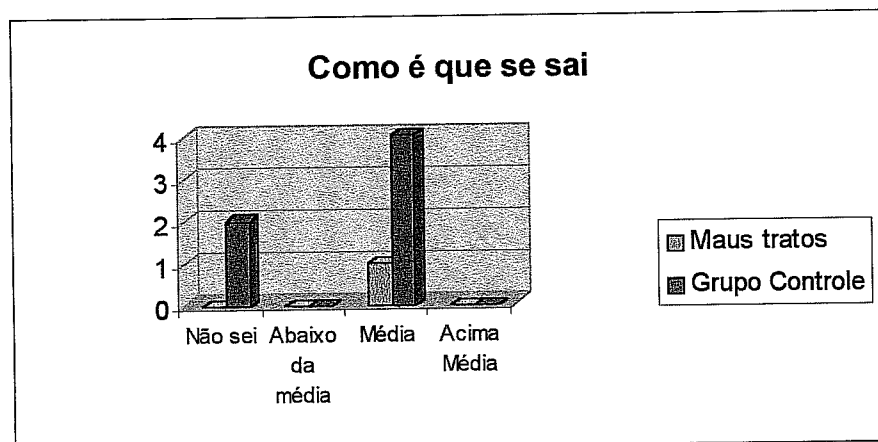


Gráfico 13 - Como é que se sai

Quanto aos pequenos trabalhos ou tarefas que realizam (Gráfico 14), ambos os grupos do estudo nomeiam na sua maioria as actividades domésticas, sendo 22 as referências no grupo das crianças vítimas de maus tratos e 25 as referências no grupo controle.

A nível do seu desempenho nessas tarefas (Gráfico 15) o grupo de crianças não vítimas de maus tratos refere que se encontra dentro da média e no grupo de crianças vítimas de maus tratos, os pais consideram que o seu desempenho se encontra dentro da média (14) e abaixo da média (8). O que poderá sugerir que os pais das crianças vítimas de maus tratos desvalorizam um pouco o trabalho dos filhos.

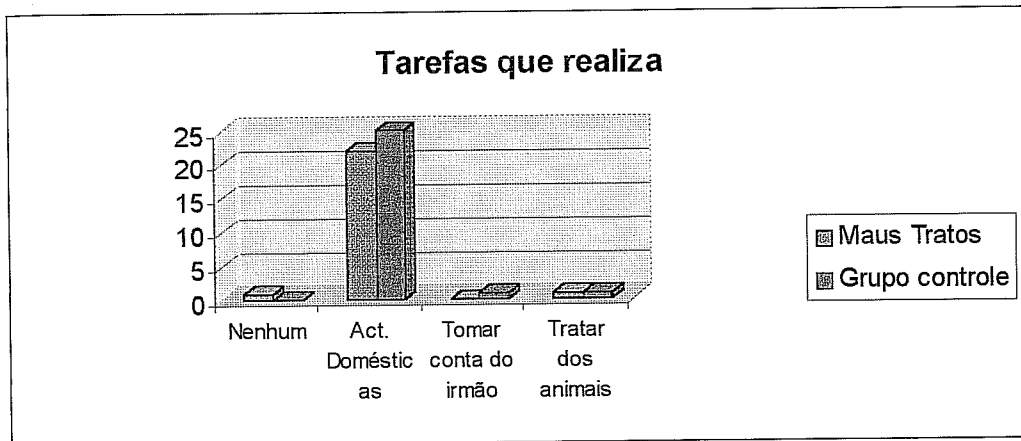


Gráfico 14 - Tarefas que realizam

Tarefas que realizam		
Act. Domésticas	Maus Tratos	Grupo controle
Varrer a casa	1	0
Ajudar na cozinha	0	1
Pôr a mesa	3	2
Lavar a loiça	3	3
Despejar o lixo	0	2
Limpar o pó	2	0
Esfregar a roupa	1	0
Estender/apanhar a roupa	1	0
Fazer a cama	2	0
Arrumar os brinquedos	3	1
Arrumar o quarto	3	8
Arrumar a sala	0	1
Arrumar a secretária	0	1
Arrumar a casa	2	1
Ir às compras	1	5

Tabela 1 - Tarefas que realizam

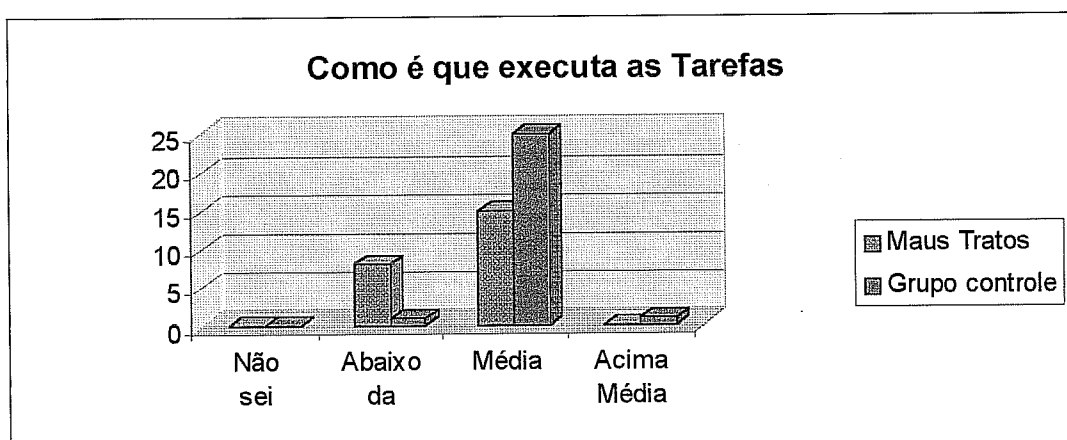


Gráfico 15 - Como é que executa as tarefas

7.1.2. INTERACÇÃO SOCIAL

Relativamente ao número de amigos (Gráfico 16) ambos os grupos da amostra referem na sua maioria que têm 2 ou 3 amigos mais íntimos. Quanto à frequência com que se encontram durante a semana fora do horário escolar (Gráfico 17), podemos verificar em ambos os grupos da amostra que a categoria mais referida é 2 ou 3 vezes, sendo 5 o número de respostas no grupo de crianças vítimas de maus tratos e 7 o número de respostas no grupo de controle.

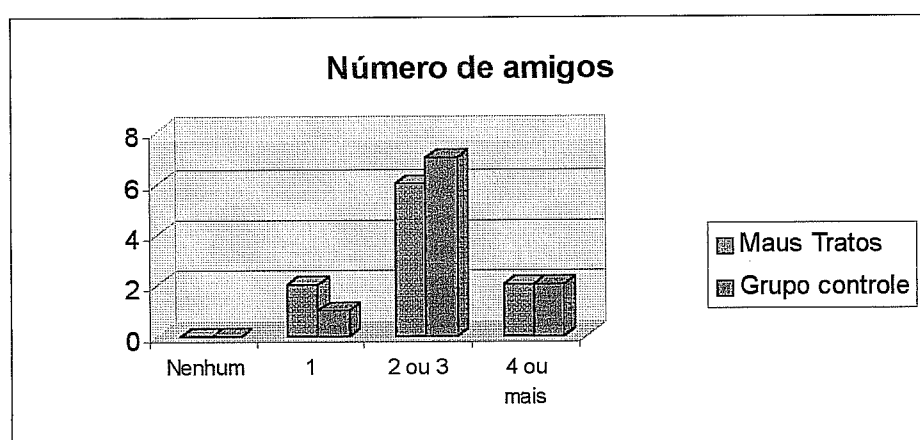


Gráfico 16 - Número de amigos

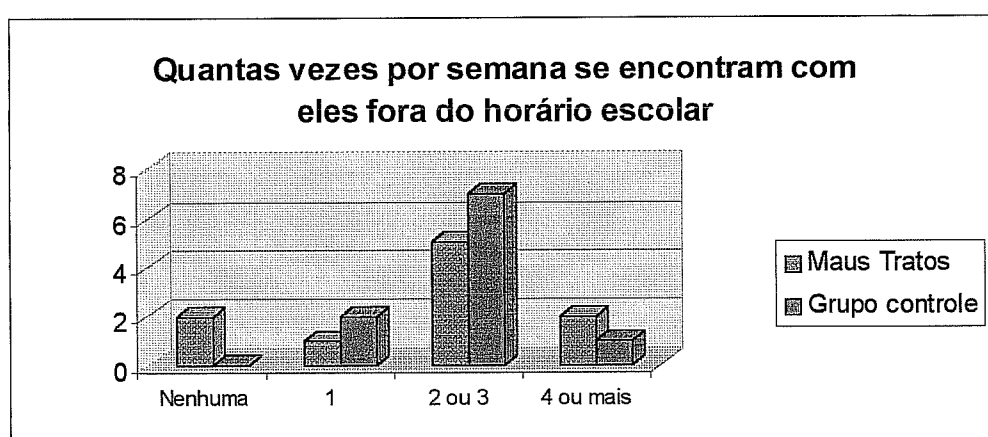


Gráfico 17 - Número de encontros

A nível do relacionamento (Gráfico 18) o grupo de crianças vítimas de maus tratos assinala com maior frequência a categoria melhor no relacionamento com os pais (7), 6 referem que os filhos se dão melhor a

brincar ou trabalhar sozinho e 4 consideram melhor o relacionamento com os irmãos. No relacionamento com outras crianças a categoria referida maior número de vezes foi mais ou menos a mesma coisa com 5 respostas. É de registar que a categoria pior é sempre mencionada em todas as situações embora em menor escala.

No grupo de crianças não vítimas de maus tratos (Gráfico 19) a categoria mais referida em quase todas as questões é "mais ou menos a mesma coisa": no brincar ou trabalhar sozinho (9), no relacionamento com os irmãos (8) e com os pais (6). Relativamente ao relacionamento com as outras crianças estes referem em maior número a categoria melhor (7).

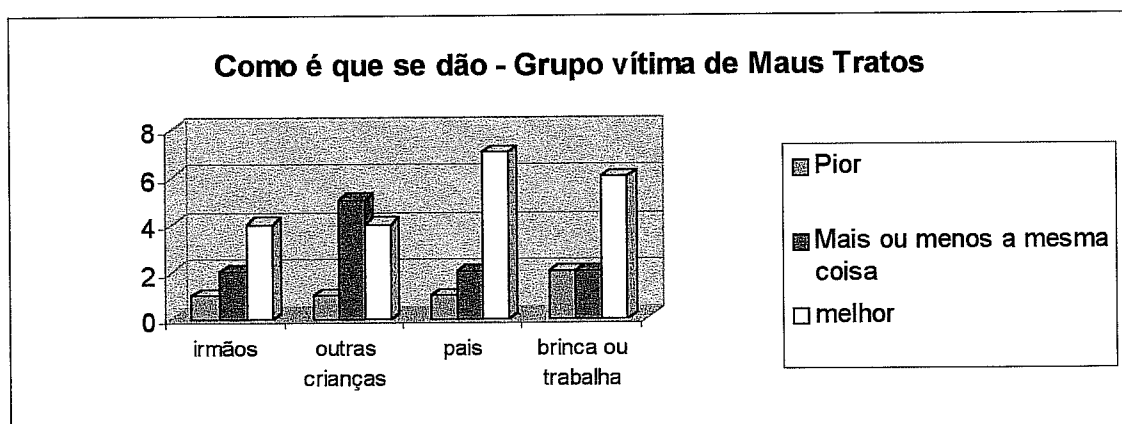


Gráfico 18 - Relacionamento - Maus tratos

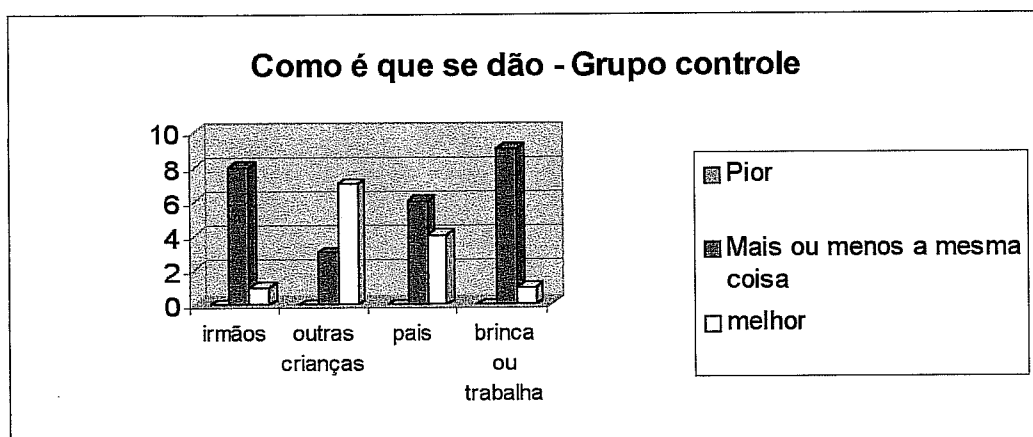


Gráfico 19 - Relacionamento - Grupo controle

7.1.3. Escolaridade

A nível do rendimento escolar (Gráficos 20, 21 e 22) os pais das crianças não vítimas de maus tratos consideram que estas se situam na sua maioria dentro da média a nível da leitura (8) e da escrita (7), na matemática a maioria considera-os acima da média (6). Os pais destas crianças referem também na sua maioria (9), que os filhos não têm problemas no aproveitamento escolar (Gráfico 24).

No grupo de crianças vítimas de maus tratos o rendimento escolar é assinalado maior número de vezes dentro da média a nível da leitura (6), da escrita (7) e da matemática (5). Sete das crianças vítimas de maus tratos já repetiram pelo menos um ano. Os pais consideram na sua maioria (7), que os filhos não têm problemas de aproveitamento na escola.

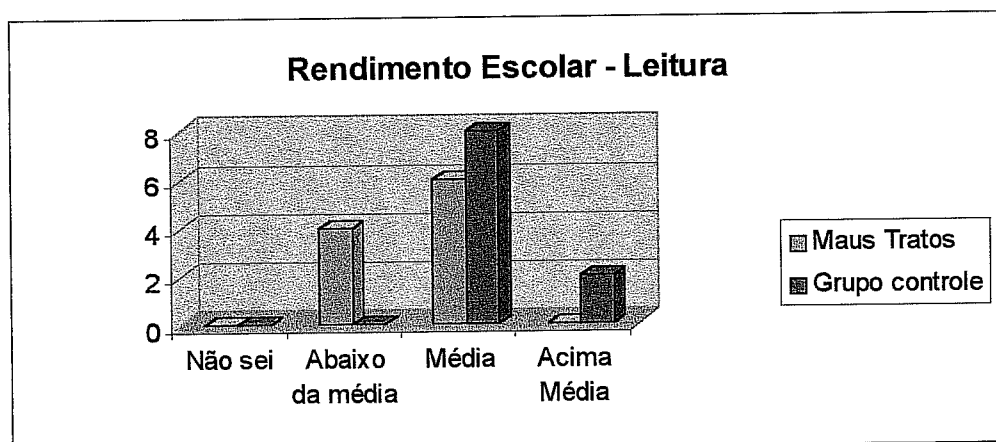


Gráfico 20 - Rendimento Escolar - Leitura

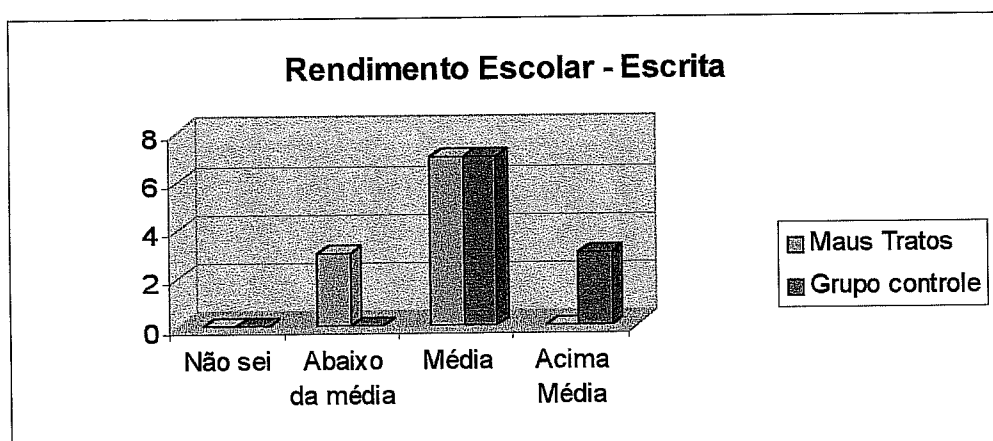


Gráfico 21 - Rendimento Escolar - Escrita

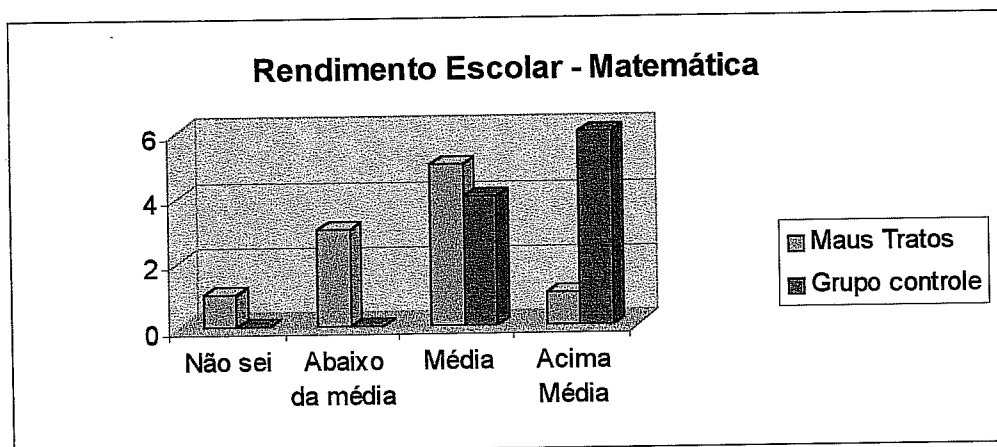


Gráfico 22 - Rendimento Escolar - Matemática

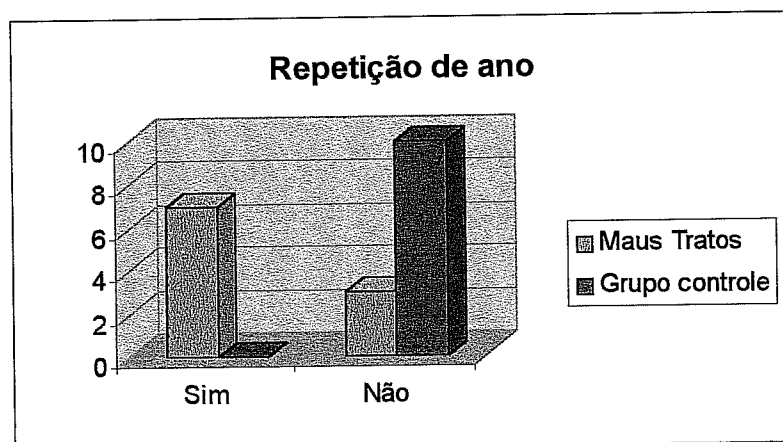


Gráfico 23 - Repetição de ano

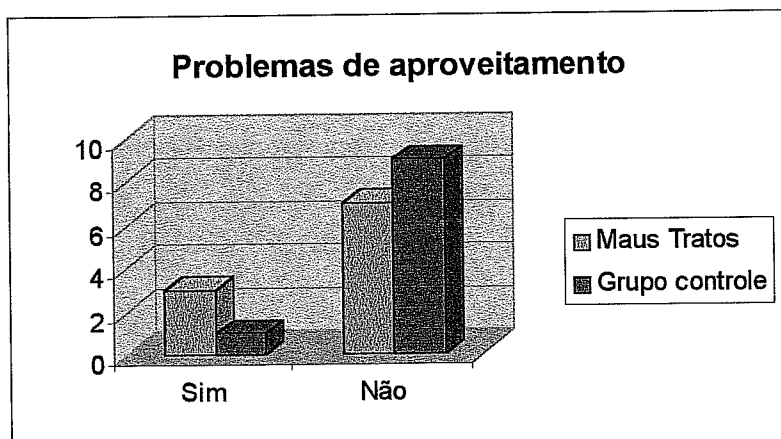


Gráfico 24 - Problemas de aproveitamento

7.1.4. PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES COM O FILHO

Em ambos os grupos, os pais referem na sua maioria que as principais preocupações com o seu filho se situam na categoria que designamos por "ele próprio" (Quadro 11, Gráfico 25). Os pais de crianças vítimas de maus tratos referem também preocupações nas categorias designadas por "família"⁽⁶⁾ e por "problemas/sociedade"⁽²⁾

Principais preocupações com o seu filho		
Categoria	Crianças não vítimas de maus tratos	Crianças vítimas de maus tratos
Família		<ul style="list-style-type: none"> • pai ausente • abertura com a mãe • mãe não está à espera • responder ao pai • descontrole do pai • não obedecer à mãe
Problemas/ sociedade		<ul style="list-style-type: none"> • abuso • droga
Ele próprio	<ul style="list-style-type: none"> • seja muito feliz • ansiedade • não confiar sempre nas suas capacidades • subestimar-se • falta de iniciativa • comportamento em relação à alimentação • indecisão • insegurança • fazer o que quer sem atender ao ponto de vista do outro • metódico e minucioso • ficar sozinho em casa • não dar valor àquilo que tem <p>o que os outros têm é sempre melhor do que aquilo que ele tem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ecoprese • teimoso • muito mau (bate) • calão • irresponsável • prejudica a mãe • desmazelado • guloso • não sabe fazer nada • comportamento excitado • fazer alguns estragos com os colegas e aparecer a polícia à porta • medos • comportamento
Escola	<ul style="list-style-type: none"> • Aproveitamento escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • não tem zelo pelas coisas da escola
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Tenha muita saúde 	

Quadro 11 - Preocupação com o filho



Gráfico 25 - Preocupação com o filho

7.1.5. Qualidades do filho

A nível das qualidades do filho (Quadro 12, Gráfico 26), em ambos os grupos da amostra, os pais referem em maior número características que se inserem na categoria que designamos por "*ele próprio*". São referidas também por ambos os grupos, embora em menor número características da categoria que designamos por "*família*", "*brincar*" e "*escola*". É de registar que um dos pais do grupo das crianças vítimas de maus tratos refere que o seu filho não apresenta qualidades.

Qualidades do Filho		
Categoria	Crianças não vítimas de maus tratos	Crianças vítimas de maus tratos
Ele próprio	<ul style="list-style-type: none"> • carinhoso • meiguice • calmo • simpático • afável • bem educado • atencioso • dar opinião • extrovertido • responsável • comunicativo • cumpridor dos seus deveres • justo • gostar de partilhar • humilde • personalidade forte • rapidez • altruista • com humor • curiosidade • solidário • tolerante • aberto a novas experiências • facilidade na aquisição de conhecimentos • preocupação com os outros • preocupação com os animais 	<ul style="list-style-type: none"> • carinhoso • meigo • amigo • bom • respeitador • sensível • boa vontade • dar beijos • ser muito dado • saber quando é que faz mal e quando faz bem • pedir desculpa • não ganancioso • ser esperto • não mentir • muito franco
Família	<ul style="list-style-type: none"> • interessado nas tarefas familiares • participativo nas tarefas • dar ajuda 	<ul style="list-style-type: none"> • gostar da companhia da mãe • andar sempre com a mãe • ajudar em casa • ajudar a tratar dos irmãos • ensinar os irmãos a ler e a escrever
Escola	<ul style="list-style-type: none"> • bom aproveitamento na escola 	<ul style="list-style-type: none"> • gostar de ir à escola
Brincar	<ul style="list-style-type: none"> • prazer em actividades ao ar livre 	<ul style="list-style-type: none"> • gostar de desenhar • brincar com bonecos

Quadro 12 - Qualidades do filho

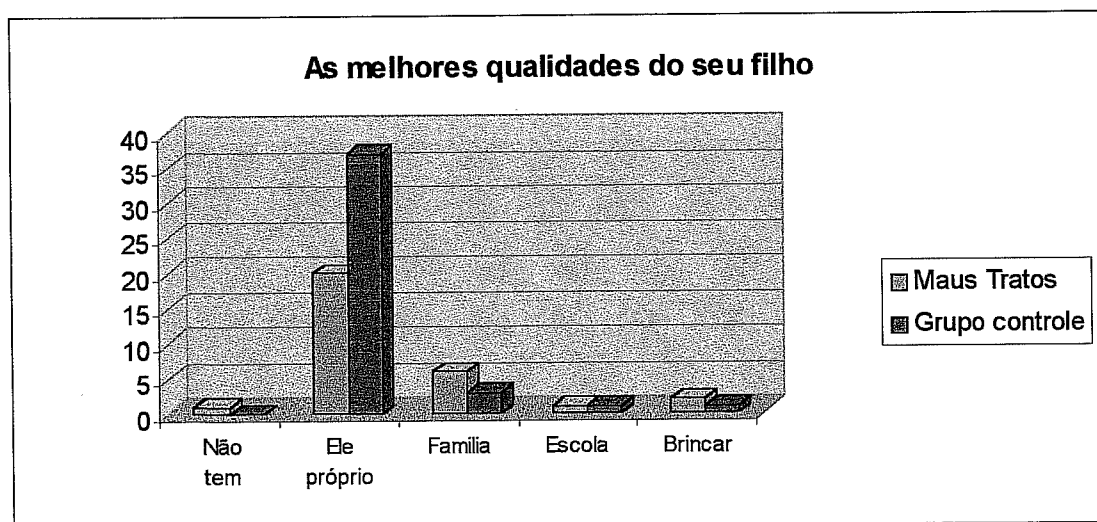


Gráfico 26 - Qualidades do filho

7.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Dado a população da amostra ser muito pequena (20), os resultados encontrados no estudo mesmo que sejam muito significativos, não podem ser generalizados, i.e., não são representativos para o grupo das crianças vítimas de maus tratos em geral.

Relativamente à avaliação efectuada na categoria comportamento de oposição (Tabela n.º 2 e 3) existem diferenças significativas nos dois grupos da amostra no âmbito do estudo efectuado, sendo que as crianças vítimas de maus tratos apresentam mais comportamentos de oposição comparativamente com as crianças não vítimas de maus tratos, confirmando assim a Hipótese 1.

Estes resultados corroboram com estudos efectuados por Cerezo e Frias (1994) que revelam que crianças vítimas de maus tratos apresentavam um comportamento de oposição.

Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Oposição 1	10	14,20	142,00
2	10	6,80	68,00
Total	20		

Tabela n.º2: Média dos grupos quanto ao Comportamento de Oposição

	U Mann-Whitney	P
Comportamento de Oposição	13,000	0,004

Tabela n.º3: Mediana e nível de significância do comportamento de Oposição

Quanto ao comportamento de agressividade (Tabela n.º4 e 5) existem diferenças muito significativas entre os grupos: as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam mais comportamentos agressivos do que as crianças não vítimas de maus tratos, este resultado é representativo apenas no âmbito do estudo efectuado, confirmando assim a Hipótese 2.

São vários os estudos que confirmam a existência de maior agressividade nas crianças vítimas de maus tratos físicos comparativamente com crianças não vítimas de maus tratos (Cerezo & Frias, (1994); Pérez,A.,

(1986); George & Main, (1979); George & Main, (1980); Klimes-Dougan & Kistner, (1990); Almeida, A.N., André, I.M. & Almeida H. N., (1994); Engeland & Sroufe, (1981); Erickson, Egeland, & Pianta, (1989); Hoffman-Plotkin & Twentyman, (1984); Killún, 1996; Whitmore, Kramer & Knutson, (1983); Cummings, Hennessy, Rabideau & Cicchetti, (1994); Crittenden, Claussen & Sugarman, (1994); Lynch & Cicchetti, (1991); Reid, Kavangh e Baldwin, (1987)), em simultâneo com a agressividade alguns dos autores referem também a existência de comportamento de medo e de evitamento. Paúl & Arrubarrena, (1995) considera nos seus estudos, que as crianças vítimas de negligência tendem a ter problemas a nível da externalização - comportamento agressivo. Crittenden, et al., (1994); Walker et al., (1989) consideram que os rapazes vítimas de maus tratos parecem estar mais em risco de desenvolver problemas de externalização e distúrbios como a desordem da conduta.

Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Agressividade 1	10	15,05	150,00
2	10	5,95	59,50
Total	20		

Tabela n.º4: Média dos grupos quanto ao Comportamento de Agressividade

	U Mann-Whitney	P
Comportamento de Oposição	4,500	0,000

Tabela n.º5: Mediana e nível de significância do comportamento de Agressividade

A nível do comportamento hiperactivo (Tabela n.º 6 e 7), existem diferenças muito significativas entre os grupos: as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam um comportamento mais hiperactivo do que as crianças não vítimas de maus tratos, este resultado é representativo apenas no âmbito do estudo efectuado, confirmando assim a Hipótese 3.

Os estudos de Salzinger, Kaplan, Pelcovitz, Samit & Krieger, (1984), Almeida, A.N., André, I.M. & Almeida H. N., (1994); Reid, Kavangh & Balwin,

(1987); Creighton, (1985); Egley, (1991); Sherrod, O'Conner, Vietze & Altemeier, (1984); Trickett & Kuczinsky (1986); Crittenden, (1988); Reid, Kavangh e Baldwin, (1987); consideram a existência de um comportamento hiperactivo nas crianças vítimas de maus tratos físicos, estando de acordo com os resultados do estudo efectuado. Em muitos dos estudos a hiperactividade não surge isoladamente mas associada a outros comportamentos como a agressividade e a impulsividade.

	Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Hiperactividade	1	10	15,45	154,50
	2	10	5,55	55,50
	Total	20		

Tabela n.º6: Média dos grupos quanto ao Comportamento de Hiperactividade

	U Mann-Whitney	P
Comportamento de Hiperactividade	0,500	0,000

Tabela n.º7: Mediana e nível de significância do comportamento de Hiperactividade

Relativamente ao comportamento depressivo (Tabela n.º8 e 9), existem também diferenças significativas entre os grupos: as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam mais comportamentos depressivos comparativamente às crianças não vítimas de maus tratos, este resultado é representativo apenas no âmbito do estudo efectuado, confirmando assim a Hipótese 4.

São diversos os estudos que estão de acordo com os resultados encontrados, nomeadamente os estudos efectuados por: Kaufman, (1981); Kaufman & Cicchetti, (1989); Toth & Cicchetti, (1996); Abramson, Seligman & Teasdale, (1978). Alguns dos estudos para além da depressão salientam também a baixa auto-estima apresentada pelas crianças vítimas de maus tratos físicos. Crittenden et al., (1994); considera nos seus estudos que as raparigas vítimas de maus tratos estão mais em risco de desenvolver problemas de internalização, e distúrbios como a depressão, designadamente

quando tendem a inibir a zanga e a agressão, substituindo pela obediência excessiva.

	Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Depressão	1	10	14,20	142,00
	2	10	6,80	68,00
	Total	20		

Tabela n.º 8: Média dos grupos quanto ao Comportamento Depressivo

	U Mann-Whitney	P
Comportamento Depressivo	13,000	0,004

Tabela n.º 9: Mediana e nível de significância do comportamento Depressivo

A nível dos problemas sociais (Tabela n.º10 e 11), existem diferenças significativas entre os grupos: as crianças vítimas de maus tratos físicos revelam com maior frequência problemas de comportamento social relativamente às crianças não vítimas de maus tratos, este resultado é representativo apenas no âmbito do estudo efectuado, confirmando assim a Hipótese 5.

Um estudo efectuado por Barahal, Waterman & Martin, (1981); refere que as crianças vítimas de abuso têm maior dificuldade em compreender situações sociais e interpessoais complexas. Verificaram também uma grande dificuldade nestas criança em identificar os sentimentos do outro e em tomar a perspectiva do outro. Beeghly & Cicchetti, (1994); denota uma certa imaturidade sócio-cognitiva das crianças vítimas de maus tratos, e que presumem ser responsável pela sua acção social e interpessoal menos adequada.

	Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Problemas Sociais	1	10	13,25	132,50
	2	10	7,75	77,50
	Total	20		

Tabela n.º10: Média dos grupos quanto aos Problemas Sociais

	U Mann-Whitney	P
Problemas Sociais	22,500	0,035

Tabela n.º11: Mediana e nível de significância dos Problemas Sociais

Quanto às queixas somáticas (Tabela n.º12 e 13), não existem diferenças significativas entre os grupos: crianças vítimas de maus tratos físicos e crianças não vítimas de maus tratos, este resultado é representativo apenas no âmbito do estudo efectuado. O resultado obtido não confirma a Hipótese 6.

Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Queixas Somáticas 1	10	12,60	126,00
2	10	8,40	84,00
Total	20		

Tabela n.º12: Média dos grupos quanto às Queixas Somáticas

	U Mann-Whitney	P
Queixas Somáticas	29,000	0,123

Tabela n.º13: Mediana e nível de significância das Queixas Somáticas

No comportamento de isolamento (Tabela n.º14 e 15), existem diferenças muito significativas entre os grupos: as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam mais comportamento de isolamento do que as crianças não vítimas de maus tratos, este resultado é representativo apenas no âmbito do estudo efectuado, confirmando assim a Hipótese 7.

Estudos efectuados por Lynch & Cicchetti, (1991); Paúl & Arruabarrena, (1995); revelam que as crianças vítimas de maus tratos tendem a revelar problemas a nível da internalização - isolamento, Crittenden et al., (1994); considera este tipo de comportamento sobretudo a nível das raparigas vítimas de maus tratos. Outros autores como George & Main, (1979); consideram também outro tipo de comportamento nas crianças vítimas de maus tratos, que

designam por evitamento, que de certa forma conduz ao isolamento como por exemplo quando as crianças exibem um comportamento de evitamento perante a aproximação quer da educadora quer dos seus pares. Fantuzzo, Sutton-Smith, Atkins, Meyens, Stevenson, Coolahan, Weiss, & Manz, (1996); Gaensbauer & Sands, (1979) concluem nos seus estudos que as crianças maltratadas falham em iniciar o contacto e isolam-se para evitar as trocas interpessoais; falham também em responder com prazer às interações que lhe são proporcionadas.

	Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Isolamento	1	10	13,90	139,00
	2	10	7,10	71,00
	Total	20		

Tabela n.º14: Média dos grupos quanto ao Comportamento de Isolamento

	U Mann-Whitney	P
Comportamento de Isolamento	16,000	0,009

Tabela n.º15: Mediana e nível de significância do comportamento de Isolamento

Quanto ao comportamento de ansiedade (Tabela n.º16 e 17) existem diferenças muito significativas entre os grupos: as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam um comportamento mais ansioso comparativamente às crianças não vítimas de maus tratos, este resultado é representativo apenas no âmbito do estudo efectuado, confirmando assim a Hipótese 8.

Salzinger, Kaplan, Pelcovitz, Samit & Krieger, (1984) verificaram nos seus estudos que as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam níveis mais elevados de ansiedade dos que as crianças que não são vítimas de maus tratos.

	Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Ansiedade	1	10	14,45	144,50
	2	10	6,55	65,50
	Total	20		

Tabela n.º16: Média dos grupos quanto ao Comportamento de Ansiedade

	U Mann-Whitney	P
Comportamento de Ansiedade	10,500	0,002

Tabela n.º17: Mediana e nível de significância do comportamento de Ansiedade

Quanto ao comportamento obsessivo (Tabela n.º 18 e 19), existem diferenças significativas entre os grupos: as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam um comportamento obsessivo comparativamente às crianças não vítimas de maus tratos, este resultado é representativo apenas no âmbito do estudo efectuado, confirmando assim a Hipótese 9.

	Grupos	N	Mean Rankn	Sum of Runks
Obsessivo	1	10	13,45	134,50
	2	10	7,55	75,50
	Total	20		

Tabela n.º18: Média dos grupos quanto ao Comportamento Obsessivo

	U Mann-Whitney	P
Comportamento Obsessivo	20,500	0,023

Tabela n.º19: Mediana e nível de significância do comportamento Obsessivo

8. CONCLUSÕES

Tendo em conta que o objectivo principal deste estudo foi descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento das crianças vítimas de maus tratos físicos, existiram várias questões que foram analisadas, e que agora é chegado o momento de encetar algumas conclusões sugestões e críticas.

A nível das **Competências Sociais** verificámos que nas actividades de vida quotidiana as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam menor diversidade a nível do desporto que gostam de praticar, sendo o desporto mais referido por 60% pais o futebol. É de realçar que 30% dos pais das crianças vítimas de maus tratos consideram que os filhos não gostam de praticar nenhum desporto.

Nos passatempos e actividades preferidas as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam também menor diversidade, sendo os passatempos mais referidos pelos pais os livros seguido do brincar com bonecos, com os carros e com a playstation. 20% dos pais consideram que os filhos não têm actividades preferidas.

Quanto à sua participação em organizações, clubes, equipas, 90% dos pais das crianças vítimas de maus tratos referem que os filhos não efectuam qualquer participação nestes.

A nível dos pequenos trabalhos ou tarefas ambos os grupos referem diferentes actividades domésticas desenvolvidas pelos filhos, relativamente ao seu desempenho nestas tarefas, 64% dos pais das crianças vítimas de maus tratos consideram-no dentro da média e 36% consideram-no abaixo da média.

Na **Interacção Social** verificamos que ambos os grupos consideram na sua maioria que os filhos têm 2 ou 3 amigos mais íntimos e a frequência com que se encontram durante a semana fora do horário escolar é 2 ou 3 vezes. No relacionamento os pais das crianças vítimas de maus tratos consideram que os filhos se dão melhor com os pais, a brincar ou trabalhar sozinho e com os

irmãos, relativamente às outras crianças consideram o relacionamento mais ou menos a mesma coisa.

A nível da **Escolaridade** verificamos que 60% dos pais das crianças vítimas de maus tratos acham que o seu rendimento escolar a nível da leitura se encontra dentro da média e 40% considera-o abaixo da média. Ao nível da escrita 70% dos pais das crianças vítimas de maus tratos considera que este se encontra dentro da média e 30% considera-o abaixo da média. Na matemática verificamos que 50% dos pais das crianças vítimas de maus tratos físicos considera o seu desempenho dentro da média, 30% abaixo da média, 10% acima da média e 10% diz que não sabe. 7% das crianças vítimas de maus tratos já repetiram pelo menos um ano e 30% dos pais considera que os filhos apresentam problemas de aproveitamento escolar.

Nas **Principais Preocupações** em ambos os grupos da amostra a incidência recai na categoria designada por "ele próprio" (teimoso, irresponsável, desmazelado, não sabe fazer nada...) e revelam também preocupações a nível da escola e da família.

Nas **Qualidades do Filho** as categorias mais referidas no estudo em ambos os grupos foram as categorias designadas por "ele próprio" (carinhoso, meigo, amigo, bom, sensível, franco...), os pais referem também preocupações a nível da família, da escola e do brincar.

Na avaliação dos **Problemas de Comportamento** verificamos a existência de diferenças significativas em diferentes variáveis. No comportamento de oposição existiram diferenças significativas ($p=0,004$) nos dois grupos da amostra, estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos nos estudos efectuados por Cerezo e Frias (1994); Pérez, A., (1986); George & Main, (1979); George & Main, (1980); Klimes-Dougan & Kistner, (1990); Almeida, A.N., André, I.M. & Almeida H. N., (1994); Engeland & Sroufe, (1981); Erickson, Egeland, & Pianta, (1989); Hoffman-Plotkin & Twentyman, (1984); Killún, 1996; Whitmore, Kramer & Knutson, (1983); Cummings, Hennessy, Rabideau & Cicchetti, (1994); Crittenden, Claussen & Sugarman, (1994); Lynch & Cicchetti, (1991); Reid, Kavangh e Baldwin, (1987)),

No comportamento hiperactivo existem diferenças muito significativas ($P=0,000$), revelando que as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam um comportamento mais hiperactivo do que as outras crianças, estes resultados corroboram com os estudos efectuados por Salzinger, Kaplan, Pelcovitz, Samit & Krieger, (1984), Almeida, A.N., André, I.M. & Almeida H. N., (1994); Reid, Kavangh & Balwin, (1987); Creighton, (1985); Egley, (1991); Sherrod, O'Conner, Vietze & Altemeier, (1984); Trickett & Kuczinsky (1986); Crittenden, (1988); Reid, Kavangh e Baldwin, (1987).

Quanto ao comportamento depressivo, existem também diferenças significativas ($P=0,004$), o que vai de encontro a diversos estudos efectuados por: Kaufman, (1981); Kaufman & Cicchetti, (1989); Toth & Cicchetti, (1996); Abramson, Seligman & Teasdale, (1978).

A nível dos problemas sociais existem diferenças significativas entre os grupos da amostra ($P=0,035$) o que se encontra de acordo com estudos efectuados por Barahal, Waterman & Martin, (1981).

Quanto às queixas somáticas não existem diferenças significativas entre os grupos ($P=0,123$).

No comportamento de isolamento existem diferenças muito significativas entre os grupos ($P=0,009$), o que vem de encontro aos resultados obtidos por Lynch & Cicchetti, (1991); Paúl & Arruabarrena, (1995).

A nível do comportamento de ansiedade existem diferenças muito significativas ($P=0,002$) sendo que as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam comportamentos mais ansiosos comparativamente às outras crianças, os resultados encontrados vão de encontro aos estudos efectuados por Salzinger, Kaplan, Pelcovitz, Samit & Krieger, (1984).

A nível do comportamento obsessivo existem diferenças significativas ($P=0,023$) sendo que as crianças vítimas de maus tratos físicos apresentam um comportamento mais obsessivo comparativamente às outras crianças.

Não obstante, estas conclusões não são generalizáveis, tendo em conta a dimensão da amostra no estudo efectuado, pelo que em futuros estudos seria interessante este ser efectuado com uma amostra que permitisse tirar conclusões mais consistentes.

Por outro lado como proposta seria também interessante conhecer não só as considerações dos pais como também dos professores e da própria criança, cruzando essa informação, que nos daria certamente resultados enriquecedores.

Em termos conclusivos podemos verificar que as situações de maus tratos revelam uma grave disfunção relacional e que afecta o comportamento da criança, como Cicchetti (1989) nos revela os maus tratos são o resultado de uma disfunção os sistema transaccional pais-criança-ambiente. Verificamos também pelos resultados obtidos no estudo efectuado uma forte evidência de uma falta de estruturação a nível da relação de vinculação, dos processos de diferenciação e do self, bem como no comportamento social e com os seus pares.

A nível do comportamento de vinculação como nos afirma uma vez mais Cicchetti e Toth (1995) existem consequências dramáticas e específicas no comportamento da criança dado uma alteração extrema na qualidade dos cuidados prestados pelos pais à criança e segundo Gaensbaner e Sands (1979) as crianças vítimas de maus tratos têm fraca expressão afectiva verificando-se falta de prazer e de envolvimento nas situações, comunicação dos afectos negativos, inconsistência e imprevisibilidade, ambivalência e ambiguidade.

A investigação sugere que os maus tratos afectam o desenvolvimento, a auto-diferenciação e os processos do self nas suas dimensões emocionais.

Em suma os maus tratos físicos têm um efeito "tóxico" no desenvolvimento do self e das competências sócio-cognitivas relativas ao relacionamento com os outros, podendo assim ser responsável pela inadequada acção social e interpessoal.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, P. M. (1986). El Maltrato en el marco de las Estrategias Familiares de vida en Poblacion de Alto Riesgo. Maltrato Y Violencia Infanto-Juvenil, Asociación Argentina para UNICEF, Depalma.
- Albuquerque, M. C. (1996). A criança deficiente mental ligeira: aspectos comportamentais e familiares, dissertação de doutoramento em Psicologia, especialização em Defectologia e Reabilitação, Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Almeida, A.N.; André, I.M.; Almeida, H.N. (1999). Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. *Análise social*, vol XXXIV (150), 91-121
- Almeida, A.N.; André, I.M.; Almeida, H.N. (1999). Famílias e Maus Tratos às crianças em Portugal - Relatório Final, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa
- Amaro, F. (1986). Crianças Maltratadas, Negligenciadas ou Praticando Mendicidade, Vol. II Cadernos do CEJ, nº 2.
- Amaro, F.; Gersão, E.; Leandro, A. (1988) Crianças Maltratadas, Negligenciadas ou Praticando a Mendicidade, Vol II, Cadernos do CEJ, nº1
- Amaro, F. (1988). Aspectos Socioculturais dos Maus Tratos e Negligência de Crianças em Portugal. *Revista do Ministério Público*, Ano 9, 35-36, Jul.-Dez.: 85-90.
- Arruababarrena, M.I.; Paúl J. (1995). Los programas de tratamiento de familias con problemas de maltrato y abandono infantil: descripción y evaluación, *Revista Infância Y Aprendizaje*, 71, 159-178
- Babel, M. (1992). Les enfants victimes d'abus sexuels, PUF, Paris.
- Browne, K.; Cliff D.; Peter S. (1988); *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, John Wiley e Sons Chichester.
- Canha, J. (2000), Criança Maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos, Quarteto, Coimbra.
- Cerezo, A. M. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y

- edad escolar. *Revista Infancia y Aprendizaje* nº 71: 135-157.
- Criville, A. (1987); *Mauvais traitements, abuse sexuels: place du sadisme, place du sexuel*, Edition Communication Medicale, Paris
- Deltaglia, L. (1987); *Étude psychosociale de 44 dossiers d'expertise défaits victimes d'abus sexuels*, Edition Communication Medicale, Paris - 244-259.
- Dubé, R. (1987); *Protection de l'Enfance - réalité de l'intervention*, Gaetan Morin Editeur, Boucharville.
- Fernandes, M.J. (1990) Lopes, C. B. (1990) *Abuso Sexual Infantil - Actas do Colóquio Interno, n.º2, Gabinete de Estudos Judiciários - CEJ, Lisboa, 201-208.*
- Figueiredo, B. (1998) *Maus tratos à criança e ao adolescente (I): considerações a respeito do impacto desenvolvimental. Teoria, Investigação e Prática, 3, 5-20.* Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Figueiredo, B. (1998) *Maus tratos à criança e ao adolescente (II): considerações a respeito do impacto desenvolvimental. Teoria, Investigação e Prática, 3, 197-216.* Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Fuster, E.G.; García F.; Ochoa, G.M. (1988). *Maltrato infantil: un modelo de Intervención desde la perspectiva Sistémica. Cuadernos de Consulta Psicológica, 4, 73-82*
- Galimberti, C.; Scabini, E., Marta, E., Regalia, C. (1994). *La norme d'internalité dans l'évaluation du travail social - le cas des enfants maltraités. Bulletin de Psychologie, XLVII, N.º 417, 570-579.*
- Golberg, D. (1986). *El Maltrato de Bebés y Niños Pequeños Urgencia pediátrico-psiquiátrica. In Maltrato e Violencia Infancia-juvenil, Asociacion Argentina para UNICEF, Depalma., 67-77*
- Helfer, R.E. (1988). *The development basis of Child abuse and neglect: an epidemiological approach. The Battered Child Cap. 4, 60-79 , 4ª Edição, Chicago and London University of Chicago Press.*

- Hennesy, K.; Rabideau, G.; Cicchetti, D., (1994) Response of Physically Abused and Nonabused Children to different forms of interadult anger, *Child Development*, 65, 815-826.
- Howitt, D. (1992) *Child Abuse Errors*.
- Korbin, J.E. (1988). *Child abuse and neglect: the cultural context. The Battered Child* Cap. 2, 23-35 , 4ª Edição, Chicago and London University of Chicago Press.
- Lampo, A. ; Michiels M., (1987); *Le rôle du médecin confident face aux problèmes des sérvices sexuels*, Edition Communication Medicale Paris, 188-195
- Leandro, A.; Epifânio, R. (1986). *Criança maltratada. Perspectivas de intervenção*, *Revista do Ministério Público*, 27:191-200.
- Lopes, C. B. (1990) *Abuso Sexual na Família - Mulheres - Criminalidade e Cultura I - Actas do Colóquio Interno*, n.º2, Gabinete de Estudos Judiciários - CEJ, Lisboa, 189-191
- Milner, J. S. (1995). *La aplicacion de la teoría del procesamiento de información social al problema del maltrato físico a niños*. *Revista Infancia y Aprendizaje* nº 71: 125-134.
- Ocnotorena, J.P. & Madriaga, M.I.. *Factores Preditores del Maltrato Infantil: Rechazo Materno y Problemas de Conduta en el Niño. A Adopção em Portugal*, Porto, APPORT: 29-45.
- Palacios, J.; Moreno M^a. C. y Jiménez, J.(1995). *El Maltrato Infantil: Concepto, Tipos, Etiologia*. *Revista Infancia y Aprendizaje* nº 71: 7-21
- Pérez, A. (1986). *Aspectos Psicológicos del Niño Maltratado y su Familia* , in *Maltrato y Violencia Intanto-juvenil*, Asociacion Argentina para UNICEF, Depalma.
- Poussin, G., (1987); *Le retrait de l'enfant considér comme moyen thérapeutique*, Edition Communicatino Medicale, Grenoble, 142-153.
- Radbill, S. X. (1988). *Children in a world of violence: a history of child abuse. The Battered Child* Cap. 1, 23-35 , 4ª Edição, Chicago and London University of Chicago Press.

- Rainho, F. (1990). Abuso Sexual na Família - Actas do Colóquio Interno, n.º2, Gabinete de Estudos Judiciários - CEJ, Lisboa, 193-200
- Reid, J. G. (1994) Abuse and discrimination. Lion Foundation, New Zealand.
- Ricón, L. (1986). Condiciones de Violencia y Maltrato en la Família. Maltrato y Violencia Infanto-Juvenil. Asociación Argentina para UNICEF. Depalma.
- Roubergues, A.; Rapaport, D., (1987); La séparation de l'enfant maltraité de sa famille: Difficultés d'indications et de réalisation pour une équipe de pédiatrie hospitalière, Paris, Edition communication Medicale, 129-139.
- Salgueiro, E. (1991). Evolução Histórica das Estruturas Sociais de Apoio à Criança - violência individual, violência familiar e violência institucional. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, N.º 2, 27-42.
- Salzinger, S.; Feldman, R. S.; Hammer, M. (1993) The effects of Physical Abuse on Children's Social Relationships. Child Development, 64, 167-187
- Simões, M. R.; Gonçalves, M. M.; Almeida, L. S. (1999). Inventário de comportamento da criança para pais (I.C.C.P.). Testes e Provas Psicológicas em Portugal vol. 2. Braga APPORT/SHO, 21-35.
- Sousa, E; Martins A.; Fonseca A. (1993). A construção Social dos Maus Tratos (I). Análise Psicológica 1 (XI): 75-86; Instituto Superior de Psicologia Aplicada CRL, Lisboa.
- Strecht, P. (2000). Crescer vazio. Repercussões psíquicas do abandono negligência e maus tratos em crianças e adolescentes; Assírio & Alvim, 3ª Edição, Lisboa.

ANEXOS I
QUESTIONÁRIO

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DA CRIANÇA PARA PAIS (I.C.C.P.)
(ACHENBACH, 1991)

Nome da criança.....Sexo.....
 Idade..... Data de nascimento ___/___/___ Ano de escolaridade
 Tipo de trabalho do pai.....
 Tipo de trabalho da mãe.....
 Questionário preenchido por.....
 Data de preenchimento do questionário ___/___/___

Por favor, responda a este questionário de maneira a exprimir a sua opinião acerca do comportamento do seu filho. Se assim o entender, pode escrever os comentários que quiser no espaço indicado para o efeito na página 3

I-A. Por favor, faça uma lista dos desportos em que o seu filho (a) gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, andar de bicicleta, etc. _____ Nenhum a. _____ b. _____ c. _____	I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Não sei</td> <td style="text-align: center;">Abaixo da média</td> <td style="text-align: center;">Na média</td> <td style="text-align: center;">Acima na média</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </table>	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média	___	___	___	___	I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que se sai em cada um deles? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Não sei</td> <td style="text-align: center;">Abaixo da média</td> <td style="text-align: center;">Na média</td> <td style="text-align: center;">Acima na média</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </table>	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média	___	___	___	___
Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média															
___	___	___	___															
Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média															
___	___	___	___															

II-A. Por favor, faça uma lista dos passatempos, actividades que o seu filho (a) prefere. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, canto, etc. (Não incluir rádio ou TV): _____ Nenhum a. _____ b. _____ c. _____	II-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Não sei</td> <td style="text-align: center;">Abaixo da média</td> <td style="text-align: center;">Na média</td> <td style="text-align: center;">Acima na média</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </table>	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média	___	___	___	___	I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que se sai em cada um deles? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Não sei</td> <td style="text-align: center;">Abaixo da média</td> <td style="text-align: center;">Na média</td> <td style="text-align: center;">Acima na média</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </table>	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média	___	___	___	___
Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média															
___	___	___	___															
Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média															
___	___	___	___															

III-A. Por favor, faça uma lista de organizações, clubes, equipa, ou grupos a que o seu filho pertence. Por exemplo: escutismo, associações desportivas, etc. _____ Nenhum a. _____ b. _____ c. _____	III-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, que grau de participação <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Não sei</td> <td style="text-align: center;">Abaixo da média</td> <td style="text-align: center;">Na média</td> <td style="text-align: center;">Acima na média</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </table>	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média	___	___	___	___	I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que se sai em cada um deles? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Não sei</td> <td style="text-align: center;">Abaixo da média</td> <td style="text-align: center;">Na média</td> <td style="text-align: center;">Acima na média</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </table>	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média	___	___	___	___
Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média															
___	___	___	___															
Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média															
___	___	___	___															

IV-A. Por favor, indique os pequenos trabalhos ou tarefas que o seu filho(a) faz. Por exemplo: ir às compras, arrumar o seu quarto, lavar a loiça, tomar conta de crianças, etc. _____ Nenhum a. _____ b. _____ c. _____	IVB. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que executa essas tarefas? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Não sei</td> <td style="text-align: center;">Abaixo da média</td> <td style="text-align: center;">Na média</td> <td style="text-align: center;">Acima na média</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </table>	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média	___	___	___	___
Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima na média						
___	___	___	___						

V-1- Aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as) tem o seu filho? (Não inclua os irmãos)

_____ Nenhum _____ 1 _____ 2 ou 3 _____ 4 ou mais

V-2 Aproximadamente quantas vezes por semana se encontra com eles fora do horário escolar?

_____ Nenhuma _____ 1 _____ 2 ou 3 _____ 4 ou mais

VI-A- Em comparação com outras crianças da sua idade como é que o seu filho(a):

	Pior	Mais ou menos a mesma coisa	Melhor
a. Se dá com os irmãos?	_____	_____	_____
b. Se dá com as outras crianças?	_____	_____	_____
c. Se comporta com os seus pais?	_____	_____	_____
d. Brinca e trabalha sozinho?	_____	_____	_____

VII-1 Rendimento escolar actual (para crianças com 6 anos ou mais velhas):

_____ Não anda na escola	Não satisfaz	Abaixo da média	Na média	Acima na média
a. Leitura ou Língua Portuguesa	_____	_____	_____	_____
b. Escrita, Redacção	_____	_____	_____	_____
c. Aritmética ou Matemática	_____	_____	_____	_____
d. História ou estudos sociais	_____	_____	_____	_____
Outras disciplinas (línguas, Geografia)				
e. _____	_____	_____	_____	_____
f. _____	_____	_____	_____	_____
g. _____	_____	_____	_____	_____

VII-2. O seu filho(a) frequenta uma classe ou escola de ensino especial?

_____ Não _____ Sim. De que tipo?.....

VII-3. O seu filho(a) já repetiu algum ano?

_____ Não _____ Sim. Indicar o ano e a razão?.....

VII-4. O seu filho(a) tem algum problema de aproveitamento ou de outro tipo na escola?

_____ Não _____ Sim. Por favor descreva.....

Quando começaram esses problemas?.....

Esses problemas já terminaram? _____ Não _____ Sim. Quando?

Descreva.....

O que é que mais o(a) preocupa no seu filho?.....

Descreva as melhores qualidades do seu filho(a):.....

Por favor escreva, se assim o desejar, quaisquer comentários respeitantes ao comportamento do seu filho(a).

Segue-se uma lista de frases que se utilizam para descrever características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é **actualmente** ou tem sido durante os **últimos 6 meses**. Coloque um círculo à volta do 2 se, tanto quanto é do seu conhecimento, essa descrição é **verdadeira**. Se a descrição só às **vezes for verdadeira**, coloque um círculo à volta do 1. Se a descrição **não for verdadeira**, coloque um círculo no 0. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam ao seu filho(a).

0 = Não Verdadeira (tanto quanto sabe)

1 = Um Pouco ou Às Vezes Verdadeira

2 = Muito Verdadeira

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade |
| 0 | 1 | 2 | 2. Tem alergias (descreva):.....
..... |
| 0 | 1 | 2 | 3. Discute por tudo e por nada |
| 0 | 1 | 2 | 4. Tem asma |
| 0 | 1 | 2 | 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto |
| 0 | 1 | 2 | 6. Não tem controlo intestinal |
| 0 | 1 | 2 | 7. É fanfarrão ou gabarola |
| 0 | 1 | 2 | 8. Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento durante muito tempo |
| 0 | 1 | 2 | 9. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões (descreva):.....
..... |
| 0 | 1 | 2 | 10. Não é capaz de se manter sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperactivo(a) |
| 0 | 1 | 2 | 11. Prende-se demasiado aos adultos ou é demasiado dependente |
| 0 | 1 | 2 | 12. Queixa-se de solidão |
| 0 | 1 | 2 | 13. Parece confuso(a) ou desorientado(a) |
| 0 | 1 | 2 | 14. Chora muito |
| 0 | 1 | 2 | 15. É cruel para com os animais |
| 0 | 1 | 2 | 16. É cruel, violento(a) ou é mau para com os outros |
| 0 | 1 | 2 | 17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos |
| 0 | 1 | 2 | 18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se |
| 0 | 1 | 2 | 19. Exige muita atenção |
| 0 | 1 | 2 | 20. Destrói as suas próprias coisas |
| 0 | 1 | 2 | 21. Destrói coisas da sua família ou das outras crianças |
| 0 | 1 | 2 | 22. É desobediente em casa |
| 0 | 1 | 2 | 23. É desobediente na escola |
| 0 | 1 | 2 | 24. Não come bem |
| 0 | 1 | 2 | 25 Não se dá bem com outras crianças |
| 0 | 1 | 2 | 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal |
| 0 | 1 | 2 | 27. É ciumento(a), dado(a) a invejas |
| 0 | 1 | 2 | 28. Come ou bebe coisas que não são alimentos (indique quais):.....
..... |
| 0 | 1 | 2 | 29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola) (descreva-os): |
| 0 | 1 | 2 | 30. Tem medo de ir para a escola |
| 0 | 1 | 2 | 31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal |

- 0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)
- 0 1 2 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
- 0 1 2 34. Sente que os outros andam atrás dele(a) para o(a) apanharem (sente-se perseguido)
- 0 1 2 35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros
- 0 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas bulhas
- 0 1 2 38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
- 0 1 2 39. Costuma andar com os outros que se metem em sarilhos
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):.....
.....
- 0 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sen pensar
- 0 1 2 42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a)
- 0 1 2 43. É mentiroso(a) ou batoteiro(a)
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervoso ou tiques (descreva):.....
.....
- 0 1 2 47. Tem pesadelos
- 0 1 2 48. Os outros miúdos não gostam dele(a)
- 0 1 2 49. Sofre de prisão de ventre, não faz trabalhar os intestinos
- 0 1 2 50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
- 0 1 2 51. Tem tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado(a)
- 0 1 2 53. come demais
- 0 1 2 54. Cansa-se demais
- 0 1 2 55. Tem peso excessivo
56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 0 1 2 a) Dores (sem ser dores de cabeça)
- 0 1 2 b) Dores de cabeça
- 0 1 2 c) Náuseas, enjoos
- 0 1 2 d) Problemas de visão (descreva-os):.....
.....
- 0 1 2 e) Irritações cutâneas ou outros problemas de pele
- 0 1 2 f) Dores de estômago
- 0 1 2 g) Vômitos
- 0 1 2 h) Outros problemas (descreva-os):.....
.....
- 0 1 2 57. Agride fisicamente as pessoas
- 0 1 2 58. Arranca coisas no nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva):.....
.....
- 0 1 2 59. Brinca com os órgãos sexuais em público
- 0 1 2 60. Brinca demasiado com o seu próprio sexo
- 0 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
- 0 1 2 62. Tem má coordenação motora, é desajeitado(a)

- 0 1 2 63. Prefere andar com crianças mais velhas
- 0 1 2 64. Prefere andar com crianças mais novas
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar
- 0 1 2 66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões (descreva):.....
.....
- 0 1 2 67. Foge de casa
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado(a), guarda as coisas para si
- 0 1 2 70. Vê coisas que não se encontram presentes (descreva):.....
.....
- 0 1 2 71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
- 0 1 2 72. Pega fogo de propósito
- 0 1 2 73. Tem problemas sexuais (descreva):.....
.....
- 0 1 2 74. Gosta de se exhibir ou de fazer palhaçadas
- 0 1 2 75. É envergonhado(a) ou tímido(a)
- 0 1 2 76. Dorme menos do que a maior parte das crianças
- 0 1 2 77. Dorme mais do que a maior parte das crianças durante o dia e/ou a noite
(descreva):.....
- 0 1 2 78. Suja-se ou brinca com as fezes
- 0 1 2 79. Tem problemas de fala (descreva):.....
- 0 1 2 80. Tem um olhar fixo e sem expressão
- 0 1 2 81. Rouba em casa
- 0 1 2 82. Rouba fora de casa
- 0 1 2 83. Acumula coisas de que não necessita (descreva):.....
.....
- 0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva):.....
.....
- 0 1 2 85. Tem ideias estranhas (descreva):.....
.....
- 0 1 2 86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável
- 0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
- 0 1 2 88. Amua muito
- 0 1 2 89. É desconfiado(a)
- 0 1 2 90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena
- 0 1 2 91. Fala em matar-se
- 0 1 2 92. Fala ou anda durante o sono (descreva):.....
.....
- 0 1 2 93. Fala demasiado
- 0 1 2 94. Arreliá muito os outros
- 0 1 2 95. Tem birras, exalta-se facilmente
- 0 1 2 96. Pensa demasiado em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as outras pessoas
- 0 1 2 98. Chupa o dedo
- 0 1 2 99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
- 0 1 2 100. Tem dificuldade em dormir (descreva):.....
.....

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 101. Faz gazeta ou falta à escola sem razão |
| 0 | 1 | 2 | 102. É pouco desembaraçado(a), vagaroso(a) ou falho(a) de energia |
| 0 | 1 | 2 | 103. Parece infeliz, triste, deprimido(a) |
| 0 | 1 | 2 | 104. É demasiado barulhento(a) |
| 0 | 1 | 2 | 105. Consome álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica (descreva):... |
| | | | |
| 0 | 1 | 2 | 106. Destroí coisas por simples maldade (vandalismo) |
| 0 | 1 | 2 | 107. Faz xi-xi nas roupas durante o dia |
| 0 | 1 | 2 | 108. Faz xi-xi na cama |
| 0 | 1 | 2 | 109. Choraminga |
| 0 | 1 | 2 | 110. Gostaria de ser do sexo oposto |
| 0 | 1 | 2 | 111. Isola-se, não se mistura com os outros |
| 0 | 1 | 2 | 112. Preocupa-se muito |
| | | | 113. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos: |
| 0 | 1 | 2 | |
| 0 | 1 | 2 | |
| 0 | 1 | 2 | |

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
 SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR