

Impacto da vitimação infantil: avaliação do ajustamento global em crianças maltratadas

Dissertação submetida como requerimento para a
obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Sandra Patrícia Carneiro Rodrigues
2005-2008

Agradecimentos

- ♣ Ao meu orientador, o Dr. Manuel Esteves por todos os momentos que me reservou para o esclarecimento de dúvidas e por saber encaminhar a minha investigação para que os objectivos pudessem ser cumpridos;
- ♣ Ao Dr. António Palha, director do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, por me ter possibilitado aprendizagens únicas e pela forma, tão própria, como conduz as suas aulas, que nos cativa do princípio ao fim;
- ♣ Às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) da Região do Alto Tâmega, a saber: a CPCJ de Chaves, a CPCJ de Montalegre, a CPCJ de Ribeira de Pena, a CPCJ de Valpaços e a CPCJ de Vila Pouca;
- ♣ À Dra. Germana da CPCJ de Chaves, à Dra. Irene da CPCJ de Montalegre, à Dra. Isabel e ao Dr. Franco da CPCJ de Valpaços e à Prof. Gorete da CPCJ de Vila Pouca de Aguiar, pela total disponibilidade;
- ♣ Ao Presidente da Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco, Dr. Armando Leandro pelo interesse que demonstrou pela investigação e pelo e-mail de incentivo;
- ♣ À Dra. Helena Azevedo pelas dicas de estatística e pela amizade que começou no tempo em que estudávamos Psicologia;

- ♣ Ao Prof. Fernando Marinho pelos livros emprestados e pelo tempo que me reservou;
- ♣ À Vanessa pela disponibilidade incondicional;
- ♣ A todos os meus amigos, mesmo os que estão longe;
- ♣ A todas as famílias que participaram na investigação e que a tornaram possível;
- ♣ À minha família e, em especial, ao meu marido por acreditar em mim e por ter estado sempre do meu lado, mesmo nos momentos menos fáceis;
- ♣ À minha querida avó, por estar sempre comigo.

Resumo

O problema das crianças e jovens maltratados, as características sócio-demográficas das famílias maltratantes e o impacto dos maus-tratos no funcionamento das crianças e jovens constituem os temas centrais desta dissertação. A história dos maus-tratos faz parte da história da humanidade, e se inicialmente a agressão e a hostilidade contra os mais novos eram socialmente aceites, actualmente os esforços das entidades preocupadas com a Infância e com a Juventude vão no sentido de proteger os menores e de promover percursos de vida saudáveis, como é o caso das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ). Na tentativa de melhor se compreender este fenómeno, têm vindo a surgir teorias explicativas com diferentes tipos de abordagem e explicações possíveis, embora seja consensual a ideia de que é necessário perceber a articulação em rede de várias dimensões (culturais, psicológicas, sociais, etc.). Por outro lado, vários estudos se têm debruçado sobre o impacto dos maus-tratos nos vários domínios do funcionamento das crianças e jovens e vários factores têm sido apontados como constituindo um risco para a ocorrência de violência e negligência dentro das famílias. Este estudo, de carácter descritivo e correlacional, envolveu 60 crianças e jovens, sinalizadas nas CPCJ's por maus-tratos, com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos, pais maltratantes e professores. O processo de investigação permitiu descrever algumas características das famílias que poderão estar na base dos maus-tratos ou exacerbar condutas desajustadas, como é o caso das situações de desemprego ou isolamento social. Verificou-se, ainda, que os problemas de atenção, a agressividade e os sintomas de ansiedade e depressão parecem constituir um padrão de funcionamento das crianças e jovens maltratados. Permitiu, também, perceber que existe uma forte relação entre várias áreas do funcionamento dos menores, indicador de que os problemas causados pelos maus-tratos são transversais a vários domínios do funcionamento. Por outro lado, o estudo admite que nesta

amostra específica os comportamentos externalizadores dominam o seu perfil comportamental. Por último, foi traçado um padrão de comportamentos, através de uma análise mais qualitativa, de modo a facilitar a intervenção junto de crianças e jovens e de alertar pais e educadores para a importância do diálogo, da atenção e da vigilância.

Abstract

The problem of abused children or youngsters, the socio-demographic characteristics of the families who abuse and the impact of mistreatments in the children and young people's acting are the central themes of this essay. The history of mistreatments is part of humanity history, if originally the aggression and hostility against children and young people was socially accepted; nowadays the efforts of organizations concerned with the Children and Youth try to protect minors and to promote healthy lifestyles, such as the *Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ)*. In an attempt to better understanding this phenomenon, theories have emerged with different types of explanation and approaches to possible explanations, although the consensus view that it is necessary to understand the link in a network of various dimensions (cultural, psychological, social and so on). On the other side, several studies have been addressing the impact of mistreatment in several areas of children and young people's acting and several factors have been identified as a risk to the occurrence of violence and negligence within the family. This descriptive and correlational study, involved 60 children and young people, marked by the *CPCJ's* as mistreated, aged between 6 and 16 years, parents who abuse and teachers. The process of investigation allowed to describe some characteristics of families that could form the basis of mistreatment or exacerbate inappropriate conduct, such as situations of unemployment or social isolation. It was also verified that the problems of focus, aggression and anxiety and depression symptoms appear to be an acting of mistreated children or young people. It was also realized that there is a strong link between several areas of behaviour, indicating that the problems caused by mistreatment are transversal to several areas of behaviour.

On the other hand, the study concedes that this sample the specific behaviours dominate the outsourced its profile. Finally, a behaviour pattern was drawn through a more qualitative analysis, in order to facilitate intervention with children and young people and to alert parents and educators about the importance of dialogue, attention and vigilance.

Índice

Índice de Quadros e Tabelas	XIV
Siglas	XVII
Introdução	19
Enquadramento teórico e empírico da problemática dos maus-tratos	
Evolução do conceito de maus-tratos	23
Perspectiva histórica	23
Do não reconhecimento da infância à protecção dos menores	24
Definições técnicas	29
Maus-tratos físicos	31
Maus-tratos psicológicos	33
Negligência	35
Negligência física	36
Negligência emocional	36
Negligência educacional	36
Abuso sexual	37
Teorias explicativas da ocorrência de maus-tratos contra menores	38
Teorias Intraindividuais	39
Explicações Socioculturais	41
Teoria da Aprendizagem Social	43
A Lei e os Direitos	44
A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo	45

Impacto desenvolvimental dos maus-tratos: revisão da literatura	50
Impacto ao nível do desenvolvimento sócio-emocional	52
Impacto ao nível da conduta	54
Impacto ao nível do desenvolvimento cognitivo, da linguagem e do rendimento académico	57
Impacto ao nível do desenvolvimento da cognição social	59
Factores de risco para a ocorrência dos maus-tratos	61
Factores jurídico-políticos	62
Factores culturais	62
Factores comunitários	63
Factores familiares	64
Factores da relação progenitor maltratante/criança maltratada	67
Factores individuais	68
Objecto e metodologia da investigação	
Objectivos	71
Método	72
Participantes	72
Procedimento	81
Instrumentos	83
Child Behaviour Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF) e Youth Self-Report (YSR)	83
Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)	87

Modelo de estudo	91
Tratamento estatístico	92
Apresentação e discussão dos resultados	
Análise descritiva das características sócio-demográficas e familiares e discussão dos resultados	93
A figura maltratante	93
Sob que forma são perpetrados os maus-tratos pelas famílias?	94
Associar os maus-tratos à(s) figura(s) maltratante(s)	97
Maus-tratos e rendimento familiar: que relação?	98
Maus-tratos e meio físico de residência: diferenças encontradas.....	100
Famílias numerosas, famílias maltratantes?	102
Maus-tratos e diferenciação de género	104
A influência do sexo da criança nas formas de maltratar	105
Tipo de maus-tratos infligidos conforme a idade	106
Estatística descritiva das escalas que compõem os instrumentos	109
Crianças (idade inferior a 11 anos)	
Perspectiva dos professores acerca do funcionamento da criança.....	109
Perspectiva dos pais acerca do funcionamento da criança	110
Perspectiva da criança acerca do seu funcionamento	111
Discussão dos resultados	113
Jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	
Perspectiva dos professores acerca do funcionamento do jovem	115
Perspectiva dos pais acerca do funcionamento do jovem	116

Perspectiva do jovem acerca do seu funcionamento	117
Discussão dos resultados	118
Análise correlacional das escalas que compõem os instrumentos	119
Crianças (idade inferior a 11 anos)	
Relação entre as várias áreas do funcionamento na perspectiva dos professores	120
Relação entre as várias áreas do funcionamento na perspectiva dos pais	122
Relação entre as várias áreas do funcionamento na perspectiva da criança	124
Discussão dos resultados	126
Jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	
Relação entre as várias áreas de funcionamento na perspectiva do professor do jovem	128
Relação entre as várias áreas de funcionamento na perspectiva dos pais do jovem	131
Relação entre as várias áreas de funcionamento na perspectiva do jovem	133
Discussão dos resultados	135
Análise correlacional entre as escalas que compõem os instrumentos e os perfis de internalização e de externalização	137

Crianças (idade inferior a 11 anos)	
Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva do professor da criança	137
Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva dos pais da criança	139
Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva da criança	141
Discussão dos resultados	142
Jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	
Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva do professor do jovem	144
Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva dos pais do jovem	146
Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva do jovem	148
Discussão dos resultados	149
Padrão comportamental das crianças (idade inferior a 11 anos)	151
Comportamento da criança em contexto escolar: a perspectiva dos professores	152
Comportamento da criança em contexto escolar: perspectiva dos pais	153
A perspectiva da criança sobre o seu próprio comportamento	153
Discussão dos resultados	156

Padrão comportamental dos jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	157
Comportamento do jovem em contexto escolar: a perspectiva dos professores	158
Comportamento da criança em contexto doméstico: a perspectiva dos pais .	158
A perspectiva do jovem sobre o seu próprio comportamento	159
Discussão dos resultados	162
Conclusões, limitações e recomendações	
Conclusões	165
Limitações do estudo	173
Recomendações para investigações futuras	174
Referências bibliográficas	176
Anexos	

Índice de Quadros e Tabelas

Quadro 1 – Instrumentos de avaliação do impacto dos maus-tratos	83
Tabela 1 – Distribuição por Escolaridade	72
Tabela 2 – Distribuição por Rendimento Familiar Mensal	74
Tabela 3 – Distribuição por Número de Elementos do Agregado	75
Tabela 4 – Distribuição por Escolaridade do Autor dos Maus-tratos	77
Tabela 5 – Distribuição por Actividade Profissional do Autor dos Maus-tratos	79
Tabela 6 – Distribuição por Autor dos Maus-tratos para cada Família	93
Tabela 7 – Distribuição Familiar por frequência dos Maus-tratos	95
Tabela 8 – Cruzamento das variáveis Tipo e Autor dos Maus-tratos	97
Tabela 9 – Cruzamento das variáveis Tipo de Maus-tratos e Rendimento Familiar Mensal .	99
Tabela 10 – Cruzamento das variáveis Tipo de Maus-tratos e características do Meio Físico do Local de Residência	101
Tabela 11 – Cruzamento das variáveis Tipo de Maus-tratos e Número de Elementos do Agregado Familiar	103
Tabela 12 – Cruzamento das variáveis Sexo da Criança e Autor dos Maus-tratos	104
Tabela 13 – Cruzamento das variáveis Sexo da Criança e Tipo de Maus-tratos	105
Tabela 14 – Cruzamento das variáveis Idade da Criança e Tipo de Maus-tratos	107
Tabela 15 – Estatística Descritiva das Escalas do <i>Teacher Report Form (TRF)</i> para crianças (idade inferior a 11 anos)	109
Tabela 16 – Estatística Descritiva das Escalas da <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> para crianças (idade inferior a 11 anos)	110

Tabela 17 – Estatística Descritiva das Escalas da <i>Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)</i> para crianças (idade inferior a 11 anos)	112
Tabela 18 – Estatística Descritiva das Escalas do <i>Teacher Report Form (TRF)</i> para jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	115
Tabela 19 – Estatística Descritiva das Escalas da <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> para jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	116
Tabela 20 – Estatística Descritiva das Escalas do <i>Youth Self Report (YSR)</i>	117
Tabela 21 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas do <i>Teacher Report Form (TRF)</i> para crianças (idade inferior a 11 anos)	120
Tabela 22 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> para crianças (idade inferior a 11 anos)	122
Tabela 23 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da <i>Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)</i>	124
Tabela 24 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas do <i>Teacher Report Form (TRF)</i> para jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	129
Tabela 25 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> para jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	131
Tabela 26 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas do <i>Youth Self Report (YSR)</i>	133
Tabela 27 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas do <i>Teacher Report Form (TRF)</i> para crianças (idade inferior a 11 anos)	137

Tabela 28 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas da <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> para crianças (idade inferior a 11 anos)	139
Tabela 29 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas da <i>Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)</i>	141
Tabela 30 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas do <i>Teacher Report Form (TRF)</i> para jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	144
Tabela 31 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas da <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> para jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	146
Tabela 32 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas do <i>Youth Self Report (YSR)</i>	148
Tabela 33 – Frequência (em percentagem) dos comportamentos problemáticos na perspectiva dos diferentes informantes para crianças (idade inferior a 11 anos)	153
Tabela 34 – Frequência (em percentagem) dos comportamentos problemáticos na perspectiva dos diferentes informantes para jovens (idade igual ou superior a 11 anos)	159

Siglas

CBCL	Child Behavior Checklist
CPCJ	Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
SCICA	Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents
TRF	Teacher Report Form
YSR	Youth Self Report

Não basta abrir a janela
Para ver os campos e o rio.
Não é bastante não ser cego
Para ver as árvores e as flores.
É preciso também não ter filosofia nenhuma.
Com filosofia não há árvores: há ideias apenas.
Há só cada um de nós, como uma cave.
Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;
E um sonho do que se poderia ver se a janela se abrisse,
Que nunca é o que se vê quando se abre a janela.

Alberto Caeiro

Introdução

“Porque a criança conseguiu ultrapassar a dor, não quer dizer que a ferida esteja cicatrizada” (Eduardo Sá)

Todos os dias ouvimos histórias, que nos sensibilizam e entristecem, de crianças que são cruelmente maltratas, vítimas de negligência, sem atenção e afecto por parte daqueles que são (ou deveriam ser) a principal fonte de segurança: a família. Histórias medonhas, calculadas e, cada vez mais, elaboradas, inspiradas no terror, no absurdo, no desrespeito pela criança, que cresce frágil e desamparada.

Reflectamos, agora, sobre outras histórias, aquelas que nos habituamos a ouvir, que fazem parte das nossas lembranças da meninice e que não são mais do que o retrato da triste realidade em que vivem tantas crianças. Trata-se de histórias infantis, nas quais existe uma protagonista, normalmente com um aspecto débil, que sofre maus-tratos por parte de quem a deveria salvaguardar e que no final, depois de socorrida e auxiliada várias vezes, encontra um príncipe com o qual vive feliz para sempre.

Tomemos como exemplo a história da Gata Borralheira. Um senhor viúvo, que tinha uma filha muito bonita e bondosa de quem gostava muito, casou-se com uma viúva que tinha duas filhas. Pouco tempo depois, o senhor morreu, deixando a filha desconsolada. A madrasta e as suas filhas, no entanto, ficaram muito contentes por poderem desfrutar da herança. Tinham inveja da menina por ela ser tão bela e bondosa. Tratavam-na como uma criada e chamavam-lhe Gata Borralheira, porque a obrigavam a dormir junto às cinzas da lareira da cozinha. A Gata Borralheira varria, esfregava, lavava, cozinhava, mas principalmente chorava porque não tinha ninguém. Um dia organizaram no palácio um baile para o qual foram convidadas todas as jovens casadoiras do reino, porque o príncipe queria escolher uma esposa.

Cada uma das filhas da madrasta da Gata Borralheira pensava que seria a escolhida pelo príncipe. A Gata Borralheira também queria muito ir ao baile, mas a madrasta não a deixou e ela ficou a chorar. De repente, apareceu a sua fada madrinha e pediu-lhe para não chorar, porque iria ao baile. Tocou-lhe com a varinha mágica e a Gata Borralheira viu-se com um vestido maravilhoso. A fada transformou uma abóbora em carruagem, o gato num elegante cocheiro e dois ratos em cavalos. No entanto, alertou-a que às doze badaladas da meia-noite o feitiço acabaria e teria que regressar a casa. Quando a Gata Borralheira entrou no palácio, todos ficaram impressionados com a sua beleza e o príncipe só quis dançar com ela. Ao bater das doze badaladas, a Gata Borralheira saiu a correr sem se despedir, antes que o feitiço acabasse, mas perdeu um sapatinho de cristal na escadaria. O príncipe tinha ficado apaixonado pela Gata Borralheira e, para a encontrar, ordenou que todas as jovens do reino experimentassem calçar o sapatinho de cristal. Por fim, chegaram a casa da Gata Borralheira. As filhas da sua madrasta provaram o sapatinho inutilmente. Mas, quando a Gata Borralheira o calçou todos ficaram boquiabertos. No dia seguinte, celebrou-se o casamento do príncipe com a Gata Borralheira e viveram felizes para sempre.

A história da Gata Borralheira é, claramente, uma história de maus-tratos psicológicos e de negligência, mas com um final feliz. A partir desta narrativa é possível salientar alguns aspectos que fazem ponte com o dia-a-dia de muitas crianças:

- a) Os maus-tratos ocorrem, maioritariamente, no seio familiar, no qual a criança deveria receber toda a segurança e conforto para que se possa desenvolver de forma saudável, do ponto de vista físico, psicológico e social. A Gata Borralheira era maltratada dentro de casa, a casa onde vivia com a madrasta e suas filhas, onde viveu com o seu pai e que este deixou de herança;
- b) Têm-se vindo a tornar cada vez mais frequentes os maus-tratos contra menores por parte de padrastos e madrastas que não têm qualquer ligação de sangue com as

crianças. Também a Gata Borralheira era maltratada pela madrasta e suas filhas que a consideravam inferior, desprovida dos mesmos direitos e necessidades;

- c) Desrespeito pelas vulnerabilidades da criança, humilhações e insultos fazem, muitas vezes, parte do quotidiano das famílias maltratantes. O próprio nome Gata Borralheira era uma forma de humilhação, uma forma de a recordar que o seu espaço se restringia ao redor da lareira e que a sua obrigação era servir;
- d) As crianças assumem funções que não se coadunam com a sua idade e nível de desenvolvimento. A Gata Borralheira era obrigada a realizar todas as tarefas domésticas, dedicando-se, inteiramente, à satisfação dos desejos e interesses da madrasta e de suas filhas, sem que lhe restasse tempo para si;
- e) Não promoção dos contactos sociais por parte da criança, como forma de a isolar e, desta forma, ocultar os maus-tratos. A criança sente que não tem os mesmos direitos que as outras crianças da sua idade, por não ser tratada de igual forma. Também a Gata Borralheira foi proibida de ir ao baile para o qual todas as jovens do reino tinham sido convidadas;
- f) A fada madrinha pode ser equiparada às ajudas exteriores que a criança pode receber (e.g., professores, psicólogos, instituições de protecção da infância) e que podem funcionar como “trampolins” para a resolução de muitos problemas;
- g) A abóbora pode ser vista como outros contextos vivenciais onde a criança se move, uma realidade diferente que lhe proporciona momentos de bem-estar, mas cuja magia acaba depressa quando regressa a casa;
- h) O sapatinho de cristal pode representar os sinais/indícios que os menores vítimas de maus-tratos vão deixando e aos quais todos devemos estar atentos, para que as famílias maltratantes sejam sinalizadas e sejam delineadas estratégias de intervenção que salvaguardem os interesses dos menores envolvidos.

Actualmente, sabe-se que qualquer forma de maltrato tem um impacto devastador na vida das crianças e que nem todas as histórias têm um final feliz. Quem sabe quais seriam as consequências dos maus-tratos no funcionamento global da Gata Borralheira se esta história tivesse continuado? Será que ainda estaria feliz? Ou teria manifestado algum tipo de disfunção nalgum domínio importante?

Esta investigação surgiu, exactamente, devido à necessidade de avaliar qual o impacto que os maus-tratos têm no funcionamento global dos meninos e meninas que vêem a sua infância marcada pela violência e indiferença, que eles próprios não conseguem entender. Sabe-se que as diferentes formas de maus-tratos são situações que, pela sua gravidade, exigem esforço, empenho e o contributo imediato de todos, no sentido de minimizar o sofrimento das vítimas assim como diminuir o número das mesmas. Mas, antes de pensar ou planear a intervenção é importante ter informação sobre a extensão do problema e a forma como os maus-tratos contra os menores os afecta do ponto de vista global (psicológico, social e emocional).

Enquadramento teórico e empírico da problemática dos maus-tratos

Evolução do conceito de maus-tratos

Perspectiva histórica

Durante muitas décadas, a violência dirigida contra as crianças, em especial na família, beneficiou de um consentimento silencioso e da tolerância social. As dificuldades que afectam as crianças e as suas famílias cresceram em segredo, sem que ninguém pudesse intervir para minorar o seu sofrimento. Aliás, os problemas sociais da população infantil nunca suscitaram grande interesse por parte da população em geral, no sentido de se investir recursos para solucionar esta problemática (Martins, 2001), apesar de muitas crianças terem sido abandonadas, vendidas como escravas, obrigadas a mendigar e vítimas de exploração sexual e do trabalho (Machado & Gonçalves, 2002).

A verdade é que, actualmente, se tem assistido por todo o mundo a um crescimento desmedido de histórias de maus-tratos. Apesar deste fenómeno não ser recente, a sua expressão é actualmente maior do que noutros períodos e o seu significado, traduzido na importância e na visibilidade que, progressivamente, lhes têm sido conferidas, configuram o problema dos maus-tratos como um problema social (Martins, 2001).

Do não reconhecimento da infância à protecção dos menores

Vários autores mostram-nos que os maus-tratos contra as crianças existem desde a Antiguidade, em todas as classes sociais e nas mais diferentes culturas. Estudos históricos demonstram que, até o século XVII, as crianças não eram consideradas como seres com características e necessidades específicas e, portanto, a noção de maus-tratos na infância não era sequer considerada e, até o século XIX, não existiam sequer leis específicas para as crianças. A preocupação com a definição e compreensão dos maus-tratos contra a criança surge tardiamente na história da humanidade, na metade do século XIX, coincidindo com a preocupação social em torno da família, como descreve Áries (1986, p. 11 cit. in Weber et al., 2002): *“A família tornou-se o lugar de uma afeição necessária entre os cônjuges e entre pais e filhos.”*

Nas civilizações antigas, o infanticídio era uma prática recorrente para eliminar todas as crianças que, por desgraça, nasciam com defeitos físicos (Mause, 1974 cit. in Doerner & Lab, 1995). As crianças eram mortas ou, então, abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como o equilíbrio de sexos, a medida económica nos grandes flagelos, por não aguentarem grandes caminhadas, por motivos religiosos, por ordem do pai, ao qual lhe era permitido reconhecer ou não o direito do seu filho viver (*“Jus vitae et nasci”* – Roma) (Áries, 1981 cit. in Scherer & Scherer, 2000).

Relatos bíblicos e outros textos antigos/clássicos mostram-nos que o abuso de crianças era muito comum. Refira-se, por exemplo, o sacrifício dos inocentes por ordem do Rei Herodes e a morte dos recém-nascidos em Esparta por serem, fisicamente, pouco robustos (Doerner & Lab, 1995).

Factores económicos e sociais explicam porque é que as crianças eram tratadas desta forma. Em primeiro lugar, a esperança de vida das crianças era muito curta. A maioria não sobrevivia ao primeiro ano de vida. Não existia, por parte dos pais, grande envolvimento emocional (talvez como mecanismo de defesa) devido à elevada taxa de mortalidade. Em segundo lugar, as crianças não podiam trabalhar nos campos e, por isso, representavam um “fardo” para sustentar. As crianças que conseguiam sobreviver aos primeiros anos de vida, rapidamente se tornavam “pequenos adultos” (Áries, 1962 cit. in Doerner & Lab, 1995) e assumiam grande parte das actividades dos mais velhos, muitas delas desadequadas à sua idade.

No século XV a “figura infantil” era a representação do ingénuo, do inocente, do bom – a oposição da violência. A criança invade a pintura e a escultura como símbolo da beleza, da inocência e da esperança de uma vida melhor (Áries, 1981 cit. in Scherer & Scherer, 2000), no entanto não se registaram alterações no papel social das crianças, que continuaram a sofrer abusos.

O século XVI caracteriza-se, também, como uma época de agressões e violências contra as crianças. Nesse período surgiram os “colégios” que abrigavam estudantes pobres e sem família, indesejados pela sociedade, submetendo-os aos piores maus-tratos e humilhações deliberadas (*ibidem*).

A partir do século XVII surgiram mudanças importantes ao nível dos costumes e a infância passou a estar associada aos conceitos de inocência e fragilidade, contrariamente à noção partilhada por alguns teólogos, especialmente Santo Agostinho (354-430 d. C.), que defendia o uso da violência física e o castigo corporal contra a corrupção moral da infância (Machado, 1996).

Em meados do século XVIII, na Grã-Bretanha deu-se a Revolução Industrial que alterou completamente o papel das crianças no contexto familiar (Vigário, 2004). A ênfase crescente na produção fabril tirou a criança de casa e colocou-a num local de trabalho onde a assiduidade, a pontualidade e a obediência eram as principais virtudes que ditavam a sua vida. Esta forma de exploração do trabalho infantil prevaleceu durante quase um século e conduziu a que muitas crianças, pela natureza do ofício a que estavam obrigadas, desenvolvessem deformidades físicas ou doenças horríveis, muitas delas fatais.

A partir do século XIX, começaram a surgir textos médicos sobre a violência praticada contra crianças. Na França, o primeiro trabalho foi escrito em 1860 por Ambroise Tardieu, patologista forense e pioneiro na utilização do termo “criança espancada”. Neste trabalho são analisadas as mortes de 18 crianças com idade inferior a 5 anos, cujas lesões e morte eram incompatíveis com as explicações fornecidas pelos pais (Minayo, 2001 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Mais tarde, em 1874 nos Estados Unidos, ficou célebre o caso de Mary Ellen Wilson, de 8 anos de idade, abandonada pela mãe. Com a morte do pai na Guerra Civil ficou sob os cuidados da madrasta e do marido que a maltratavam fisicamente e a negligenciavam. Como na época não havia nenhuma entidade que defendesse os direitos das crianças, Mary Ellen foi protegida pela Sociedade Norte Americana para Prevenir a Crueldade contra os Animais, com base no pressuposto que, como criança, fazia parte do reino animal (Barry & Collins, 1999 cit. in Pires & Miyazaki, 2005). Pela primeira vez, começa-se a esboçar uma preocupação com a criança que passa a ser encarada como uma pessoa em formação. (Delgado & Fisberg, 1990 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002).

Também durante o século XIX foi criada, em Portugal, a Roda da Santa Casa que tinha como objectivo evitar que as crianças fossem devoradas pelos cães quando abandonadas. A Roda era um cilindro oco de madeira que girava em torno do próprio eixo e

tinha uma abertura, onde eram colocadas as crianças. A mãe que desejava abandonar o filho batia na madeira e girava, avisando o porteiro da Santa Casa que, do lado de dentro, recolhia o abandonado (Pires & Miyazaki, 2005).

Em 1959, já em meados do século XX, a Assembleia-Geral das Nações Unidas proclamou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, cujo principal objectivo era assegurar uma infância feliz, em condições de gozar dos direitos e liberdades nela enunciados: direito à especial protecção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; à alimentação, moradia e assistência médica adequados para a criança e a mãe; ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade; direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho (Lisbôa, 1991 cit. in Scherrer & Scherer, 2000).

Alguns autores, como Krinsky (1995 cit. in Scherrer & Scherer, 2000) chegam mesmo a apontar o século XX como o “século da criança”. Ela passa a ser notada, descrita e aceite como fazendo parte da humanidade. É exaltada e a família responsabilizada por tudo de mau que lhe aconteça. É ressaltada a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como o período básico e fundamental na existência do homem.

Martins (2001) chama a atenção para os factores que explicam a emergência da preocupação social pelo fenómeno dos maus-tratos: por um lado, o facto do fenómeno se ter tornado popular e a apropriação social de saberes como aqueles veiculados pela pediatria, pela psicologia do desenvolvimento e pela pedagogia, que criaram a consciência do carácter específico, estruturante e desenvolvimental da infância, enquanto período ou fase do ciclo vital; por outro lado, factores de ordem social como o prolongamento da infância, motivado pela extensão do período de formação e de preparação para as responsabilidades da vida adulta.

A evolução do conhecimento científico e o reconhecimento da criança como um ser autónomo e com necessidades básicas de higiene, alimentação, físicas e emocionais permitiu

que as situações que violam os direitos da criança e que põem em causa o seu desenvolvimento e crescimento sejam mais facilmente identificáveis por todos nós, o que permite uma actuação legítima por profissionais de várias áreas (e.g., psicólogos, professores, assistentes sociais) (Machado & Gonçalves, 2002), embora existam evidentes dificuldades metodológicas no que se refere ao acesso a este problema complexo e multifacetado (Azevedo & Maia, 2006) escondido e camuflado no seio das famílias dos mais diversos estratos sociais.

É, portanto, neste novo contexto de preocupação em proteger a infância e de interesse pela qualidade das intervenções de que são objecto, que emerge o conceito de maltrato infantil, um analisador privilegiado da adequação das práticas educativas e da qualidade das relações entre adultos e crianças, entendidas num espaço caracterizado pelas suas dimensões histórica, sócio-cultural, ideológica e ética (Martins, 2001). O abuso contra as crianças deixa, assim, de ser um assunto do domínio familiar e passa a ser considerado um problema de índole social.

No entanto, embora a infância tenha adquirido maior importância nos mais diversos contextos, continua a existir a aceitação generalizada da punição física como uma prática educativa, muitas vezes justificada como uma forma dos pais atingirem objectivos específicos em diferentes domínios (académico, social, afectivo) sob determinadas circunstâncias e contextos (Hart, Nelson, Robinson, Olsen & McNeilly-Choque, 1998 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003).

Em todos os tipos de maus-tratos, o agressor, normalmente, é alguém da família da criança (e.g., pai, mãe, madrasta, padrasto) ou alguém próximo (e.g., ama) ou amigo da família, sendo que os agressores do sexo feminino são os mais frequentes em todos os tipos de maus-tratos, excepto no caso do abuso sexual e os agressores do sexo masculino são os que agredem com maior violência, provocando danos mais graves (Machado & Gonçalves, 2002).

Os dados acerca das causas de morte na infância não são nada animadores e revelam que ainda há um longo caminho a percorrer para que as crianças de hoje, adultos de amanhã, vejam preservadas a sua integridade física e mental. Vários autores alertam para o facto de que os maus-tratos físicos e a negligência serem as principais causas de morte na infância nos países ocidentais. Pollak, Cichetti & Klorman (1998 cit. in Azevedo & Maia, 2006) referem, por exemplo, que nos Estados Unidos, o maltrato é responsável por 76 % das mortes até aos 6 anos, sendo que 77 % dos responsáveis por essas mortes são os pais. Em França e Inglaterra há cerca de 30 000 casos novos registados todos os anos, e em Portugal há cerca de 15 000 crianças institucionalizadas, a maioria devido ao facto de os pais não oferecerem as condições adequadas ao seu desenvolvimento. Muitos destes casos só são relatados na idade adulta: cerca de 20 % das mulheres adultas relatam situações de abuso sexual na infância, sendo que o abuso físico, o abuso psicológico e a negligência são ainda mais frequentes (Azevedo & Maia, 2006).

Importa, contudo, ressaltar que existe uma consciência moral e colectiva voltada para travar a vitimação infantil, tendo sido criadas várias entidades especializadas na protecção das crianças/jovens e na promoção de percursos infantis saudáveis.

Definições técnicas

O conceito de maltrato infantil, em contínuo desenvolvimento, constitui-se como analisador privilegiado das imagens e representações da infância, das relações adultos-crianças, das práticas discursivas e de prestação de cuidados às crianças e das estratégias de controlo social das práticas educativas (Lopes dos Santos, 1994 cit. in Martins, 2005).

Inicialmente, este conceito tinha como ponto de referência a violência física, sobretudo contra as crianças mais novas, por acção intencional de familiares. À medida que os

maus-tratos se vão tornando um problema social, são incorporados no conceito outros tipos de violência, como a violência psicológica/emocional, a negligência e a violência sexual. Este facto conduziu a uma reinterpretação do que é entendido como adequado em termos dos cuidados prestados às crianças e à valorização do impacto de todas as formas de maus-tratos ao nível do desenvolvimento infantil (Little, 1997 cit. in Martins, 2005).

Os maus-tratos ou abuso ocorrem quando *“um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição económica, inteligência, autoridade) comete um acto ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa”* (Pires & Miyazaki, 2005).

Diversos estudos têm vindo a revelar que as crianças são, frequentemente, vítimas de múltiplas formas de violência dentro de uma mesma família (e.g., Slep & O’Learly, 2001 cit. in Machado & Gonçalves, 2002) devido às suas próprias características, como a dependência, a fragilidade e a ingenuidade.

É certo, que qualquer situação de maus-tratos tem efeitos devastadores na vida das crianças e adolescentes com importantes implicações na vida adulta. Estas situações têm um carácter recorrente e progressivo, sendo que se repetem com frequência e sucessivamente, provocando lesões cada vez mais nefastas (Machado & Gonçalves, 2002). Os maus-tratos físicos e sexuais, por exemplo, têm consequências marcadas a nível emocional e os maus-tratos psicológicos conduzem a consequências/manifestações físicas (Azevedo & Maia, 2006).

Ainda que a definição de maltrato seja, segundo alguns autores, uma questão académica, uma vez que diferentes tipos de maus-tratos tendem a ocorrer em simultâneo, tem havido um esforço em operacionalizar os conceitos de modo a permitir a identificação da sua ocorrência (cf. Figueiredo, 1998; Machado & Gonçalves, 2002).

Deste modo, no presente estudo será utilizada uma classificação que considera a divisão em vários tipos, tal como já foi utilizada em outras investigações, distinguindo-se, assim, os maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos, a negligência e o abuso sexual. Dentro da negligência considerar-se-á, ainda, a negligência física, a negligência psicológica ou emocional e a negligência educacional.

Maus-tratos físicos

Os maus-tratos físicos são o tipo de maus-tratos mais conhecido porque são os mais visíveis: as lesões são frequentemente observáveis e, muitas vezes, detectadas nas urgências hospitalares. Referem-se ao acto de bater na criança, isto é, à agressão e violência físicas por parte dos pais, cuidadores ou responsáveis e que podem colocar em perigo o desenvolvimento físico, social e/ou emocional da criança.

Neste caso, a força física é usada de forma intencional, isto é, não ocorre de forma accidental, e tem como objectivo lesar, ferir ou destruir a vítima (Pires & Miyazaki, 2005). O uso da força física é baseado no poder disciplinador e autoritário que o adulto assume sobre a criança que é agredida com o objectivo de a tornar disciplinada e obediente (Marmo, Davoli & Ogido cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Exemplos de comportamentos fisicamente abusivos incluem a agressão física, castigos corporais, queimaduras, envenenamentos, asfixias ou afogamentos, golpes efectuados com objectos, pontapés, empurrões, atirar objectos, esbofetear, morder ou sujeitar as crianças a trabalhos pesados e inadequados à sua idade. Estas acções podem dar origem a lesões superficiais ou profundas e, até, à morte.

As crianças vítimas de maus-tratos, geralmente, apresentam uma relação com o agressor marcada por medo, podendo observar-se uma identificação da criança com este,

estabelecendo-se um padrão de relacionamento interpessoal marcado pela agressividade que é assimilada como algo “natural” ou “normal”. Este aspecto pode produzir na vítima uma auto-imagem desvalorizada e sentimentos de culpa que a leva, muitas vezes, a acreditar ser merecedora do castigo (Vagostello, 2002).

A punição física, mesmo que adoptada como uma prática disciplinar, tem sido descrita na literatura como prejudicial ao desenvolvimento das crianças (Hart, Ladd & Burleson, 1990; Hart, Nelson, Robinson, Olsen & McNeilly-Choque, 1998; Hoffman, 1960, 1975 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003). Como exemplo, refira-se o Síndrome da Criança Abanada e o Síndrome de Munchausen por Procuração (cf. Machado & Gonçalves, 2002).

A primeira consiste em abanar fortemente a criança, principalmente no sentido antero-posterior, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor e até a morte, especialmente em crianças com idade inferior a dois anos. Pires (1999 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003) refere que este síndrome resulta da forma dos pais reagirem ao choro contínuo da criança, ocorrendo principalmente em lactentes menores de seis meses. Os sintomas são variados e incluem apatia, crises convulsivas, irritabilidade e falta de apetite. O agressor é, geralmente o pai biológico, que se irrita com o choro da criança. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retinianas e subdurais (Cardoso et al., 2003 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

A segunda ocorre quando os pais ou responsáveis, na maioria das vezes a mãe, provocam ou simulam na criança, geralmente com idade inferior a seis anos, sinais e sintomas de várias doenças, através da falsificação de exames laboratoriais e da administração de medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões. A partir destas simulações, a criança é submetida a sofrimento físico (e.g., realização de exames

desnecessários, uso forçado de medicamentos) e psicológico (e.g., inúmeras consultas, internamentos desnecessários). Apesar de existir pouca investigação relativamente a esta síndrome, sabe-se que pode estar associada a psicopatologia materna. O diagnóstico é clínico e há suspeita do problema quando o profissional de saúde não consegue avaliar a gravidade do quadro, uma vez que quase sempre a criança se encontra num bom estado de saúde. A doença é persistente e recidiva, com sintomas raros, as queixas são dramáticas, permanecem as mesmas, sempre trazidas pelo mesmo responsável, que solicita a realização de vários exames complementares (Pires & Miyazaki, 2005).

De um modo geral, os indícios que podem sugerir abuso físico incluem queimaduras por imersão, cigarro, corda e ferro de passar; laceração e escoriações nos lábios, olhos e face, no tecido gengival por ingestão forçada de alimento, na genitália externa; ferimentos ósseos, como fractura de ossos longos por torcedura ou fraccionamento, separação do osso e ligamentos, fractura em espiral, e articulações edemaciadas ou enrijecidas; ferimentos na cabeça, como perda ou amolecimento dos dentes, ausência de cabelo, hemorragia no couro cabeludo causada por puxões, hemorragia subdural ou de retina por espancamento ou abano, fractura do nariz ou da mandíbula; ferimentos internos, como trauma intestinal por golpe ou pontapé, ruptura de vasos sanguíneos (Trocme et al., 2003 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Maus-tratos psicológicos

Os maus-tratos psicológicos consistem num padrão de comportamento parental abertamente indiferente ou hostil, o que pode provocar desordens comportamentais, cognitivas, emocionais e/ou mentais. Apesar de ser um tipo de maltrato bastante frequente, é difícil de detectar pela subtilidade e pela falta de materialidade dos actos, embora provoque um

impacto profundo sobre o desenvolvimento biopsicossocial, pelo que exige um olhar atento ao comportamento da criança.

Refere-se a toda a forma de rejeição, discriminação ou desrespeito em relação à criança. Pode envolver comportamentos como punir, humilhar ou aterrorizar com graves agressões verbais e cobranças exageradas, baseadas em expectativas irreais em relação ao bom comportamento e/ou ao desempenho escolar. Pode envolver também o isolamento da criança, privando-a de experiências comuns à sua idade, de ter amigos, ou ainda indução à prostituição, ao uso de drogas e ao crime (Pires & Miyazaki, 2005).

Também os comportamentos de superprotecção têm sido referidos por alguns autores como uma forma camuflada de maltrato infantil, que torna as crianças muito dependentes e inseguras, pouco autónomas e pouco responsáveis, porque os pais decidem quase tudo por elas. Assistir a violência doméstica ou a outras formas de violência é uma das experiências mais perturbadoras do ponto de vista emocional (Azevedo & Maia, 2006) e constitui, igualmente, uma forma de maltrato psicológico.

De um modo global, os indícios que podem sugerir abuso psicológico incluem aversão ao contacto físico, comportamento extremo de obediência, apatia à agressividade, isolamento, dificuldades tanto escolares quanto na fala, desenhos ou brincadeiras que indiquem violência, perturbações de ansiedade, depressão, perturbações do sono e da alimentação, baixo desempenho escolar e baixa auto-estima (Backes, 1999 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Negligência

A negligência consiste na privação crónica da satisfação das necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação, saúde e vigilância da criança, o que pode por em causa o crescimento e o desenvolvimento normais. Insere-se no maltrato passivo, ou seja, os adultos falham por omissão aos cuidados que a criança precisa para crescer. No entanto, para que se possa determinar a existência de negligência é necessário ter em consideração valores culturais presentes na família e se o que os pais proporcionam à criança é efectivamente inferior ao que poderiam disponibilizar (Wolfe, 1999).

Ainda que algumas consequências, como a falta de higiene ou o vestuário inadequado, possam ser visíveis, a negligência é um fenómeno silencioso e fácil de negar, uma vez que diz respeito a gestos não realizados e a uma falta de acção marcada pela indiferença.

Podem sugerir presença de negligência e abandono a falta de vínculo entre a criança e responsáveis; desnutrição por oferta irregular ou inadequada de alimentação; higiene corporal deficitária; acidentes frequentes, principalmente domésticos, como intoxicações por medicamentos e por materiais de limpeza; faltas constantes à escola ou creche; acompanhamento inadequado de saúde, como atraso no calendário vacinal; abuso de álcool e de drogas; atraso no desenvolvimento psicomotor; desnutrição; desidratação; doenças crónicas, decorrentes da falta de cuidados adequados; ausência de limites no comportamento da criança (Santoro, 2002 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

A negligência na sua forma pura aparece mais associada à mãe dirigida aos filhos homens (Vagostello, 2002).

Dentro deste tipo de maltrato serão, ainda, consideradas a negligência educacional, a negligência física e a negligência emocional, conforme o foco de negligência.

Negligência física

A negligência física inclui a recusa por parte dos pais ou dos cuidadores em proporcionar à criança os cuidados básicos de saúde; ausência de cuidados médicos, pelo não reconhecimento ou admissão por parte dos pais ou responsáveis da necessidade de atenção ou tratamento médico, ou em função de crenças ou práticas religiosas; abandono e expulsão da criança de casa por rejeição; ausência de alimentação, cuidados de higiene, roupas, protecção às alterações climáticas; imprudência ou desobediência às regras de trânsito; falta de medidas preventivas para evitar intoxicação exógena, supervisão inadequada como deixar a criança sozinha e sem cuidados por longos períodos (Lezin & Long, 2002 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Negligência psicológica

A negligência psicológica ou emocional pode ser traduzida como a ausência de atenção às necessidades psicológicas e emocionais da criança; falta de suporte emocional, afectivo e atenção; exposição crónica a violência doméstica; permissão para o abuso de álcool (sem intervenção); permissão ou encorajamento de actos delinquentes; recusa ou não procura de tratamento psicológico quando recomendado (Hlady cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Negligência educacional

A negligência educacional diz respeito à incapacidade por parte dos pais em atender às necessidades educacionais da criança (e.g., não mandar a criança à escola); permissão para faltar às aulas após pais ou responsáveis terem sido informados para intervir; não realização

da matrícula em idade escolar; recusa para matricular a criança numa escola especial quando necessário; não adquirir o material indispensável para a aprendizagem quando as condições económicas o permitem (Glaser, 2002 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Abuso sexual

O abuso sexual implica que exista o envolvimento da criança em práticas sexuais ou actividades eróticas que visem a satisfação sexual de um adulto ou alguém mais velho pelo menos cinco anos (pode ocorrer entre menores) através da força ou da ameaça. A vítima tem desenvolvimento psicossocial inferior ao do agressor, que a expõe a estímulos impróprios por meio de violência física sem que esta tenha capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou avaliar o que está a acontecer (Santoro, 2002 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

O abuso pode ter diversas formas: chamadas telefónicas obscenas, ameaça ao pudor, exibicionismo, toque nos órgãos sexuais, penetração anal ou vaginal, prostituição e práticas sexuais aberrantes. Deste modo, os comportamentos abusivos podem implicar ou não contacto físico, pode haver contacto físico sexual com ou sem penetração, toques intencionais em determinadas partes do corpo, exibição de fotografias ou filmes de carácter sexual, utilização de objectos para excitação, masturbação na presença da criança, exibição dos órgãos sexuais à criança, sedução verbal, etc.

Segundo Rouyer (1997 cit. in Vagostello, 2002), os abusos sexuais ocorridos em crianças antes da puberdade são os que produzem efeitos mais negativos nas áreas sexual e afectiva. Geralmente, são praticados por uma pessoa próxima, com quem a criança mantém um relacionamento de confiança e amor e com a qual estabelece uma silenciosa relação de submissão, coagida por ameaças e fortalecida pelo medo e pela culpa. Neste ponto, a investigação mostra que em mais de 80 % dos casos os autores destes abusos são conhecidos pela criança e em mais de 70 % dos casos são membros da sua família (Azevedo & Maia, 2006).

Indícios que podem sugerir abuso sexual incluem comportamento sexual precoce demonstrado em brincadeiras ou conversas; lesões na região genital; lesões na região anal, como fissuras, hemorróidas, pregas anais rotas; sangramento rectal ou anal; diminuição ou ausência de tecido himenal; masturbação excessiva e em público, levando a lesões dos órgãos genitais; doenças sexualmente transmissíveis como gonorreia, sífilis, condiloma e SIDA; dor na região anal ou genital; gravidez; detecção de sémen na cavidade oral; petéquias e eritema em palato sugerindo sexo oral forçado; enurese; encoprese (American Academy of Pediatric Dentistry, 1999; Berkowitz et al., 1993; Reato et al., 1998 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Teorias explicativas da ocorrência de maus-tratos contra menores

Explicar a ocorrência dos maus-tratos contra a criança é uma tarefa complexa, na medida em que envolve a articulação em rede de aspectos sócio-culturais, psicossociais, psicológicos e até mesmo biológicos para que se possa atingir uma compreensão mais abrangente acerca da problemática em questão.

Os maus-tratos infantis não podem ser explicados por um modelo teórico que sugira uma abordagem determinista ou única sobre o problema. As políticas de prevenção ou

intervenção dos maus-tratos cometidos contra a infância terão, provavelmente, maior êxito se conseguirem caminhar em direcção ao confronto dos múltiplos modelos explicativos (Gomes, Deslades, et al., 2002).

Surgem na literatura várias explicações possíveis, destacando-se três abordagens diferentes (Doerner & Lab, 1995):

- 1) Teorias intraindividuais que enfatizam a interacção de forças intrapsíquicas do agressor;
- 2) Explicações sócio-culturais que enfatizam a interacção entre o indivíduo e o meio ambiente, enfocando os valores da vítima, do agressor e o meio stressante em que vivem;
- 3) Teoria da Aprendizagem Social que enfatiza a recíproca e contínua interacção de determinantes pessoais e ambientais – os filhos aprendem o comportamento agressivo com os seus pais.

Teorias Intraindividuais

As teorias intraindividuais vêem as crianças maltratadas como um produto da personalidade “deficiente” do abusador que não inibe a expressão da frustração e de outros comportamentos impulsivos. Steele e Pollock (1974 cit. in Doerner & Lab, 1995) descrevem os pais abusadores como uma “mina de ouro” de psicopatologia. Estes pais têm expectativas inadequadas em relação às crianças e quando estas não vão de encontro a essas expectativas, dirigem-lhes a sua frustração, rejeitando-os e maltratando-os. Esta falta de sensibilidade em tratar dos filhos espelha a relação inadequada que tiveram com os seus próprios pais.

Cariola (1995 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002) realizou um estudo com 103 crianças vítimas que aponta os distúrbios comportamentais do agressor (com 31,06%) e a

desagregação familiar (21,97%) como os principais factores desencadeantes da violência. Neste sentido, o autor defende que as agressões aparecem quase sempre como consequência de situações conflituosas não resolvidas por parte dos responsáveis pelas crianças.

Esta visão da existência de uma personalidade patológica do agressor tem sido alvo de críticas por parte de vários autores. Bittencourt, por exemplo, (1995 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002) reprova a ideia de que o relacionamento adulto-criança seja concebido como consequência de traumas secretos do agressor, seja qual for a sua natureza psicopatológica. Por sua vez, Deslades (1994 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002) chama a atenção para o facto de que os agressores não possuem, necessariamente, um perfil de doentes mentais.

O alcoolismo também é apontado como uma explicação para a ocorrência de maus-tratos contra as crianças mas associado a factores psicológicos. Por exemplo, associado à negligência, Delgado & Fisberg (1990 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002) referem que o alcoolismo tem uma grande importância, sobretudo porque provoca violências incontroláveis e no caso de cronicidade, pode provocar negligência e abandono dos cuidados com o filho. Relativamente a este factor, o estudo já supracitado de Cariola (1995 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002) aponta o alcoolismo como o terceiro factor mais importante como desencadeante de maus-tratos, com uma percentagem de 17,42 % no conjunto de todos os factores. Vários outros estudos apontam o álcool como a substância mais ligada às mudanças de comportamento provocadas por efeitos psicofarmacológicos que desencadeiam a violência (Gomes, Deslades et al., 2002). Não obstante, ainda há dúvidas quanto ao efeito do álcool sobre a conduta violenta e também não é possível afirmar se o uso de drogas, associado a outros aspectos, desencadeia comportamentos violentos ou se é, por si só, causador (Minayo & Deslades cit. in Gomes, Deslades et al., 2002).

Explicações Socioculturais

Estas teorias enfatizam o stress como um factor que influencia o relacionamento das famílias. O desemprego, o número de elementos da família e o isolamento social são aspectos importantes que contribuem para o aparecimento de stress e, consequentemente, para o fenómeno dos maus-tratos (Doerner & Lab, 1995).

Uma característica típica das famílias abusadoras é a pertença a um nível sócio-económico baixo. Claro que esta condição contribui para que estas famílias sejam mais supervisionadas pelos serviços competentes e daí os maus-tratos serem mais facilmente detectáveis. Gil (1971 cit. in Doerner & Lab, 1995) refere que os pais abusadores estão, na maioria das vezes, desempregados no período em que maltratam os filhos. Famílias socialmente isoladas, com escassa vizinhança e com poucos amigos, mais facilmente desenvolvem hostilidades internas (Gabarino & Gilliam, 1980 cit. in Doerner & Lab, 1995).

Por outro lado, nas famílias numerosas, a falta de espaço e de privacidade destabilizam o casal e pode despoletar comportamentos violentos ou situações de negligência. Parece que estes factores contribuem para enfraquecer o funcionamento destas famílias e exacerbar estados de tensão que culminam em actos de agressividade (Gelles, 1980; Smithey, 1997 cit. in Doerner & Lab, 1995).

O modelo de stress social reforça a ideia de que os pais não possuem, ou não são capazes de activar, estratégias de *coping* adequadas para lidar com situações adversas (Belsky, 1978 cit. in Doerner & Lab, 1995) e quando ficam stressados, reagem com frustração e desesperança. Esta incapacidade de lidar com os problemas conduz a sentimentos de falta de controlo, que resultam na violência dirigida aos mais inofensivos como forma de descarregar a raiva.

Outros factores sociais, económicos e culturais, como a desigualdade, a dominação de género e de gerações (Gomes, Deslades et al., 2002) são apontados como estando na base da violência contra as crianças. Mesmo sendo entendida como um sujeito de direitos, a criança é maltratada devido à existência de dominação de género e de geração. Esta desigualdade nada mais é do que a assimetria do poder: a submissão do mais fraco pelo mais forte, que se traduz em maus-tratos físicos, em abuso sexual contra meninos e meninas, negligência e abandono (Silva, 1998 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002). Sabemos que, muitas vezes, os maus-tratos vêm protegidos sob o manto de medidas educativo-disciplinares que postulam que a criança deve sempre aprender a obedecer (Gomes, Deslades et al., 2002).

Destaca-se, ainda, a noção de que a violência está associada aos países subdesenvolvidos, na medida em que o stress decorrente das dificuldades económicas das famílias contribui para o aparecimento dos maus-tratos. Um estudo de Cariola (1995 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002) mostra que a agressão é mais evidente na população mais carente. Strauss e Smith (1995 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002) realizaram um estudo no qual compararam uma amostra de famílias e observaram que naquelas famílias cujo pai estava desempregado tinham uma prevalência de maus-tratos contra a criança 50% maior do que naquelas cujo pai estava empregado. No entanto, importa não gerar uma criminalização da pobreza, pois as famílias de classe médias e alta contam com mecanismos que lhes garantem o sigilo, enquanto as famílias mais pobres são mais numerosas e mais sujeitas à notificação (Deslades, 1993 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002).

Todas estas explicações socioculturais para o fenómeno dos maus-tratos são, também, sujeitas a críticas, principalmente porque não explicam o porquê das famílias optarem por actos de violência contra os menores quando existem tantas outras alternativas para lidar com os problemas e porque é que concebem as crianças como um meio de descarga das frustrações.

Teoria da Aprendizagem Social

Esta abordagem enfatiza a ideia da reprodução das experiências de violência familiar vividas durante a infância, contribuindo para que se perpetuem os maus-tratos. Segundo esta lógica, muitas crianças vítimas de maus-tratos tornam-se adultos agressores. Assim, os pais reproduzem os modelos de educação da infância, por terem sofrido os mesmos tipos de negligência num cenário de infâncias difíceis (Castro Neto, 1994 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002).

Os problemas psíquicos e psiquiátricos – factores emocionais, questões relacionadas com a auto-estima e problemas de personalidade em geral da família original – comporiam o universo das vivências que seriam reproduzidas. Numa família onde toda a estrutura é neurótica, a criança vai, certamente, herdar este comportamento dos pais e poderá ser um futuro autor de maus-tratos infantis. Assim, as crianças recebem todos os impactos agressivos, potencializando cada vez mais situações agressivas. Um estudo de Straus e Smith (1995 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002) com 8.145 famílias indica que os pais que sofreram violência quando crianças apresentavam um índice de violência contra os seus filhos maior do que aqueles que não sofreram violência.

Esta teoria chama a atenção para a ideia de “ciclo de violência”. As crianças observam os comportamentos violentos dos pais e incorporam a violência como algo normal, aceite e, portanto, legítimo. Quando estas crianças crescem e se envolvem em relações de intimidade, adoptam a violência como forma de interacção. Existe, de facto, esta ideia generalizada de que crianças que foram abusadas ou maltratadas se tornam adultos ofensores e que quando assistem a violência entre os pais, também se tornarão eles próprios cônjuges violentos (Dorner & Lab, 1995).

No entanto, nem todos os vitimologistas são da opinião de que a violência é um problema intergeracional, chegando, mesmo, a considerarem a ideia de “ciclo de violência” como um mito. Esta ideia implica que as crianças maltratadas programem, precocemente, comportamentos de violência, o que não é concebível para muitos autores (Gelles & Cornell, 1990 cit. in Doerner & Lab, 1995). Para além disso, não existe evidência científica que suporte esta relação e, inclusive, a literatura indica estudos com resultados contrários ao previsto por esta teoria.

A Lei e os Direitos

Foram necessárias profundas modificações culturais, sociais e de sensibilidades, para que a perspectiva face à criança conduzisse ao reconhecimento da sua individualidade, primeiro, e dos seus direitos próprios, depois. Rousseau foi uma das vozes pioneiras na defesa da criança e um dos primeiros a reconhecê-la como ser autónomo e com direitos próprios, escrevendo: “...*é altura de se falar menos nos deveres das crianças e mais nos seus direitos*” (Canhas, 2003). Foram estes novos conceitos que permitiram valorizar a sua estimulação e protecção, e vieram demonstrar e reforçar a importância da defesa e da protecção à infância nos seus mais variados aspectos.

Em 1989, é aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, a Convenção dos Direitos da Criança, onde se defende genericamente que as crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de atenção e cuidados especiais, sendo dado especial ênfase aos cuidados primários e às responsabilidades da família na sua protecção (Canhas, 2003). A Convenção dos Direitos da Criança encara a criança como ser titular, de facto, de direitos e liberdades fundamentais e não apenas como mero alvo de medidas de protecção. Considera

que o Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos, infligidos pelos pais ou qualquer outra pessoa (Eanes, 1991 cit. in Baptista, 1997).

Em Portugal, foi sobretudo na década de oitenta que o assunto passou a merecer uma atenção especial, sendo em 1999 decretada na Constituição Portuguesa, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, que tem como finalidade promover os direitos e proteger as crianças e os jovens em perigo, por forma, a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral (Diário da República, 1999). Com esta lei considera-se que qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou jovem, é obrigada a comunicar às entidades com competência nesta área, nomeadamente, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ) ou as Autoridades Judiciárias.

A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

O maltrato, a par da indigência, da delinquência e da vagabundagem envolvendo crianças, constitui uma situação que suscitou a intervenção de instituições várias particulares e estatais (Martins, 2005) como recentemente, as Comissões de Promoção e Protecção de Crianças e Jovens em Perigo – instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional para promover os direitos da criança ou jovem e prevenir ou resolver situações de risco, de forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral.

De acordo com o Artigo 3.º do Capítulo I da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo “*a intervenção para promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de*

terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo”. Segundo o mesmo artigo, considera-se que uma criança está em perigo quando:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro) pretende salvaguardar os direitos das crianças cujos pais ou responsáveis se revelem capazes de comprometer a sua saúde, o seu desenvolvimento e educação, ou incompetentes para as proteger face a perigos colocados por terceiros ou pelas próprias crianças. Neste sentido, visa suprir ou compensar e corrigir a incompetência parental que coloque em risco as crianças, raditando aqui a legitimidade das intervenções decorrentes.

O texto da Lei não é exaustivo na descrição das situações de risco, que enuncia no art. 3º, n.º2. A intervenção tutelada por esta Lei subordina-se a dez princípios ditos orientadores (Ministério da Justiça e Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1999):

- a) Interesse superior da criança — um conceito difícil de delimitar, pois quando se trata de menores existem sempre múltiplos interesses envolvidos;
- b) Privacidade — a intervenção no âmbito desta Lei deve salvaguardar os direitos à imagem, intimidade e reserva da vida privada das pessoas envolvidas no processo, em especial das crianças e dos seus agregados familiares;
- c) Intervenção precoce — a intervenção deve ser atempada e oportuna, tanto possível imediata à tomada de conhecimento das situações consideradas de perigo;
- d) Intervenção mínima — as medidas tomadas devem envolver exclusivamente as instâncias legitimadas para o efeito, subordinando-se ao princípio do mínimo suficiente — a medida eficaz menos intrusiva — que garante a economia de meios e a redução das perturbações decorrentes da introdução de entidades alheias ao sistema familiar e natural das crianças e jovens. É dada prioridade à inserção da criança no seu contexto sócio-familiar, com o mínimo de constrangimentos impostos, em respeito pela sua liberdade e auto-determinação;
- e) Proporcionalidade e actualidade — a intervenção deve ter objectivos bem definidos, justificando-se na estrita medida da sua adequação à consecução dos mesmos;
- f) Responsabilidade parental — as medidas encetadas no âmbito desta Lei são inclusivas dos pais, responsáveis pelos filhos e co-responsáveis pelo processo de protecção;
- g) Prevalência da família — a família, de origem ou adoptiva, é considerada o contexto natural de vida das crianças;
- h) Obrigatoriedade da informação — o envolvimento dos actores, pais e crianças, no processo de protecção requer a sua informação sobre os seus direitos, motivos e forma da intervenção;

- i) Audição obrigatória e participação — tantos os pais como as crianças devem ser ouvidos na definição do processo de que deverão participar;
- j) Subsidiariedade — a intervenção junto das crianças e jovens é afectada a três instâncias que operam em diferentes níveis: as entidades competentes em matéria de infância, as comissões de protecção de menores e, por último, as instâncias judiciais.

Só o insucesso ou inadequação da intervenção num dado nível pode justificar a intervenção do seguinte, numa sequência de formalização gradual em que os tribunais surgem como recurso de final de linha, quando todas as outras instâncias se revelaram ineficazes para fazer face aos problemas que envolvem as crianças.

As equipas que integram as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ) têm uma composição multidisciplinar – psicólogos, técnicos de serviço social, médicos, professores e representantes das várias instituições do concelho onde a CPCJ está instituída. Esta equipa tem a preocupação máxima em garantir que os direitos das crianças sejam respeitados, sendo responsáveis por todo o processo de promoção e protecção desde o momento da sinalização da situação-problema até à elaboração e implementação de estratégias de promoção de bem-estar.

A intervenção das Comissões pode ser desencadeada (Magalhães, 2002):

- a) Por iniciativa própria, por conhecimento de situações relevantes;
- b) A pedido de qualquer cidadão que suspeite ou tenha detectado uma situação envolvendo menores a carecer intervenção;
- c) A pedido da criança ou jovem, dos seus pais, representantes legais ou de quem tenha a sua guarda;
- d) A pedido das entidades com competência em matéria de infância e juventude;
- e) A pedido das autoridades policial, judicial ou judiciária.

A intervenção levada a cabo pelas Comissões de Protecção das Crianças e Jovens, é configurada pelas medidas de promoção dos direitos e de protecção, a que a referida lei dedica o Capítulo III. De acordo com o disposto no art. 34.º, estas medidas visam:

- a) Afastar o perigo em que as crianças se encontram;
- b) Proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral;
- c) Garantir a recuperação física e psicológica das crianças que sofreram qualquer forma de exploração e abuso.

Com estes objectivos, são previstas as seguintes medidas, aplicáveis pelas Comissões de Protecção e pelos Tribunais (art. 35º):

- a) Apoio junto dos pais, traduzido no apoio psicopedagógico, social e, eventualmente, económico, à criança ou jovem e, em certos casos, extensivo ao agregado familiar, nos termos do art. 42º, que pode ainda beneficiar de um programa de educação parental;
- b) Apoio junto de outro familiar, traduzido na colocação da criança ou jovem sob a guarda de um familiar, e, se necessário, com apoio psicopedagógico, social e, eventualmente, económico;
- c) Confiança a pessoa idónea, não familiar, sob cuja guarda a criança é colocada, e que pode ser o candidato à sua adopção, conforme o parecer do organismo competente da segurança social;
- d) Apoio para a autonomia de vida, se o jovem tiver mais de quinze anos, e o apoio psicopedagógico, social e económico puder capacitá-lo para viver autonomamente;
- e) Acolhimento familiar, traduzida na colocação da criança sob a responsabilidade de uma família que reúna todas as condições necessárias para lhe proporcionarem um desenvolvimento pleno;

- f) Acolhimento em instituição que consiste na colocação da criança numa instituição que disponha de instalações, equipamentos de acolhimento e uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.

Desejavelmente, a suspeita ou detecção devem ocorrer tão cedo quanto possível, para que seja garantida uma maior eficácia do processo e os seus resultados (Arruabarrena, 1996):

- a) Pode assim evitar-se a cronicidade do maltrato, que se sabe altamente associada a consequências perniciosas;
- b) Pode evitar-se o agravamento da situação, que geralmente assume formas menos acentuadas no início, intensificando-se nas sucessivas repetições;
- c) É possível ainda intervir antes da ocorrência do problema, identificando os seus precursores ou factores de risco, numa perspectiva de prevenção secundária.

Intervir em situações de maus-tratos contra menores não é tarefa fácil. Muitas crianças continuam a ser fortemente violentadas e/ou negligenciadas dentro de quatro paredes, silenciadas pelos vínculos afectivos que mantém por quem mal lhes quer, quando bem lhes deveriam querer.

Impacto desenvolvimental dos maus-tratos: revisão da literatura

A maior visibilidade adquirida pela problemática dos maus-tratos nos últimos anos conduziu a diversos estudos que demonstram os graves riscos que representam para o desenvolvimento e aprendizagem da criança.

De acordo com Skuse e Bentovim (1994 cit. in Formosinho & Araújo, 2002) as consequências dos maus-tratos poderão manifestar-se ao nível físico e/ou psicológico, com grande probabilidade de concomitância ao nível destes dois tipos de sequelas.

As sequelas físicas resultantes de situações de abuso físico são as mais visíveis e poderão apresentar-se sob a forma de cicatrizes, deformações ósseas ou danos neurológicos, sobretudo ao nível psicomotriz sensorial e da coordenação neuromotora. Por seu turno, as situações de negligência também poderão resultar em dano físico à criança (sobretudo devido à alimentação e higiene deficitárias), através de alterações metabólicas ou gastrointestinais, diminuição das defesas e consequente propensão para determinadas doenças (ou mesmo cronicidade das mesmas). A negligência acentua, ainda, a possibilidade de ocorrência de acidentes domésticos, com consequências semelhantes às resultantes do abuso físico (Fariña, Seijo; Novo, 2000 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

As consequências psicológicas dos maus-tratos, apesar de menos visíveis, poderão representar efeitos mais profundos e duradouros no desenvolvimento, pelo que se torna impreterível conhecer mais detalhadamente estes efeitos no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, ao longo da sua trajectória. O impacto da violência é influenciado por factores como a idade, grau de desenvolvimento, tipo de abuso, frequência, duração, gravidade do abuso e relação existente entre vítima e agressor (Chalk et al., 2002 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Neste espaço, procede-se à apresentação destas consequências tendo como base quatro áreas fundamentais definidas por Wolfe (1987 cit. in Formosinho & Araújo, 2002): o funcionamento sócio-emocional, comportamental, académico e cognitivo-social.

Impacto ao nível do desenvolvimento sócio-emocional

Em termos do desenvolvimento sócio-emocional, a investigação tem vindo a demonstrar que os efeitos mais detriminentais dos maus-tratos na infância se situam ao nível do desenvolvimento das relações de vinculação e dos afectos, como a seguir se descreve.

A teoria da vinculação sugere que as expectativas da criança acerca da disponibilidade e responsividade dos adultos são representações desenvolvidas durante a infância através da interacção com as figuras de vinculação, influenciando a construção de novas relações, os processos de exploração e a resposta a novas exigências do meio (Crittenden; Ainsworth, 1989 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). O padrão de vinculação inseguro é típico das crianças maltratadas e caracteriza-se por uma desorientação geral, apreensão, evitamento e abandono (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Shneider – Rosen, Braunwald, Carlson & Cicchetti, 1985 cit. in Wolfe, 1999). Estas crianças não demonstram padrões de vinculação selectiva, na medida em que reagem de igual forma face aos pais e a figuras estranhas. Figueiredo (1998a cit. in Formosinho & Araújo, 2002) demonstrou que os modelos internos de relacionamento interpessoal das crianças maltratadas reflectem a insegurança e o medo vividos na relação com os pais, sendo que aquelas transportam para a relação com os outros o conflito de aproximação-evitamento originariamente vivido com as figuras parentais, circunstâncias que resultam em padrões desajustados de interacção social.

Ainda em termos sócio-emocionais, os maus-tratos têm surgido associados a um desenvolvimento social e interpessoal deficitário, quer com adultos, quer com outras crianças. Assim, as crianças vítimas de maus-tratos parecem revelar uma maior dificuldade em compreender situações sociais complexas (Barahal, Waterman; Martin, 1981 cit. in Formosinho & Araújo, 2002) e em demonstrar empatia e sensibilidade para encetar processos

de ajuda aos pares (Basanta Dopico, 2000 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). São crianças que apresentam maior isolamento e/ou agressividade (Jacobson; Straker, 1982 cit. in Formosinho & Araújo, 2002), bem como baixa auto-estima (Toth; Cicchetti, 1996 cit. in Formosinho & Araújo, 2002) e, também, menos intimidade na relação com os pares (Parker & Herrera, 1996 cit in Wolfe, 1999).

Outro aspecto a considerar é a desregulação das emoções apresentada por estas crianças. O clima familiar e a relação pais-filhos desempenham um papel fundamental na regulação das emoções por parte dos pais. Nas crianças maltratadas, a identificação, regulação e compreensão das emoções está dificultada, uma vez que vivem num mundo emocionalmente turbulento. Cicchetti & Beeghly (1987 cit. in Wolfe, 1999) afirmam que estas crianças têm tendência para inibir as suas emoções pois aprenderam desde muito cedo que a sua expressão conduz à reprovação, evitamento e maus-tratos.

Vários estudos demonstraram que a punição física está associada a altos níveis de sintomas psiquiátricos e com baixo bem-estar geral e que as crianças maltratadas apresentam, muitas vezes, sintomatologia depressiva e stress emocional (e.g., Kaufman, 1991; Koverola, Pound, Heger & Lytle, 1993; Toth, Manly & Cicchetti, 1992 cit. in Wolfe, 1999) sendo que o risco de suicídio é três vezes maior do que em crianças não maltratadas (Brasil, 1996; Brown, 1999 cit. in De Lorenzi et al., 2001).

O trauma emocional evidenciado por estas crianças resulta da rejeição crónica, da falta de afecto, traição e sentimentos de desânimo. Algumas crianças evidenciam, ainda, sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PTSD), no entanto a sintomatologia pode emergir em idades mais avançadas do ciclo de vida (Azevedo & Maia, 2006).

Herman (1992 cit. in Wolfe, 1999) refere que a criança tem tendência a re-interpretar o abuso como accidental ou não intencional para absolver a culpa e responsabilidade dos pais e, desta forma, manter a relação afectiva. Para preservar a imagem dos pais intacta, a culpa é

transferida para si própria, para pessoas menos significativas ou acontecimentos. Os sentimentos de culpa são geralmente acompanhados de reacções emocionais como tristeza, raiva ou vergonha (Fincham, Bradbury & Grych, 1990 cit. in Wolfe, 1999).

Podem, ainda, apresentar graves consequências físicas, como dor e sofrimento associado ao abuso crónico, pois vivem em constante estado de alerta para os maus-tratos (Perry, 2002 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Impacto ao nível da conduta

A investigação levada ao cabo ao nível da conduta social das crianças maltratadas tem vindo a demonstrar que estas parecem adoptar padrões de conduta semelhantes aos dos pais, caracterizados pela agressividade, isolamento social, falta de competências sociais e falta de empatia para com os pares (Cantón; Cortés, 1999 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). São crianças que apresentam mais problemas de comportamento, ansiedade, hiperactividade e problemas de atenção (Salzinger; Kaplan; Pelcovitz; Samit; Krieger, 1984 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). A investigação tem salientado que a gravidade dos problemas familiares poderá gerar desordens de comportamento (Salzinger et. al., 1984; Skuse; Bentovim, 1994 cit. in Formosinho & Araújo, 2002), sendo que na adolescência existe um risco dois a três vezes acrescido para desordens de conduta quando existiram maus-tratos na infância (Skuse; Bentovim, 1994 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

Existem algumas diferenças ao nível do género na expressão da experiência de maus-tratos. Assim, enquanto os rapazes parecem desenvolver mais problemas de externalização e desordens de conduta, as raparigas parecem mais propensas para desenvolverem problemas de internalização e sintomatologia depressiva (Crittenden; Clausen; Sugarman, 1994 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

É consensual que as perturbações de externalização incluem sintomatologia agressiva, desregulação comportamental, hiperactividade, desafio e comportamentos anti-sociais (Cicchetti & Toth, 1991; Lopes, 2000) e que as perturbações de internalização incluem sintomas depressivos e ansiosos, isolamento social, perturbações ou queixas somáticas (Cicchetti & Toth, 1991; Gonçalves & Simões, 2002), com um grande peso das emoções (Jenkins & Oatley, 2000) como o medo e a tristeza na sua apresentação. São também conhecidos os custos da psicopatologia para o indivíduo e para a sociedade em geral e a preocupante estabilidade das perturbações de externalização (Cole, Teti & Zahn-Waxler, 2003), um motivo de peso para a rejeição por parte dos pares, que por sua vez pode contribuir para a manutenção dos sintomas. Do mesmo modo, as vulnerabilidades que a sintomatologia depressiva pode criar no desenvolvimento da criança, aumentam o risco de desajustamento futuro (Marujo, 2000), com grande impacto no relacionamento interpessoal (Cicchetti & Toth, 1991).

Oatley e Jenkins (1996) referem, a título de exemplo, que as crianças com sintomatologia externalizadora mostram não só uma compreensão menor das suas emoções como tendem a avaliar as estratégias de *coping* agressivas como adequadas e ver na agressão a única via para se fazerem ouvir ou sobreviver num ambiente altamente adverso. Importa, contudo, recordar que a maioria das crianças que tiveram um desenvolvimento normativo, a partir da idade escolar, é capaz de apontar as estratégias agressivas como as menos adequadas e eficazes para lidar com as emoções negativas (Saarni, 1997).

Os resultados de uma investigação levada a cabo por Salzinger, Feldman, Muriel e Rosário (1993 cit. in Formosinho & Araújo, 2002) evidenciam que as crianças maltratadas apresentam uma maior probabilidade de serem rejeitadas pelos pares, experimentam menor reciprocidade na relação com estes e são percebidas como se envolvendo em mais condutas sociais negativas do que positivas.

Um estudo realizado por Azevedo & Maia (2006) indica que as crianças negligenciadas na higiene e arranjo pessoal vêm comprometidas a qualidade das suas relações interpessoais e a sua própria auto-estima. As crianças mal cuidadas no seu aspecto físico são, frequentemente, objecto de discriminação por parte dos seus pares, dificultando a sua integração no grupo de amigos/colegas, na turma ou mesmo na escola.

As crianças que foram maltratadas têm mais probabilidade de serem detidas durante juventude ou adultez (Widom, 1989 cit. in Wolfe, 1999) e aderirem a comportamentos física e sexualmente violentos enquanto jovens adultos, principalmente os do sexo masculino (Feldman, 1997; Malamuth, Sockloskie, Koss & Tanaka, 1991 cit. in Wolfe, 1999).

Os maus-tratos parecem, também, estarem associados a um aumento do risco para o desenvolvimento de perturbação de personalidade anti-social nos rapazes e problemas relacionados com o álcool nas mulheres (Duncan, Saunders, Kilpatrick, Hanson & Resnick, 1996; Luntz & Widom, 1994 cit. in Wolfe, 1999).

Crianças expostas a pais abusivos ou severos podem desencadear conflitos com a lei, psicopatias e abuso de substâncias (Simons, Whitbeck, Conger & Chyi-In, 1991 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003); as sanções punitivas tendem a eliciar sentimentos negativos, inibindo a produção dos comportamentos ajustados (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003).

Impacto ao nível do desenvolvimento cognitivo, da linguagem e do rendimento académico

O impacto dos maus-tratos é, também, evidente ao nível da maturação cognitiva, sendo que as crianças maltratadas apresentam resultados mais baixos em testes de capacidades quando comparadas com crianças não maltratadas (Cantón & Cortés, 1999 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

Numa perspectiva neuropsicológica, as crianças maltratadas poderão sofrer défices no processamento cognitivo como resultado de alterações neuropsicológicas (Milner; McCanne, 1991 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

Os resultados de várias investigações, nomeadamente um estudo realizado por Azevedo e Maia (2006) sobre a relação entre maus-tratos e aproveitamento escolar num meio sócio-económico desfavorecido, indicam que a prevalência dos maus-tratos é elevada e que as crianças que relatam cuidados menos adequados são aquelas que têm pior rendimento escolar.

Duarte e Arbodela (s/d cit. in Azevedo & Maia, 2006) referem um estudo realizado por Kurtz e colaboradores (1993) no qual se comprova que as crianças maltratadas fisicamente têm mais baixo nível de rendimento académico comparativamente com crianças não maltratadas. No entanto, um estudo realizado por Eckenrode, Laird e Doris em 1992 (cit. in Azevedo & Maia, 2006), o maltrato físico por si só interfere mais com problemas de comportamento e disciplinares do que com o aproveitamento escolar das crianças.

Um estudo efectuado por Wodarski, Kurtz, Gaudin e Howing (1990 cit. in Azevedo & Maia, 2006), referem que as crianças maltratadas fisicamente apresentam também um baixo rendimento académico, mas os défices não são tão graves como os apresentados nas crianças vítimas de negligência. Estes problemas têm sido atribuídos à pouca estimulação recebida pelas crianças em casa, uma vez que estes pais estão mais preocupados em

discipliná-la. Além de que, o insucesso escolar aparece relacionado com baixas aspirações escolares, fraca estimulação ao nível da linguagem, pouco encorajamento para aprender e à falta de reconhecimento de competência e conhecimentos da criança. Segundo Cantón e Cortés (1998) estas crianças têm mais probabilidade de absentismo escolar, de inserção em turmas de necessidades educativas especiais, de reprovar o ano e obter suspensões.

As crianças maltratadas, quando comparadas com as não maltratadas apresentam piores resultados escolares e são mais propensas à repetição de ano, têm mais faltas disciplinares, são mais dependentes dos seus professores, logo menos autónomas, apresentam mais distúrbios nas funções sociais e mais altos níveis de perturbações comportamentais (Egeland, Sroufe & Erickson, cit. in Maia & Azevedo, 2006).

Segundo a maioria dos autores (Azevedo & Maia, 2006) as situações de negligência tendem a ser mais crónicas e de pior prognóstico no que toca às questões académicas. Um estudo realizado por Egeland, Sroufe & Erickson (1969 cit. in Azevedo & Maia, 2006), indica que a negligência torna as crianças mais ansiosas, mais desatentas e com mais dificuldades escolares. Outros autores como Leiter e Johnsen (1994 cit. in Azevedo & Maia, 2006) referem que a negligência tem efeitos no desenvolvimento cognitivo, sócio-emocional e linguístico das crianças. Ainda de acordo com o estudo efectuado em Espanha referido por De Paúl e Arruabarrena Madariaga (1996) as crianças negligenciadas apresentam maior desadaptação escolar comparativamente com as crianças não negligenciadas.

Segundo alguns investigadores, o maltrato pode provocar na criança estados depressivos que, por sua vez, são responsáveis pelo fracasso escolar, uma vez que este estado provoca interferências na atenção e motivação da criança (Marcelli, 1996 cit. in Azevedo e Maia, 2006).

Outros estudos demonstram, ainda, atrasos no desenvolvimento da competência linguística em crianças maltratadas (Skuse; Bentovim, 1994 cit. in Formosinho & Araújo, 2002), tanto ao nível da compreensão como no da expressão linguística (Cicchetti, 1989 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). A linguagem das crianças maltratadas é, geralmente, caracterizada por redundâncias, pobreza de conteúdo, manifestam dificuldade em expressar conceitos abstractos e a sua conversação restringe-se ao presente imediato (Badenes & Estevan, 2002). Segundo Cantón & Cortés (1998 cit. in Badenes & Estevan, 2002), estas crianças fazem menos afirmações sobre as suas actividades, estados internos (emoções, desejos, etc.) e afectos negativos (ódio, raiva, desgosto, etc.).

Impacto ao nível da cognição social

As experiências associadas aos maus-tratos têm vindo a ser consideradas como influenciadoras na construção da auto-imagem, sobretudo ao nível da competência percebida (Formosinho & Araújo, 2002). São reconhecidas as dificuldades por parte destas crianças na tomada de perspectiva, na identificação e designação de estados emocionais dos outros, na descrição de causas sociais e interpessoais para emoções específicas e na compreensão de papéis sociais (Barahal et al., 1981 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

Outro aspecto relevante acerca da competência sócio-cognitiva das crianças maltratadas relaciona-se com a conceptualização que fazem das suas relações com os pais e pares. Trata-se de formas de interacção social com uma estrutura distinta, uma vez que, enquanto as relações pais-filhos se caracterizam pela complementaridade (papéis assimétricos e diferenciados), as relações entre pares regem-se pela reciprocidade (papéis e acções simétricos) (Cantón; Cortés, 1999 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). Todavia, a investigação tem demonstrado que a experiência de maus-tratos altera estas estruturas

relacionais (Formosinho & Araújo, 2002). Por um lado, os pais mantêm expectativas irrealistas em relação à competência dos seus filhos, os quais têm que assumir a responsabilidade pelo seu bem-estar, pelo bem-estar dos irmãos e, por vezes, dos próprios pais. Este facto pode conduzir a que as crianças se vejam obrigadas a renunciar às suas necessidades em prol das necessidades dos próprios pais (Cantón; Cortés, 1999 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). Por outro lado, a conceptualização das relações com os pares também se vê afectada, uma vez que estas são tendencialmente menos gratificantes, pautando-se por elevados índices de agressividade e isolamento (Dean; Malik; Richards; Stringer, 1986 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

Poderá, também, ser evidenciado por estas crianças comportamentos de aquiescência compulsiva que se caracteriza por uma obediência extrema por parte da criança face a um adulto significativo (Wolfe, 1999).

Outro aspecto a considerar é o facto de que estas crianças vivem em ambientes caracterizados pelo poder/imposição (controlo externo) e, por isso, desenvolvem níveis de raciocínio moral inferiores aos dos pares não sujeitos a maus-tratos. Mais especificamente, têm maior probabilidade de desenvolver um pensamento egocêntrico, pouco recíproco, com distorções acentuadas de conceitos morais, como o de transgressão, justiça ou solidariedade (Basanta Dopico, 2000 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

A punição física, a privação de privilégios e as ameaças podem provocar na criança emoções intensas, como hostilidade, medo e ansiedade, interferindo na sua capacidade para ajustar o seu comportamento à situação (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003).

Pires (1999 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003) afirma que a punição física gera uma confusão de sentimentos, ocasionando a falta de discernimento entre amor, ódio e submissão. Desta forma, prejudica a capacidade da criança para adequar o seu comportamento às exigências dos pais, diminuindo, assim, a reciprocidade.

Factores de risco para a ocorrência dos maus-tratos

Vários estudos e investigações levadas a cabo no âmbito dos maus-tratos indicam um conjunto de factores que predis põem à ocorrência de comportamentos violentos e de indiferença contra crianças situados a vários níveis, entre os quais se destacam (Machado, 2006): factores jurídico-políticos, culturais, comunitários, familiares, da relação diádica – progenitor maltratante/criança maltratada e factores individuais.

Todavia, os factores de risco apontados não têm um valor preditivo, isto é, existem uma série de variáveis que medeiam a relação entre os mesmos e a emergência de maus-tratos. Conquanto, é necessário que sejam avaliados e considerados em situações de violência (Machado & Gonçalves, 2002).

A identificação e o estudo de factores que parecem aumentar o risco para os maus-tratos podem auxiliar no manejo do problema (Pires & Miyazaki, 2005). No entanto, antes de identificar os factores que parecem aumentar o risco para os maus-tratos, é importante identificar a ocorrência dos maus-tratos, visando proteger a criança e favorecer a intervenção frente ao problema.

Nenhum dos factores supracitados pode ser visto como causa isolada dos maus-tratos. É importante analisar toda a teia de relações e a multiplicidade de factores (situados a vários níveis) que estão na base da emergência e perpetuação dos maus-tratos (Machado, 1996).

Factores jurídico-políticos

Machado (1996) considera estes factores de extrema importância na definição, criminalização e protecção em situações de maus-tratos. Directamente relacionados com o estatuto e direito das crianças e com o sistema jurídico-penal e de justiça de menores, não são os mesmos em toda a parte do mundo.

A presença ou ausência de decisões sócio-políticas e económicas salutaras num governo podem gerar condições que facilitam ou dificultam a ocorrência de abuso no microsistema familiar (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003). Assim, para que as crianças possam ser protegidas e para que os maus-tratos sejam vistos como algo repreensível, social e moralmente incorrecto, tem que existir um conjunto de leis jurídicas voltadas para a protecção dos direitos dos mais novos.

Factores culturais

A este nível destacam-se as atitudes positivas e justificativas do uso da punição física e os níveis de tolerância social como factores que funcionam como uma fonte de legitimação da violência como estratégia educativa (Machado, 1996), a visão cultural de posse da criança que deve obedecer instintivamente aos pais e a ausência de compromisso para com os direitos da criança (Koller, 1999 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003).

Estes actos são vistos como a consequência de uma tendência generalizada na sociedade para educar as crianças, conduzindo à aplicação de métodos de educação rígidos e excessivos. É o hábito de utilizar por exemplo, os castigos corporais, como meio de educação das crianças, que constitui uma das causas dos maus-tratos.

Em parte, a causa do aumento deste tipo de situações, deve-se à cultura e aos princípios morais vigentes na sociedade portuguesa. Estas explicações de natureza mais sociológica, enfatizam a forma como as normas culturais referentes à autoridade e ao poder criam posições estruturalmente mais vulneráveis para as crianças no contexto familiar e toleram as condutas violentas de que são alvo (Gil, 1975 cit. in Machado, Gonçalves & Vila-Lobos, 2002). Inicialmente pensava-se que o castigo corporal era devido a impulsos momentâneos de cólera ou agressividade, mas pelo contrário, ele está relacionado com a crença no seu papel como método legítimo de educação e ensino da disciplina. Este facto ajuda a compreender a sua persistência ao longo dos tempos até aos nossos dias (Canha, 2003).

Factores comunitários

Neste ponto destacam-se a rede de suporte formal rede de suporte informal e aspectos ambientais (Machado, 1996).

Na perspectiva social, o risco de abuso físico intrafamiliar está relacionado com o isolamento social, com a falta de uma rede de apoio social e afectivo e com eventos stressantes, como dificuldades financeiras, desemprego (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003) e a dificuldade em ingressar no mercado de trabalho que reduzem o envolvimento parental e aumentam a probabilidade de utilização de disciplina severa (Simons, Lorenz, Conger & Wu, 1992; Steinberg, Catalano & Dooley, 1981 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003).

O desemprego, a pobreza e a violência contribuem para que as famílias não tenham acesso a recursos básicos como a saúde, a educação e o trabalho, limitando as suas possibilidades para o estabelecimento de redes de apoio, levando, assim, ao isolamento e, eventualmente, ao abuso intrafamiliar (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003). De facto, a pobreza parece constituir um persistente factor de risco, sendo que o abuso físico e a negligência, sobretudo a negligência física, são mais comuns em famílias que vivem em condições de carência económica (Bethea, 1999 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Um estudo realizado por Crouch, Milner e Thompen (2001 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003) confirma a associação entre o risco de abuso físico e a percepção de ausência de uma rede de apoio. Pais abusivos recebem significativamente menos apoio emocional e instrumental de amigos ou parentes, pessoas essas que poderiam impedir as suas atitudes agressivas (Coohey, 2000 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003).

Por sua vez os aspectos ambientais (e.g., o barulho, a poluição, etc.) podem constituir uma fonte adicional de stress para a família (Machado, 1996) e, conseqüentemente, despoletar comportamentos violentos.

Factores familiares

A família é, na maior parte das sociedades, a realidade matricial da criança, no seio da qual esta se configura genética, psicológica e socialmente. Mas sabe-se, também, que a família poderá constituir o contexto em que os maus-tratos infantis poderão ser mais expressivos (Martins, 2000). De certo modo, se por um lado, é a família que constrói a infância tal como ela é actualmente percebida, por outro lado, ela também é capaz de prejudicá-la e destruí-la. Na verdade, este fenómeno social reforça a ideia da desidealização da família como espaço estrutural fundamental para o desenvolvimento saudável da criança.

Vesterbral (1980) considera os maus-tratos como um sintoma de grave disfuncionamento, uma espécie de doença psicossocial da família. É um problema que está particularmente associado, quer com um clima de violência familiar, quer com anomalias na relação entre pais e filhos. Não surpreende, portanto, que certas crianças ao vivenciarem este tipo de ambiente familiar violento tendem a adotar os mesmos comportamentos nas suas relações interpessoais.

A situação familiar envolvida nos maus-tratos é muito complicada. Os pais, frequentemente, têm uma baixa auto-estima, vivências inadequadas, divórcios, pobre utilização de recursos da comunidade e passividade excessiva. Estas experiências levam-nos a usar os filhos para canalizar as suas frustrações, deslocando sobre os mesmos conflitos conjugais; a agressão está enraizada na maneira de ser (Krynski et al., 1985; Mirabal, 1988; Taylor, 1992 cit. in Scherer & Scherer, 2000).

O baixo nível sócio-económico e educativo parecem, também, contribuir para os maus-tratos na medida em que tem sido referido como estando associado a um alto nível de stress experienciado pela família, que os leva a responder de uma forma emocionalmente mais activa. Destaca-se, também, o menor recurso às estruturas de suporte social, a práticas educativas baseadas no recurso à autoridade e na crença de que o comportamento disfuncional da criança coloca em causa a autoridade e estatuto parental (Machado, 1996).

Existem outros factores que podem predispor à violência como a falta de comunicação e de confiança, a estrutura e a configuração familiar – por exemplo famílias monoparentais, maternidade na adolescência, ausência do pai, famílias numerosas (De Antoni, 2000; De Antoni & Koller, 2000; Koller, 1999 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003) e a crença em práticas educativas pelo uso da violência como uma estratégia para a resolução de conflitos (Machado, 1996).

Relativamente às famílias monoparentais, este aspecto pode constituir risco para os maus-tratos, na medida em que está associado à carência económica e ao maior isolamento social, como resultado da censura social a que estas famílias estão sujeitas. Por outro lado, a ausência de um progenitor que poderia ser a figura reguladora das interações familiares pode, também, aumentar o risco para a ocorrência e manutenção dos maus-tratos. A parentalidade precoce parece estar associada a uma maior imaturidade e, consequentemente, a menores recursos de *coping* adaptativos perante situações adversas (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003).

Vários autores (e.g., DeLorenzi et al., 2001) referem outras variáveis que propiciam situações de maus-tratos, nomeadamente a ausência de pai ou mãe natural e a convivência entre filhos de pais diferentes dentro do mesmo domicílio.

Machado (1996) destaca, ainda, outros aspectos familiares, como a reacção do progenitor não directamente implicado no abuso e a violência conjugal. Relativamente ao primeiro diz que este elemento pode funcionar como um equilíbrio nas relações familiares ou, pelo contrário, reforçar o uso da violência como estratégia educativa; em relação à existência da violência conjugal, esta pode funcionar como um factor de risco para que a violência se instale noutros membros da família. Além de que, a violência e o conflito conjugal podem produzir a um ciclo de escalada na família, em que as reacções comportamentais e emocionais da criança à violência criam uma fonte de stress adicional na relação conjugal e agrava a situação já deteriorada.

Factores da relação – progenitor maltratante/criança maltratada

Relativamente a esta questão Machado (1996) destaca factores que se situam ao nível dos pais e factores que se situam ao nível da criança.

Ao nível dos pais destaca-se, por exemplo, a vinculação precoce dos progenitores implicados no abuso, pautada pela insegurança. Muitas vezes, os progenitores foram vítimas de experiências afectivas precoces inadequadas e/ou abuso, o que parece estar associado a expectativas negativas face aos outros, à crença de que os afectos não estão disponíveis e de que a confiança é frequentemente traída.

Assim, revelam na relação com os filhos, baixa expressividade emocional, o que dificulta a auto-regulação da criança; baixa capacidade de discriminação emocional, isto é, têm dificuldade em identificar e descodificar os sinais emocionais emitidos pela criança; e baixo nível de interacções positivas com a criança, prevalecendo as interacções aversivas e que envolvem formas mais excessivas de controlo físico e verbal que excedem as exigências da situação. Acresce, ainda, que, muitas vezes, estes pais desenvolvem expectativas irrealistas face à criança, pelo que quando o filho não se comporta conforme o desejado pelos pais, estes fazem atribuições negativas centradas no menor (Wolfe, 1988; McCaghy, 1985 cit. in Machado, 1996).

Ao nível das crianças poderão, também, ser apontados vários factores que proporcionam situações de violência (Machado, 1996), como a baixa capacidade de expressão e de discriminação emocional que reforça a escalada de agressão perante situações adversas, uma vez que quer os progenitores, quer os seus filhos são incapazes de exprimir e descodificar sinais emocionais, pelo que a comunicação parece ser, essencialmente, feita por comportamentos.

Um outro aspecto referido diz respeito aos comportamentos disfuncionais das crianças maltratadas. O que parece acontecer nestas famílias é um ciclo coercivo, ou seja, a baixa tolerância ao stress, as escassas competências educativas e a preferência de estratégias aversivas por parte dos progenitores leva, através da modelagem, a um aumento da tolerância da criança face à punição. Associado a este factor, a criança desenvolve padrões de desconfiança interpessoal, o que pode exacerbar os seus problemas comportamentais, aumentando, assim, o nível de stress experienciado pelos pais. Deste modo, os pais vão tentar pôr fim a estes comportamentos e, se o conseguirem, através do uso da violência, tal vai reforçar negativamente o recurso a esta estratégia educativa (Wolfe, 1988; McCaghy, 1985; Fuster et al., 1988 cit. in Machado, 1996).

Factores individuais

Alguns investigadores reconhecem que existem certos traços de carácter susceptíveis de favorecer a passagem aos actos violentos. Citam como traços de carácter comuns a estes pais os seguintes: falta de confiança em si, baixa tolerância à frustração; solidão, imaturidade, dependência, ciúme, história de abuso, baixa auto-estima, prostituição, imaturidade e perturbações da conduta, desordens psiquiátricas e psicológicas (Pires & Miyazaki, 2005).

Ainda recentemente, Milner e Dopke (1997, cit. in Figueiredo, 1998) elaboraram uma revisão de estudos empíricos, na qual fundamentam que certas características dos pais propiciam a ocorrência de maus tratos e salientam um conjunto de circunstâncias biológicas (por exemplo, factores psicológicos, tais como a reactividade ao stress), cognitivo-emocionais (como a auto-estima, força do ego, percepções e expectativas relativas ao comportamento da criança, atribuições causais, stress, psicopatologia, problemas emocionais, afectividade negativa e empatia) e comportamentais (tais como, isolamento, dificuldades na interacção

com a criança, competências para lidar, vinculação e uso de álcool e droga). O álcool e a droga constituem um dos principais factores que favorecem, consideravelmente, o disfuncionamento da célula familiar e em muitos casos, são responsáveis pela manifestação de actos violentos em crianças no seio familiar.

Segundo Bolger, Thomas e Eckenrode (1997 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003), as limitações cognitivas ou de julgamento dos pais ou cuidadores podem levar os pais ou cuidadores a reagirem de forma violenta perante os estágios de desenvolvimento esperados na criança (como, por exemplo, a imaturidade para o controle dos esfíncteres nos bebés) ou evidenciar a incapacidade de identificar possíveis riscos no ambiente (como, por exemplo, permitir que a criança brinque com os sacos plásticos ou fogo).

A relação entre pais-filhos, por vezes, poderá ser perturbada por factores próprios da criança. Parece que esta é, no contexto familiar, mais alvo de maus tratos, isto porque, pensa-se que algumas circunstâncias ou aspectos tornam-na mais vulnerável à vitimização, designadamente, o seu estado de dependência em relação ao adulto, a sua imaturidade, bem como seu menor estatuto físico (Figueiredo, 1998). Esta situação é geralmente reforçada por outros factores, nomeadamente, gravidez e sexo não desejado, gravidez difícil e parto doloroso, presença de uma perturbação congénita e pelo facto da criança apresentar comportamentos difíceis.

São, igualmente, condições associadas à vítima dependência própria da infância, condições de saúde que exigem maiores cuidados (prematuridade, doenças neurológicas, doenças graves, distúrbios psicológicos, do sono, da alimentação e dos esfíncteres) (World, Health Organization, 2003 cit. in Pires & Miyazaki, 2005).

Machado (1996) destaca, ainda, problemas comportamentais e emocionais das crianças, tais como, maior agressividade em relação aos pares; dificuldades de auto-controle; desequilíbrio afectivo-cognitivo; falhas ao nível das competências sociais; dificuldades ao

nível da realização escolar; crianças que não correspondem às expectativas dos pais (e.g., crianças prematuras; portadoras de handicaps físicos ou mentais; dificuldades desenvolvimentais exibidas pela criança, etc.); e a separação da mãe no período pós-parto.

Objectivos e metodologia da investigação

Objectivos

As crianças vítimas de maus-tratos podem vir a desenvolver uma série de problemas que influenciam significativamente vários domínios da sua vida, tal como foi abordado no capítulo anterior. Assim, este estudo tem como principal objectivo identificar o tipo de problemas comportamentais apresentados por estas crianças, recorrendo a diferentes informantes e contextos de vida das mesmas, para que possam ser desenvolvidas formas de actuação que minimizem estas dificuldades e, também, identificar factores e/ou características comuns às famílias maltratantes de modo a serem elaboradas estratégias de prevenção adequadas e eficazes. Desta forma, o presente estudo poderá constituir uma importante base teórica para os técnicos que trabalham no âmbito da problemática dos maus-tratos, nomeadamente os técnicos das Comissões de Promoção e de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.

Como objectivos específicos do estudo foram delineados os seguintes:

- a) Conhecer às principais características sócio-demográficas e familiares que estão presentes nas famílias maltratantes;
- b) Compreender o modo de funcionamento das crianças maltratadas em contexto escolar, familiar e segundo a sua própria perspectiva;
- c) Perceber a relação que existe entre as várias áreas de funcionamento das crianças sob diferentes perspectivas;
- d) Relacionar as várias áreas de funcionamento com os perfis comportamentais (internalização e externalização) das crianças maltratadas;

- e) Traçar um padrão comportamental das crianças e jovens sob a perspectiva dos professores, pais e menores e discutir as diferenças encontradas.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 60 crianças entre os 6 e os 16 anos de idade (Média etária=11,40; DP=2,812), sendo 21 do sexo feminino (35%) e 39 do sexo masculino (65%).

A amostra foi recolhida em 5 Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) e que correspondem a 5 concelhos diferentes, consoante a área de actuação das mesmas, sendo 7 crianças acompanhadas pela CPCJ de Valpaços (11,7%), 5 pela CPCJ de Montalegre (8,3%), 18 pela CPCJ de Ribeira de Pena (30%), 15 pela CPCJ de Chaves (25%) e 15 pela CPCJ de Vila Pouca de Aguiar (25%).

As 60 crianças que compõem a amostra frequentam distintos níveis de escolaridade, desde o 1º ano do Ensino Básico até ao 10º ano (cf. Tabela 1), com particular incidência para o 3º ano de escolaridade (18,3%). Existem menos crianças a frequentar o 1º ano de escolaridade e os anos mais avançados como o 9º e o 10º ano.

Tabela 1

Distribuição por Escolaridade (N=60)

Escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem	Percentagem
			Válida	Acumulada
1º ano	2	3,3	3,3	3,3
2º ano	8	13,3	13,3	16,6
3º ano	11	18,3	18,3	34,9
4º ano	8	13,3	13,3	48,2
5º ano	8	13,3	13,3	61,5
6º ano	8	13,3	13,3	74,8
7º ano	6	10,0	10,0	84,8
8º ano	6	10,0	10,0	94,8
9º ano	2	3,3	3,3	98,1
10º ano	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Dentro da amostra das 60 crianças existem relações de fratria, distinguindo-se, por isso, 41 famílias. Destas, 31 vivem num local onde predominam as características rurais (78%), 7 famílias residem num meio onde não existe predominância de características rurais ou urbanas, designado misto (17,1%) e apenas 2 famílias vivem num meio predominantemente urbano (4,9%).

No que diz respeito ao rendimento familiar, e voltando a considerar as 41 famílias, verifica-se que 16 destas têm um rendimento mensal igual ou inferior a 300 euros (39%) e que 14 famílias têm um rendimento entre os 301 e os 500 euros, o que perfaz 34,1% do total das famílias. Seguem-se 9 famílias que recebem entre 501 e 800 euros (22%) e apenas 2 famílias com um rendimento mensal superior a 800 euros (4,9%) (cf. Tabela 2). De facto, o baixo rendimento familiar é considerado um factor de risco para a ocorrência dos maus-tratos e é referido com frequência na literatura.

Tabela 2

Distribuição por Rendimento Familiar Mensal (N=41)

Rendimento (euros)	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Até 300	16	39,0	39,0	39,0
301 a 500	14	34,1	34,1	73,2
501 a 800	9	22,0	22,0	95,1
Mais de 800	2	4,9	4,9	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Em relação ao número de elementos que constituem cada uma das 41 famílias, constata-se que 13 famílias são constituídas por 4 elementos (31,7%), seguindo-se 9 famílias das quais fazem parte 5 elementos (22,9%), 8 famílias que integram 3 elementos (19,5%) e 5 famílias com apenas 2 elementos (12,2%). São menos frequentes famílias muito numerosas com 6, 7, 8 ou 9 elementos (14,6%, no total) (cf. Tabela 3), embora a literatura indique que os maus-tratos ocorrem com mais frequência em famílias com um elevado número de elementos a coabitarem.

Tabela 3

Distribuição por Número de Elementos do Agregado Familiar (N=41)

Número de Elementos	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
2	5	12,2	12,2	12,2
3	8	19,5	19,5	31,7
4	13	31,7	31,7	63,4
5	9	22,0	22,0	85,4
6	2	4,9	4,9	90,2
7	2	4,9	4,9	95,1
8	1	2,4	2,4	97,6
9	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Se considerarmos o total de figuras maltratantes, encontramos 58 ofensores com idades compreendidas entre os 30 e os 82 anos (Média etária = 45,02; DP = 10, 774), sendo 30 do sexo feminino (51,7%) e 28 do sexo masculino (48,3%).

Relativamente à escolaridade do autor dos maus-tratos, constata-se que à medida que se sobe na escolaridade os maus-tratos são menos frequentes. Assim, em 28 dos casos, o ofensor tem o 1º ciclo do Ensino Básico completo (antiga 4ª classe), o que corresponde a quase metade do total dos ofensores (48,3%), 9 têm o 1º ciclo do Ensino Básico incompleto, 7 não têm qualquer estudo (12,1%) e 7 têm o 2º ciclo do Ensino Básico. Os restantes distribuem-se pelo 3º ciclo do Ensino Básico completo, 3º ciclo do Ensino Básico incompleto, 2º ciclo do Ensino Básico incompleto e Ensino Secundário incompleto (12,1%) (cf. Tabela 4). Baixos níveis de escolaridade têm sido referidos como estando associados a maiores níveis de stress que, juntamente com outros factores, podem originar comportamentos violentos contra as crianças (Machado, 1996). Assim, a baixa escolaridade encontrada nesta amostra específica poderá constituir um factor que contribui para os maus-tratos contra crianças.

Tabela 4

Distribuição por escolaridade do Autor dos Maus-Tratos (N=58)

Escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem	Percentagem
			Válida	Acumulada
Sem estudos	7	12,1	12,1	12,1
1º ciclo incompleto	9	15,5	15,5	27,6
1º ciclo	28	48,3	48,3	75,9
2º ciclo incompleto	1	1,7	1,7	77,6
2º ciclo	7	12,1	12,1	89,7
3º ciclo incompleto	2	3,4	3,4	93,1
3º ciclo	3	5,2	5,2	98,3
Secundário incompleto	1	1,7	1,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

No que respeita à actividade profissional do ofensor, verifica-se uma maior incidência de ofensores com emprego a tempo inteiro e desempregados, perfazendo 25 do total dos ofensores (43,1%). As situações de emprego a tempo parcial ou estudante são menos frequentes (cf. Tabela 5).

Esta elevada frequência de empregados a tempo inteiro, poderia indicar uma maior estabilidade financeira, no entanto este aspecto não vai de encontro ao baixo rendimento mensal das famílias, talvez porque a/o companheiro/a não trabalham ou porque se tratam de trabalhos precários e mal remunerados. Surgem, também, muitos ofensores desempregados e domésticas (quando se trata de ofensores do sexo feminino) o que vai de encontro à literatura que diz que a prevalência dos maus-tratos contra as crianças é superior em situações de

desemprego do que quando existe um emprego, sobretudo quando se trata do progenitor (Strauss & Smith, 1995 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002).

Tabela 5

Distribuição por Actividade Profissional do Autor dos Maus-Tratos (N=58)

Actividade Profissional	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Desempregado	12	20,7	20,7	20,7
Estudante	1	1,7	1,7	22,4
Emprego temporário	10	17,2	17,2	39,7
Emprego a tempo parcial	3	5,2	5,2	44,8
Emprego a tempo inteiro	13	22,4	22,4	67,2
Reformado	9	15,5	15,5	82,8
Doméstica	10	17,2	17,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Do total dos autores dos maus-tratos, 22 têm hábitos de abuso de álcool ou drogas (37, 9%), sendo 16 do sexo masculino e 6 do sexo feminino e apenas 3 possuem algum tipo de psicopatologia comprovada (5,2%), sendo 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A existência de comportamentos de abuso de álcool e drogas por parte de ofensores contra menores por um lado, e a presença de psicopatologia por outro, foram demonstradas por vários estudos. Estes factores são propiciadores de relacionamentos familiares disfuncionais e favorecem a manifestação de atitudes violentas contra as crianças (Milner & Dopke, 1997 cit. in Figueiredo, 1998).

Procedimento

Em primeiro lugar, o Presidente da Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Perigo foi informado da intenção do estudo e dos objectivos pretendidos.

A seguir, foi dirigido um pedido de autorização aos presidentes de cada Comissão de Protecção de Menores que contribuíram para o estudo, nas condições da Lei de Promoção e Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro: “1) *“A comissão de protecção ou o tribunal podem autorizar a consulta dos processos por instituições credenciadas no domínio científico, ficando todos aqueles que lhe tiverem acesso obrigados a dever de segredo relativamente àquilo de que tomarem conhecimento”*; 2) *“A divulgação de quaisquer estudos deve ser feita de modo a que se torne impossível a identificação das pessoas a quem a informação disser respeito”*; 3) *“Para fins científicos podem, com autorização da comissão restrita de protecção ou juiz, ser publicadas peças de processos, desde que se impossibilite a identificação da criança ou jovem, seus familiares e restantes pessoas nelas referidas”*.”

Solicitou-se, ainda, apoio logístico aos Agrupamentos de Escolas frequentados pelas crianças sempre que fosse necessário utilizar as suas instalações para a realização de entrevistas com os pais, crianças e professores.

Foi requerido a cada Comissão envolvida no estudo que indicasse todas as famílias sinalizadas e/ou em acompanhamento, cuja existência de maus-tratos estava devidamente confirmada, com a condição das crianças estarem em idade escolar e de serem excluídas todas as crianças com deficiência mental ou incapacidade cognitiva, uma vez que os resultados obtidos poderiam ser efeito da deficiência ou limitação e não dever-se aos maus-tratos. As CPCJ's indicaram todas as crianças/famílias com as características pretendidas e apenas duas famílias (cada uma com uma criança sinalizada) não foram integradas no estudo, por opção da

família que não quis participar. Obteve-se, assim, aproximadamente, 96,8% da amostra pretendida e representativa das CPCJ's da Região do Alto Tâmega.

Neste estudo não foi contemplada nenhuma situação de abuso sexual, porque, sendo crime, não são directamente acompanhadas pelas Comissões de Protecção de menores, conforme o exposto no Artigo 70.º da Lei supracitada que postula que quando os factos que tenham determinado a situação de perigo constituam crime, as CPCJ's devem comunicá-los ao Ministério Público ou às entidades policiais.

A seguir, procedeu-se à consulta do processo da criança ou jovem em risco para a recolha de dados sócio-demográficos e características familiares considerados relevantes para o estudo.

Os contactos com as crianças foram, maioritariamente, realizados na escola, sendo que com as crianças com idade inferior aos 11 anos se recorreu à realização de uma entrevista semi-estruturada – *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)* – e aos jovens com idade igual ou superior aos 11 anos foi-lhes pedido que preenchessem o instrumento YSR – *Youth Self-Report*. Optou-se desta forma para seguir a sugestão de Gonçalves & Simões (2000) que referem que a SCICA é pouco adequada para ser utilizada com adolescentes mais velhos, além de que o perfil não está adaptado para crianças com idade superior a 12 anos. Assim, do total das 60 crianças jovens que participaram no estudo, a 25 aplicou-se a SCICA e 35 preencheram a YSR.

Nas situações em que se recorreu à aplicação da entrevista (SCICA) houve, por vezes, a necessidade de mais que um contacto com a criança para se criar um clima de confiança e à vontade.

O contacto com os pais ou responsáveis pela criança foi levado a cabo pelas CPCJ's com o objectivo de marcar uma hora para o preenchimento do instrumento CBCL – *Child*

Behavior Checklist – nas instalações da Comissão, na escola que o(a) filho(a) frequenta ou no local de residência.

Em simultâneo, foi efectuado contacto com os professores das crianças ou directores de turma aos quais foi solicitado que preenchessem a TRF – *Teacher Report Form* – relativamente aos alunos em estudo.

Instrumentos

Foram utilizados quatro instrumentos do Modelo Multiaxial de Achenbach – ASEBA (*Achenbach System of Based Assessment*) para a avaliação clínica de crianças e jovens: *Child Behavior Checklist* (CBCL), *Teacher Report Form* (TRF), *Youth Self-Report* (YSR) e *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA). A seguir são apresentadas as características de cada instrumento (cf. Gonçalves & Simões, 2000).

Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF) e Youth Self-Report (YSR)

Estas três provas possuem uma estrutura análoga, sendo destinadas, respectivamente, aos pais, aos professores e à própria criança. O CBCL (*Child Behavior Checklist*) é aplicável a pais de crianças entre os 4 e aos 18 anos, o TRF (*Teacher Report Form*) a crianças em idade escolar e o YSR (*Youth Self-Report*) a jovens entre os 11 e os 18 anos (cf. Quadro 1).

Quadro 1

Instrumentos de avaliação do impacto dos maus-tratos

Informador	Instrumento	Tipo de instrumento	Idade
Pais	CBCL – <i>Child Behavior Checklist</i>	Inventário	4-18 anos
Professores	TRF – <i>Teacher Report Form</i>	Inventário	Idade escolar
Criança	SCICA – <i>Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents</i>	Entrevista	6-18
Jovem	YSR – <i>Youth Self-Report</i>	Inventário	11-18

São instrumentos que contêm descrições simples de comportamentos problemáticos da criança (e.g., “discute muito”) e que os informadores devem cotar como 0 (a afirmação não é verdadeira), 1 (a afirmação é algumas vezes verdadeira) ou 2 (a afirmação é muito verdadeira) para os últimos 6 meses (excepto o TRF, que deve ser respondida tendo em consideração os últimos 2 meses). Estes comportamentos problemáticos permitem a construção de um perfil em que existe um ponto de corte (percentil 98), estando os itens agrupados em síndromas. Do conjunto de itens problemáticos existentes nos três instrumentos (respectivamente: 118, 113 e 112 no total), 89 são comuns. Isto permite, para além da comparação das pontuações nos diferentes síndromas (que coincidem nos diferentes instrumentos), uma comparação mais fina, item a item. Existe, ainda um terceiro nível, para além dos itens e das subescalas, que corresponde às escalas de internalização e de externalização e a pontuação total. As escalas de internalização e de externalização são

obtidas a partir dos somatórios de escalas de primeira ordem e a pontuação total calcula-se adicionando todos os itens.

Os 8 síndromas (factores ou subescalas) identificados nos questionários são os seguintes (cf. Gonçalves & Simões, 2000):

1. *Isolamento* – contém itens como “*gosta de estar só*”, “*é tímido ou envergonhado*”, “*é reservado, guarda as coisas para si*”; está associado a isolamento ou mal-estar interpessoal e energia reduzida. Surge frequentemente em quadros depressivos ou evitantes. É um síndrome que satura na internalização;

2. *Queixas somáticas* – inclui itens como “*cansado*”, “*tonturas*” ou queixas físicas diversas sem causa médica conhecida (e.g., “*dores de cabeça*”). A elevação deste factor está associada a uma tendência para a somatização, surgindo frequentemente em perturbações deste tipo. É também um síndrome de internalização;

3. *Ansiedade/Depressão* – contém itens como “*chora*”, “*tem medo de cometer erros*”, “*é triste*”. Embora seja fácil distinguir os itens associados à depressão e à ansiedade, a análise factorial não separou estas duas dimensões, o que não surpreende tendo em conta a enorme co-morbilidade que é frequentemente apontada entre as duas perturbações (cf. Seligman & Ollendick, 1998 cit. Gonçalves & Simões, 2000). Este factor satura na internalização e está associada aos diagnósticos categoriais de ansiedade e depressão;

4. *Problemas sociais* – engloba itens como “*é muito dependente*”, “*as outras crianças não gostam dele(a)*”, “*não se dá bem com as outras crianças*”. Este factor não satura na internalização nem na externalização;

5. *Problemas de atenção* – contém itens como “*não se consegue concentrar*”, “*tem dificuldade em seguir instruções*”, “*não consegue ficar sentado, sossegado*” e está associado ao diagnóstico categorial de perturbação de hiperactividade e défice de atenção. Não satura na internalização nem na externalização;

6. *Problemas de pensamento* – inclui itens como “*ouve coisas que não estão presentes*”, “*vê coisas que não estão presentes*”, “*compulsões*”. Pode surgir elevado em perturbações psicóticas ou em quadros obsessivo-compulsivos. Tal como os dois síndromas anteriores, não se situa na internalização nem na externalização;

7. *Comportamento agressivo* – contém itens como “*discute muito*”, “*ameaça ferir as pessoas*”, “*agride fisicamente outras pessoas*”. Este factor representa um comportamento de desafio aberto. É um síndrome de externalização e surge associado, entre outras, às perturbações de desafio ou oposição e de conduta;

8. *Comportamento delinquente* – contém itens como “*rouba coisas em casa*”, “*consome álcool ou drogas*”, “*já provocou fogos*”. Trata-se de um comportamento de desafio mais interiorizado, associado a características típicas das perturbações da conduta. Tal como o anterior, satura na externalização.

O CBCL, o TRF e o YSR são, entre os instrumentos que permitem uma descrição e caracterização do comportamento da criança, a partir do recurso a diferentes informadores (pais, professores, a própria criança), os mais utilizados e conhecidos (cf. Kamphaus, Petoskey & Rowe, 2000; Maruish, 1999 cit. in Gonçalves & Simões, 2000). São, possivelmente, as melhores provas para avaliar as percepções acerca dos comportamentos

da criança por parte dos pais (CBCL), professores (TRF) e da própria criança ou adolescente (YSR) em contextos clínicos e escolares. São, particularmente úteis no exame do grau de acordo entre diferentes interlocutores, para identificar as linhas base, antes da planificação da intervenção em diferentes contextos e, finalmente, para monitorizar a intervenção e os seus efeitos (Gonçalves & Simões, 2000).

Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)

A SCICA é uma entrevista semi-estruturada aplicável dos 6 aos 18 anos (cf. McConaughy & Achenbach, 1994 cit. in Gonçalves & Simões, 2000) com uma estrutura flexível, permitindo a compreensão dos elementos ideográficos específicos de cada caso, mas a sua natureza semi-estruturada permite, também, a comparação nomotética para uma análise das características psicométricas do ponto de vista do desenvolvimento.

Apesar de se tratar de uma entrevista, permite uma análise quantitativa dos dados. Cada comportamento observado ou relatado pode ser codificado da seguinte forma: 0 – se não há nenhuma ocorrência; 1 – se houver uma ocorrência pequena ou ambígua; 2- se houver uma ocorrência significativa, de mínima a moderada intensidade e de duração inferior a 3 minutos; 3 – se houver uma ocorrência definitiva de intensidade severa ou com 3 ou mais minutos de duração.

Esta entrevista contém 3 componentes – o protocolo, os formulários de observação e de auto-relato e o perfil:

Protocolo – Para a administração da entrevista, existe um protocolo com questões sobre um conjunto de 9 tópicos (e.g., escola, amigos, família, problemas avaliados pelos outros informadores). A administração da entrevista é flexível, devendo procurar não se impor uma

estrutura do tipo inquérito. A única imposição rígida refere-se à necessidade de desenvolver a segunda parte da entrevista depois da primeira, dado que esta parte contém questões mais sensíveis. Deve-se procurar registar integralmente o discurso da criança e estar simultaneamente atento aos aspectos comportamentais;

Formulários de observação e auto-relato – O formulário de observação contém 121 itens e o de auto-relato 113. Estes itens devem ser codificados de 0 (sem ocorrência) até 3 (intensidade severa). Muitos dos itens de observação são análogos aos da grelha de observação do comportamento;

Perfil – a partir dos formulários é possível construir um perfil, semelhante aos perfis da CBCL e materiais análogos. Contudo, pela natureza da tarefa, este perfil contém algumas subescalas diferentes. As subescalas foram obtidas a partir da análise factorial e são as seguintes:

1. *Ansiedade/Depressão* – Trata-se de uma subescala derivada do auto-relato e é semelhante ao síndrome com a mesma designação no CBCL e materiais análogos (e.g., “*relata ser medroso ou ansioso*”). Correlaciona-se com a Ansiedade/Depressão no CBCL ($r=.23$, $p<0.01$) e com o isolamento no TRF ($r=.22$, $p<0.01$);

2. *Comportamento ansioso* – É uma subescala sem equivalente no CBCL e materiais análogos, porque avalia o comportamento ansioso através da observação (e.g., “*tem medo de cometer erros*”). Esta subescala e a anterior saturam no factor de Internalização. Não surge nenhuma correlação altamente significativa com o CBCL ou com o TRF;

3. *Problemas familiares* – é uma subescala obtida a partir do auto-relato e sem equivalente nos outros questionários (e.g., “*relata ser tratado injustamente em casa*”, “*relata falta de atenção por parte dos pais*”). Não satura nem na Externalização, nem na Internalização. Correlaciona-se com as *Queixas Somáticas* no CBCL ($r=.24$, $p < 0.01$) e no TRF ($r=.20$, $p < 0.01$);

4. *Isolamento* – apesar de no CBCL e materiais análogos existir um síndrome de isolamento, aqui o *Isolamento* é obtido a partir da observação (e.g., “*é apático ou desmotivado*”, “*evita o contacto ocular*”). O *Isolamento* não satura nem na Internalização, nem na Externalização. As correlações com o CBCL permitem identificar uma correlação altamente significativa com o *Isolamento* ($r=.35$, $p < 0.01$). Com o TRF a única correlação altamente significativa que surge é também com o *Isolamento* ($r=.19$, $p < 0.01$).

5. *Comportamento agressivo* – é obtido a partir do auto-relato e é semelhante ao síndrome com a mesma designação no CBCL e materiais análogos (e.g., “*relata envolver-se em lutas físicas*”, “*relata ter destruído propriedade pertencente a outros*”). Este, tal como os seguintes síndromas, satura no factor de Externalização. Correlaciona-se com o *Comportamento agressivo* no CBCL ($r=.43$, $p < 0.01$) e no TRF ($r=.44$, $p < 0.01$);

6. *Problemas de atenção* – é um factor de observação e corresponde a comportamentos que reflectem dificuldades atencionais (e.g., “*não se consegue concentrar*”, “*distrai-se com facilidade*”). Correlaciona-se com os *Problemas de atenção* no CBCL ($r=.37$, $p < 0.01$) e no TRF ($r=.41$, $p < 0.01$);

7. *Comportamento estranho* – é também um factor de observação e contém itens que o aproximam dos *Problemas de pensamento* do CBCL e dos outros inventários (e.g., “*ideias estranhas*”), mas, curiosamente, correlaciona-se sobretudo com os *Problemas sociais* do CBCL ($r=.26$, $p<0.01$) e com *Problemas de pensamento* no TRF ($r=.33$, $p<0.01$);

8. *Comportamento de oposição* – é um factor de observação e contém itens que o aproximam das escalas de Externalização do CBCL e materiais análogos (e.g., “*impaciente*”, “*fora da tarefa*”). Correlaciona-se com os *Problemas sociais* no CBCL ($r=.41$, $p<0.01$), mas sobretudo com o *Comportamento agressivo* no TRF ($r=.52$, $p<0.01$).

A partir do perfil é possível obter totais parciais para a Internalização, Externalização, total de problemas sob a forma de problemas de auto-relato e sob a forma de observação.

Um dos problemas não resolvidos é que o perfil só está adaptado entre os 6 e os 12 anos e não tem verdadeiros pontos de corte, dada a ausência de uma amostra normativa de dimensões significativas que tenha sido objecto de estudo.

Foi ainda utilizado um instrumento de recolha de dados relevantes, que constam nos processos das CPCJ's, e que permitem uma caracterização sócio-demográfica das famílias e da problemática dos maus-tratos: motivo da sinalização, autor(es) dos maus-tratos, pessoas com quem vive a criança, nível sócio económico do agregado familiar, idade, escolaridade e actividade profissional do(s) ofensor(es), alcoolismo e/ou problemas com drogas e presença de psicopatologia nos ofensores.

Modelo de estudo

A determinação do *design* de investigação está normalmente associada, aos objectivos que se queiram alcançar, à utilização que se pretende fazer das variáveis presentes, aos recursos disponíveis e, claro, aos instrumentos utilizados. Neste caso concreto pretende-se, sobretudo, quantificar e relacionar as variáveis em estudo, sendo, por isso, uma investigação mais descritiva que explicativa, mas, concomitantemente, correlacional porque estabelece relações entre as variáveis.

As correlações implicam análises entre variáveis através da determinação de coeficientes de correlação. Porém importa salientar que se está na presença de um coeficiente de previsibilidade e não de um coeficiente explicativo da natureza da relação entre variáveis. O significado de previsão não pode ser tomado como explicação e, daí encontrar uma relação de previsibilidade não significa, como refere Pinto (1990), encontrar uma relação de causa-efeito.

Almeida e Freire (2000) referem que, por vezes, seja por razões éticas, seja por condicionalismos vários da prática profissional ou da natureza dos fenómenos e das variáveis em presença, torna-se impossível a aplicação exhaustiva dos elementos caracterizadores de outros métodos, como por exemplo o método experimental. Por razões diversas e inclusivamente por esse modelo não ser o mais indicado, para o que se pretendia estudar, o paradigma correlacional enquadra-se na forma como se pretende a compreensão e predição dos fenómenos e das variáveis em estudo.

Interessa, então, referir que o estudo correlacional de investigação se situa entre os métodos descritivos, ou simplesmente compreensivos da realidade (estudos qualitativos), e os estudos experimentais (Almeida & Freire 2000). Em relação aos primeiros o estudo correlacional vai para além da mera descrição de fenómenos, pois o investigador consegue já

estabelecer relações entre variáveis, quantificando inclusive tais relações. Em relação aos segundos, no entanto, não consegue estabelecer significado de causalidade ao nível das relações encontradas entre variáveis. Assim, grande parte deste estudo aproxima-se daquilo a que se poderá chamar “*investigação quantitativo-correlacional*” (Almeida & Freire, 2000:28).

Para esta investigação, partiu-se do princípio que a causa dos problemas de funcionamento/comportamentais das crianças se deve aos maus-tratos, pelo que não é relevante perceber de que forma se influenciam, no sentido de estabelecer uma causa para um determinado efeito, para as diferentes áreas comportamentais que integram os instrumentos utilizados. Importa sim, verificar a relação que existe entre elas, isto é, se a presença de disfunções numa área implica a existência de disfunções noutra área, de forma a conhecer melhor o impacto dos maus-tratos em todo o domínio funcional.

Por outro lado, o estudo integra, também, uma parte de análise qualitativa de forma a que se proceda a uma análise mais precisa dos resultados encontrados.

Tratamento estatístico

No que concerne à gestão e análise dos dados, o programa estatístico utilizado foi o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 13.0 para Windows.

Apresentação e discussão dos resultados

Análise descritiva das características sócio-demográficas e familiares e discussão dos resultados

Tendo por base a informação que consta na literatura sobre o tema em análise, importa apresentar os resultados que se obtiveram relativamente à contribuição de alguns factores familiares e sócio-demográficos para melhor compreender o fenómeno dos maus-tratos na amostra recolhida.

A figura maltratante

Embora a literatura refira que os agressores do sexo feminino são os mais frequentes em todo o tipo de maus-tratos (Machado & Gomes, 2002), os pais (em conjunto) são os autores dos maus-tratos que aparecem com mais frequência neste estudo (36,6%), seguindo-se a mãe e o pai (considerados isoladamente) com uma percentagem bastante próxima (26,8% e 24,4%, respectivamente) (cf. Tabela 6). Krynski et al. (1985) e Taylor (1992) citados por Scherer & Scherer (2000) referem que em situações de violência familiar poderá existir convivência entre o casal por medo de perderem o convívio um do outro, o que poderá explicar os resultados obtidos. Acresce-se o facto de, eventualmente, existir um maior equilíbrio na distribuição de funções relativas à educação dos filhos e, por isso, atitudes semelhantes de violência e negligência contra os mesmos.

Tabela 6

Distribuição por Autor dos Maus-tratos para cada Família (N=41)

Autor	Frequência	Percentagem	Percentagem	Percentagem
			Válida	Acumulada
Mãe	11	26,8	26,8	26,8
Pai	10	24,4	24,4	51,2
Pais	15	36,6	36,6	87,8
Padrasto	2	4,9	4,9	92,7
Outro familiar	2	4,9	4,9	97,6
Mãe e Padrasto	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Sob que forma são perpetrados os maus-tratos pelas famílias?

Relativamente à frequência dos maus-tratos, verifica-se que no total das 41 famílias a negligência aparece na maior parte das vezes (63,4%), seguida dos maus-tratos físicos e psicológicos (22,0%). Os maus-tratos psicológicos e os maus-tratos psicológicos e negligência em simultâneo apresentam a mesma frequência (9,8%) e os maus-tratos físicos, psicológicos e negligência em conjunto verifica-se menos vezes (4,9%) (cf. Tabela 7). Assim, os maus-tratos passivos, isto é, a não prestação de cuidados básicos são o principal motivo de sinalização nas CPCJ's. De facto, criar filhos implica, por parte dos pais, dedicação, preocupação em garantir que as necessidades dos mais novos estejam satisfeitas (quer do ponto de vista físico, quer emocional) e tempo de qualidade nas interacções. Por isso, ou os pais não ainda não adquiriram a maturidade necessária para assumirem o papel parental, ou

não sabem como cuidar dos filhos, ou são manifestamente indiferentes às necessidades das crianças. Importa realçar que não existe tratamento diferenciado das crianças que pertencem ao mesmo agregado, isto é, todas as crianças recebem o mesmo tipo de maus-tratos dentro da mesma família, independentemente do sexo ou idade (este facto verificou-se ao longo do processo de recolha de dados).

Tabela 7

Distribuição Familiar por Frequência dos Maus-tratos (N=41)

Tipo de Maus-tratos	Frequência	Percentagem	Percentagem	Percentagem
			Válida	Acumulada
Maus-tratos Psicológicos	4	9,8	9,8	9,8
Negligência	26	63,4	63,4	73,2
Maus-tratos Psicológicos e negligência	4	9,8	9,8	82,9
Maus-tratos físicos e psicológicos	5	12,2	12,2	95,1
Maus-tratos físicos, psicológicos e negligência	2	4,9	4,9	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Se considerarmos os diferentes tipos de maus-tratos discriminadamente, tal como aparecem na literatura (maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos, negligência física, negligência emocional e negligência educacional), constata-se que a negligência física é o tipo de maus-tratos que aparece com mais frequência (37 crianças), seguida da negligência emocional (30 crianças), negligência educacional (28 crianças), maus-tratos psicológicos (24 crianças) e, por fim, os maus-tratos físicos (13 crianças). De facto, das situações recolhidas verifica-se a co-ocorrência de maus-tratos e, dificilmente, aparecem situações em que as crianças sofrem apenas uma forma de maltratar. Aliás, diversos estudos têm vindo a revelar que dentro de uma mesma família, as crianças são, frequentemente, vítimas de múltiplas formas de violência (e.g., Slep & O’Learly, 2001 cit. in Machado & Gonçalves, 2002).

Associar os maus-tratos à(s) figura(s) maltratante(s)

Se examinarmos a relação entre o tipo de maus-tratos e o autor, verifica-se que os maus-tratos psicológicos ocorrem mais por parte dos pais em conjunto (cf. Tabela 8). Neste ponto importa não esquecer que a violência conjugal na presença das crianças é uma forma de maus-tratos psicológicos cada vez mais recorrente. Já a negligência aparece mais associada à mãe ou a ambos pais, o que poderá indicar uma maior responsabilidade por parte da progenitora em cuidar dos filhos ou de ambos pais de forma distribuída (higiene, alimentação, educação, cuidados emocionais) do que por parte do pai, considerado isoladamente. Já os maus-tratos psicológicos associados aos maus-tratos físicos relacionam-se mais com o progenitor, apontado na literatura como aquele que agride com maior violência e provocando danos mais graves, em comparação com os ofensores do sexo feminino (Machado & Gonçalves, 2002).

Tabela 8

Cruzamento das Variáveis Tipo e Autor dos Maus-Tratos (N=41)

Tipo de Maus-tratos	Autor dos Maus-Tratos						Total
	Mãe	Pai	Pais	Padrasto	Outro familiar	Mãe e padrasto	
Maus-tratos psicológicos	0	1	3	0	0	0	4
Negligência	10	4	11	0	0	1	26
Maus-tratos psicológicos e negligência	1	1	1	0	1	0	4
Maus-tratos físicos e psicológicos	0	4	0	1	0	0	5
Maus-tratos físicos, psicológicos e negligência	0	0	0	1	1	0	2
Total	11	10	15	2	2	1	41

Maus-tratos e rendimento familiar: que relação?

Se considerarmos em simultâneo o tipo de maus-tratos perpetrados e o rendimento familiar, verifica-se que a negligência é mais frequente em famílias com um rendimento familiar baixo, sendo que se verifica a ocorrência dessa forma de maltratar em 11 das 41 famílias com rendimento inferior a 300 euros e em 8 das famílias com um rendimento mensal entre 301 e 500 euros. É menos frequente em famílias com um rendimento superior a 501 euros e inferior a 800 e verifica-se apenas um caso de negligência numa família com um rendimento superior a 800 euros mensais. Já a frequência dos maus-tratos psicológicos é igual

para todos os intervalos de rendimento considerados. Os maus-tratos físicos e psicológicos em simultâneo ocorrem com mais frequência em famílias com rendimentos entre os 301 e os 500 euros. A frequência da ocorrência dos maus-tratos psicológicos e da negligência em simultâneo aumenta à medida que diminui o rendimento familiar. De um modo geral, verifica-se uma maior ocorrência de maus-tratos em famílias com rendimentos mensais iguais ou inferiores a 500 euros (cf. Tabela 9).

A maior parte das famílias analisadas vivem com um rendimento mensal reduzido, limitando, assim, o acesso a recursos básicos como a higiene, educação, alimentação e saúde, o que propicia, sobretudo, situações de negligência física (Bethea, 1995 cit. in Pires & Miyazaki, 2005). Neste ponto importa referir que o conceito de negligência deveria ser melhor operacionalizado, uma vez que a negligência familiar tem que estar associada à falta de recursos financeiros para prestar os cuidados necessários aos descendentes. Se a negligência aparece em situações de pobreza, poderá tratar-se de um problema social, de carência e não uma atitude voluntária de indiferença. Contudo, como já foi referido, esta forma de maus-tratos é a mais frequente nas famílias sinalizadas deste estudo, famílias essas que têm graves dificuldades económicas e falta de redes de suporte emocional e instrumental.

Tabela 9

Cruzamento das Variáveis Tipo de Maus-Tratos e Rendimento Familiar Mensal (N=41)

Tipo de Maus-tratos	Rendimento Familiar (euros)				
	Até 300	301 a 500	501 a 800	Mais de 800	Total
Maus-tratos psicológicos	1	1	1	1	4
Negligência	11	8	6	1	26
Maus-tratos psicológicos e negligência	1	3	0	0	4
Maus-tratos físicos e psicológicos	2	2	1	0	5
Maus-tratos físicos, psicológicos e negligência	1	0	1	0	2
Total	16	14	9	2	41

Maus-tratos e meio físico de residência: diferenças encontradas

Considerando, agora, o tipo de maus-tratos e as características do meio físico de residência das famílias, verifica-se que, de um modo geral, os maus-tratos ocorrem com mais frequência nos locais com predomínio de características rurais e diminui à medida que se tornam mais evidentes os traços urbanos. Constata-se, também, que a negligência, quando considerada isoladamente, ocorre nos diferentes tipos de meio físico (rural, misto e urbano) e que as restantes formas de maus-tratos (isoladamente ou associadas) apenas ocorrem em meios rurais (cf. Tabela 10).

As famílias em análise vivem no interior do país em localidades predominantemente rurais, o que poderá contribuir para um maior isolamento social e, conseqüentemente, para um menor suporte em questões importantes como a educação e a prestação de cuidados básicos. Os dados da literatura são muito claros ao referirem que as famílias socialmente isoladas desenvolvem com relativa facilidade hostilidades internas que culminam em violência contra as crianças (Smithey, 1997 cit. in Doerner & Lab, 1995). A menor prevalência de maus-tratos em meios físicos com características urbanas e mistas poderá sugerir a necessidade de se proceder a uma maior vigilância em meios rurais por parte da comunidade e por parte de todas as instituições que trabalham para a defesa dos direitos das crianças, embora não signifique que esta discrepância corresponda à realidade, pois as famílias com melhores condições sociais, económicas e culturais têm maior facilidade em ocultar os problemas relacionais e intrafamiliares.

Tabela 10

Cruzamento das Variáveis Tipo de Maus-Tratos e características do Meio Físico do Local de Residência (N=41)

Tipo de Maus-tratos	Características do Meio Físico do Local de Residência			
	Rural	Urbano	Misto	Total
Maus-tratos psicológicos	4	0	0	4
Negligência	17	2	7	26
Maus-tratos psicológicos e negligência	4	0	0	4
Maus-tratos físicos e psicológicos	5	0	0	5
Maus-tratos físicos, psicológicos e negligência	2	0	0	2
Total	32	2	7	41

Famílias numerosas, famílias maltratantes?

Se relacionarmos o tipo de maus-tratos infligidos e o número de elementos do agregado familiar, verifica-se a frequência de maus-tratos é maior em famílias compostas por 2, 3 ou 4 elementos e diminui à medida que o número de elementos aumenta. Os maus-tratos psicológicos apenas ocorrem em famílias que têm entre 2 e 4 elementos; a negligência verifica-se sempre, mas com maior incidência em famílias reduzidas (cf. Tabela 11). No entanto, a literatura aponta para o facto de que os maus-tratos ocorram com maior frequência em famílias numerosas (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003). Esta discordância poderá dever-se à configuração familiar actual que tende para famílias com um número reduzido de

filhos e, até, monoparentais devido a inúmeros aspectos, nomeadamente financeiros e indisponibilidade para a responsabilidade parental.

Tabela 11

Cruzamento das Variáveis Tipo de Maus-Tratos e número de Elementos do Agregado Familiar (N=41)

Tipo de Maus-Tratos	Número de Elementos do Agregado Familiar			
	[2-4]	[5-7]	[8-10]	Total
Maus-tratos psicológicos	4	0	0	4
Negligência	16	8	2	26
Maus-tratos psicológicos e negligência	2	2	0	4
Maus-tratos físicos e psicológicos	3	2	0	5
Maus-tratos físicos, psicológicos e negligência	1	1	0	2
Total	26	13	2	41

Maus-tratos e diferenciação de gênero

Se considerarmos as variáveis sexo e autor dos maus-tratos, verifica-se que as crianças do sexo feminino são vítimas de maus-tratos por parte do pai ou da mãe com a mesma frequência e que as crianças do sexo masculino são maltratadas com mais frequência por ambos progenitores. De um modo geral, os maus-tratos ocorrem mais associados a ambos pais, independentemente do sexo, e distribuem-se equitativamente pela figura da mãe e do pai (cf. Tabela 12). Não podem ser ignoradas as hipóteses explicativas dos eventuais mecanismos na base desta diferenciação referida ao gênero, que passam pelas razões biológicas e consideram as diferentes práticas educativas e relacionais dirigidas a meninos e meninas, envolvendo uma maior protecção destas (Rutter, 1990b).

Tabela 12

Cruzamento das variáveis Sexo da Criança e Autor dos Maus-tratos (N=60)

Sexo	Autor dos Maus-tratos						Total
	Mãe	Pai	Padrasto	Outro familiar	Pais	Mãe e padrasto	
Feminino	7	7	1	0	5	1	21
Masculino	9	9	3	3	15	0	39
Total	16	16	4	3	20	1	60

A influência do sexo da criança nas formas de maltratar

Relativamente ao tipo de maus-tratos e ao sexo da criança, verifica-se que as crianças do sexo masculino apresentam maiores índices de negligência, maus-tratos psicológicos associados à negligência e maus-tratos físicos, psicológicos e negligência em simultâneo, embora também ocupem um maior tamanho na amostra total. Já o sexo feminino sofre mais de maus-tratos sob a forma de negligência do que outras formas de maltratar (cf. Tabela 13). Mais uma vez se verifica que existe uma maior violência dirigida ao sexo masculino e que as meninas são mais protegidas.

Tabela 13

Cruzamento das variáveis Sexo da Criança e Tipo de Maus-Tratos (N=60)

Tipo de Maus-tratos	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Maus-tratos psicológicos	2	2	4
Negligência	14	22	36
Maus-tratos psicológicos e negligência	0	7	7
Maus-tratos físicos e psicológicos	4	4	8
Maus-tratos físicos, psicológicos e negligência	1	4	5
Total	21	39	60

Tipo de maus-tratos infligidos conforme a idade

Se considerarmos o tipo de maus-tratos e a idade da criança verifica-se que os maus-tratos psicológicos aparecem apenas entre os 14 e os 16 anos; a incidência da negligência é maior na faixa etária entre os 10 e os 13 anos; os maus-tratos psicológicos associados à negligência ocorrem mais frequentemente entre os 10 e os 13 anos e o mesmo acontece com os maus-tratos físicos e psicológicos considerados em simultâneo; os maus-tratos físicos, psicológicos e a negligência aparecem apenas entre os 6 e os 13 anos. De um modo geral, os maus-tratos têm uma maior incidência no período etário que vai dos 10 aos 13 anos de idade, seguindo-se idades mais precoces, verificando-se menor incidência em períodos desenvolvimentais mais avançados (cf. Tabela 14). Esse período etário corresponde à pré-adolescência e início da adolescência marcado por profundas alterações biológicas, psicológicas, sociais e cognitivas, com as quais os pais têm que aprender a lidar (Fonseca,

2002). As famílias com baixa tolerância ao stress e com fraco investimento emocional nos filhos poderão não entender este período de maior expressividade e inquietude, optando pela violência como forma de os disciplinar e/ou por assumir indiferença às necessidades as suas necessidades básicas.

Tabela 14

Cruzamento das variáveis Idade da Criança e Tipo de Maus-Tratos (N=60)

Tipo de Maus-Tratos	Intervalo Etário			Total
	[6,9]	[10,13]	[14,16]	
Maus-tratos psicológicos	0	0	4	4
Negligência	13	16	7	36
Maus-tratos psicológicos e negligência	1	4	2	6
Maus-tratos físicos e psicológicos	2	4	2	8
Maus-tratos físicos, psicológicos e negligência	3	2	0	5
Total	19	26	15	60

Estatística descritiva das escalas que compõem os instrumentos

De modo a facilitar a leitura dos resultados obtidos e de se realizar algumas comparações importantes entre as respostas dos vários informantes, optou-se por criar duas secções distintas: uma com os resultados obtidos para crianças com idade inferior a 11 anos e outra para jovens com idade igual ou superior a 11 anos.

Crianças (idade inferior a 11 anos)

Perspectiva dos professores acerca do funcionamento da criança

Para a *Teacher Report Form* – TRF verifica-se uma maior média de resultados na escala “*Problemas de Atenção*” (M=12,04) e “*Comportamento Agressivo*” (M=10,56). A escala de “*Externalização*” apresenta uma média de valores superior à escala de “*Internalização*” (M=13.28; M=7.72, respectivamente). A média dos resultados é menor na escala “*Problemas de Pensamento*” (M=0.96), escala “*Problemas Sociais*” (M=2.68) e escala “*Comportamento Delinquente*” (M=2.72) (cf. Tabela 15).

Tabela 15

Estatística Descritiva das escalas do Teacher Report Form – TRF (N=25)

Escalas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Isolamento	25	0	15	3,52	4,341
Queixas Somáticas	25	0	12	3,92	3,957
Ansiedade/Depressão	25	0	12	3,92	3,957
Problemas Sociais	25	0	9	2,68	3,038
Problemas Pensamento	25	0	6	0,96	1,620
Problemas Atenção	25	0	33	12,04	10,097
Comportamento Delinquente	25	0	9	2,72	2,670
Comportamento Agressivo	25	0	41	10,56	11,962
Internalização	25	0	25	7,72	7,929
Externalização	25	0	49	13,28	14,082
Pontuação total	25	4	110	38,44	30,635

Perspectiva dos pais acerca do funcionamento da criança

Os resultados da análise descritiva do *Child Behavior Checklist* (CBCL) indicam uma maior média de resultados na escala “*Comportamento Agressivo*” (M=10.08) e “*Problemas de Atenção*” (M=6.28). O perfil de “*Externalização*” apresenta uma média superior relativamente ao perfil de “*Internalização*” (M=12.76; M=8.12, respectivamente). A média dos resultados é mais baixa nas escalas “*Problemas de Pensamento*” (M=0.40), “*Problemas Sociais*” (M=2.04) e “*Comportamento Delinquente*” (M=2.68) (cf. Tabela 16).

Tabela 16

Estatística Descritiva das escalas do Child Behavior Checklist – CBCL (N=25)

Escalas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Isolamento	25	0	11	3,36	2,871
Queixas Somáticas	25	0	2	0,52	0,823
Ansiedade/Depressão	25	0	14	4,24	3,443
Problemas Sociais	25	0	5	2,04	1,594
Problemas Pensamento	25	0	2	0,40	0,707
Problemas Atenção	25	1	14	6,28	3,759
Comportamento Delinquente	25	0	9	2,68	2,358
Comportamento Agressivo	25	1	29	10,08	6,958
Internalização	25	1	22	8,12	6,274
Externalização	25	1	34	12,76	8,423
Pontuação total	25	4	74	29,96	17,196

Perspectiva da criança acerca do seu funcionamento

A análise descritiva das escalas da SCICA indica uma maior média de resultados na escala “*Isolamento*” (M=25,36), escala “*Ansiedade/Depressão*” (M=16,44), escala “*Problemas de Atenção*” (M=12,08) e na escala “*Comportamentos Ansiosos*” (M=11,16). A média obtida na escala de “*Externalização*” é superior à obtida na escala de “*Internalização*” (M=29,24; M=27,60, respectivamente). Verifica-se, ainda, que a média dos comportamentos observados (M=66,92) é superior à média dos comportamentos relatados pela criança

(M=42,84). Registam-se médias mais baixas nas escalas “*Problemas Familiares*” (M=3,20), “*Comportamento Estranho*” (M=4,08), “*Comportamento Agressivo*” (M=6,00) e “*Comportamento de Oposição*” (M=7,08) (cf. Tabela 17).

Tabela 17

Estatística Descritiva das escalas da Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents – SCICA (N=25)

Escalas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
Ansiedade/Depressão	25	6	30	16,44	7,159
Movimentos Ansiosos	25	2	25	11,16	6,581
Problemas Familiares	25	0	14	3,20	3,916
Isolamento	25	12	46	25,36	8,455
Comportamento Agressivo	25	0	26	6,00	6,928
Problemas Atenção	25	0	33	12,08	8,139
Comportamento Estranho	25	0	10	4,08	2,581
Comportamento Oposição	25	0	20	7,08	4,999
Internalização	25	8	54	27,60	12,610
Externalização	25	7	61	29,24	15,562
Total Observações	25	30	108	66,92	21,813
Total Auto-Relato	25	15	66	42,84	14,634

Discussão dos resultados

Os resultados obtidos quer em contexto escolar, quer em contexto doméstico são muito semelhantes (cf. Tabelas 15 e 16). Assim, verifica-se que as crianças maltratadas apresentam mais comportamentos externalizadores do que perfis de internalização, destacando-se os comportamentos de agressividade. Este resultado vai de encontro aos

resultados de outros estudos que indicam que as crianças maltratadas usam a agressão nas relações com os pares e na resolução de problemas (e.g., Jacobson; Straker, 1982 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). Ocorrem, ainda, num registo considerável, problemas ao nível da atenção que, inevitavelmente, comprometem o seu desempenho académico. Este efeito parece ser mais comum quando se trata de crianças negligenciadas como referem Egeland, Sroufe & Erickson (1969 cit. in Azevedo & Maia, 2006), sendo que neste estudo se encontram sobretudo crianças nesta condição.

Os resultados encontrados na SCICA indicam uma maior média de resultados nas escalas isolamento, ansiedade/depressão, problemas de atenção e comportamentos ansiosos (cf. Tabela 17). Parece que as crianças mais novas, talvez por dificuldades em verbalizar e em compreender a situação de maus-tratos, optam por se isolar ao mesmo tempo que exibem sintomatologia ansiosa, embora a diferença das médias obtidas na escala de internalização e de externalização seja reduzida. Estes resultados vão de encontro à informação da literatura que refere que as crianças maltratadas apresentam sintomas de isolamento (Jacobson; Straker, 1982 cit. in Formosinho & Araújo, 2002) e manifestações de grande ansiedade (Salzinger; Kaplan; Pelcovitz; Samit; Krieger, 1984 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

O facto de os problemas de isolamento e ansiedade não serem detectados pelos pais e professores, poderá indicar uma falta de sensibilidade destes, pelo que será necessária uma maior atenção sobre o comportamento das crianças e o desenvolvimento de esforços para serem criados momentos importantes de diálogo, que possibilitem aos mais novos expressar os seus sentimentos.

Um aspecto curioso diz respeito ao facto da escala problemas familiares da SCICA registar uma média muito baixa, quando estas crianças vivem situações familiares complicadas. Este aspecto poderá indicar um esforço por parte da criança em ocultar os problemas ou, na verdade, não os entende como tal, porque os pais assumem um local

privilegiado na fantasia da criança, apesar das adversidades. De qualquer forma, segundo Cantón & Cortés (1998 cit. in Badenes & Estevan, 2002), as crianças maltratadas fazem menos afirmações sobre as suas actividades, estados internos (emoções, desejos, etc.) e afectos negativos (ódio, raiva, desgosto, etc.).

Por outro lado, regista-se uma média de comportamentos observados superior aos relatados. Esta diferenciação entre auto-relato ($M=42,84$) e observação ($M=66,92$) do comportamento pode ser indicador de incongruências entre os dois (e.g., criança que relata comportamentos depressivos intensos, mas que não os evidencia através do seu comportamento; criança que manifesta comportamentos de agressividade, mas não os comunica verbalmente), pelo que exige atenção à linguagem não verbal da criança, denunciadora de estados internos de dor e sofrimento.

Jovens (idade igual ou superior a 11 anos)

Perspectiva dos professores acerca do funcionamento do jovem

A análise descritiva das escalas da TRF indica que existe uma maior média de resultados nas escalas “*Problemas de Atenção*” ($M=14,43$) e “*Comportamento Agressivo*” ($M=9,29$). A média de resultados mais baixos verifica-se nas escalas “*Problemas de Pensamento*” ($M=0,94$) e “*Problemas Sociais*” ($M=3,57$). A escala de “*Externalização*” apresenta uma média de resultados superior à escala de “*Internalização*” ($M=13,37$; $M=11,03$, respectivamente) (cf. Tabela 18).

Tabela 18

Estatística Descritiva das escalas do Teacher Report Form – TRF (N=35)

Escalas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Isolamento	35	0	11	4,63	3,405
Queixas Somáticas	35	0	15	5,66	4,200
Ansiedade/Depressão	35	0	15	5,66	4,200
Problemas Sociais	35	0	14	3,57	3,509
Problemas Pensamento	35	0	5	,94	1,494
Problemas Atenção	35	2	30	14,43	8,261
Comportamento Delinquente	35	0	12	4,09	3,166
Comportamento Agressivo	35	0	35	9,29	10,397
Internalização	35	0	31	11,03	7,939
Externalização	35	0	42	13,37	12,600
Pontuação Total	35	6	118	45,71	26,557

Perspectiva dos pais acerca do funcionamento do jovem

A análise descritiva da CBCL indica uma maior média de resultados nas escalas “*Comportamento Agressivo*” (M=12,09) e “*Problemas de Atenção*” (M=6,40). As médias de resultados mais baixas verificam-se nas escalas “*Problemas de Pensamento*” (M=0,83) e “*Queixas Somáticas*” (M=1,60). A escala de “*Externalização*” apresenta uma média de resultados superior à escala de “*Internalização*” (M=15,14; M=11,54, respectivamente) (cf. Tabela 19).

Tabela 19

Estatística Descritiva das escalas do Child Behavior Checklist – CBCL (N=35)

Escalas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Isolamento	35	0	11	4,03	2,802
Queixas Somáticas	35	0	7	1,60	2,172
Ansiedade/Depressão	35	0	15	6,00	4,180
Problemas Sociais	35	0	10	2,83	2,307
Problemas Pensamento	35	0	5	,83	1,294
Problemas Atenção	35	1	13	6,40	3,890
Comportamento Delinquente	35	0	17	3,06	3,360
Comportamento Agressivo	35	0	35	12,09	8,265
Internalização	35	2	32	11,54	7,590
Externalização	35	0	52	15,14	11,046
Pontuação Total	35	5	88	38,69	22,719

Perspectiva do jovem acerca do seu funcionamento

A análise descritiva das escalas do *Youth Self Report* – YSR indicam uma média maior de resultados na escala de “*Internalização*” (M=15,31) do que na escala de “*Externalização*” (M=12,49). Relativamente às outras escalas, verificam-se médias mais elevadas na escala “*Ansiedade/Depressão*” (M=9,03) e na escala “*Comportamento Agressivo*” (M=8,91). Médias mais baixas registam-se nas escalas “*Problemas de Pensamento*” (M=2,26) e “*Queixas Somáticas*” (M=2,57) (cf. Tabela 20).

Tabela 20

Estatística Descritiva das escalas do Youth Self Report – YSR (N=35)

Escalas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Isolamento	35	1	9	4,29	2,122
Queixas Somáticas	35	0	7	2,57	2,355
Ansiedade/Depressão	35	0	21	9,03	5,788
Problemas Sociais	35	0	10	3,83	2,370
Problemas Pensamento	35	0	7	2,26	1,961
Problemas Atenção	35	0	11	6,03	3,148
Comportamento Delinquente	35	0	8	3,57	1,929
Comportamento Agressivo	35	2	17	8,91	4,623
Internalização	35	2	33	15,31	8,457
Externalização	35	3	24	12,49	5,903
Pontuação Total	35	31	120	68,83	22,690

Discussão dos resultados

Também em relação ao comportamento dos jovens, pais e professores apontam os problemas de atenção e os comportamentos agressivos como os mais frequentes (cf. Tabela 18 e 20), o que, mais uma vez, vai de encontro aos dados da literatura.

Os jovens apontam comportamentos de ansiedade e de depressão como fazendo parte do seu funcionamento (cf. Tabela 20), facto que não é Tão evidente na perspectiva dos pais e

professores. Esta discordância parece indicar uma necessidade de aproximação com os jovens e de compreensão dos seus comportamentos.

Por outro lado, vários estudos apontam a depressão como uma consequência preocupante dos maus-tratos (e.g., Kaufman, 1991; Koverola, Pound, Heger & Lytle, 1993; Toth, Manly & Cicchetti, 1992 cit. in Wolfe, 1999), podendo conduzir ao suicídio (Brasil, 1996; Brown, 1999 cit. in De Lorenzi et al., 2001), daí impor-se a necessidade de uma maior vigilância ao comportamento destes jovens.

Verifica-se, também, que os jovens apresentam uma média de resultados na escala de “*Internalização*” (M=15, 31) superior à escala de “*Externalização*” (M=12, 49), o que sugere que, na sua perspectiva, têm um funcionamento mais internalizador, o que não acontece na perspectiva dos outros informantes (pais e professores). De facto, muitos dos problemas de internalização só são acessíveis se o jovem os verbalizar, o que pode não acontecer quando se trata de jovens que sofrem com os maus-tratos que lhes são infligidos.

Análise correlacional das escalas que compõem os instrumentos

Para melhor se proceder à análise correlacional das escalas que compõem os instrumentos utilizados na presente investigação, também se optou por criar duas secções distintas: uma para crianças (idade inferior a 11 anos) e outra para jovens (idade igual ou superior a 11 anos).

Crianças (idade inferior a 11 anos)

Relação entre as várias áreas do funcionamento na perspectiva dos professores

A análise correlacional permite-nos apurar a existência de correlações fortes e positivas entre as escalas “*Isolamento*” e “*Queixas Somáticas*” ($r=.786$, $p<0.01$), “*Isolamento*” e “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.786$, $p<0.01$), “*Isolamento*” e “*Problemas Sociais*” ($r=.516$, $p<0.01$), “*Queixas Somáticas*” e “*Problemas Sociais*” ($r=.545$, $p<0.01$), “*Queixas Somáticas*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.539$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Problemas Sociais*” ($r=.545$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão* e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.539$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.582$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Problemas de Atenção*” ($r=.829$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Comportamento Delinquente*” ($r=.585$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.551$, $p<0.01$), “*Problemas de Pensamento*” e “*Problemas de Atenção*” ($r=.612$, $p<0.01$), “*Problemas de Pensamento*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.657$, $p<0.01$), “*Problemas de Atenção*” e “*Comportamento Delinquente*” ($r=.728$, $p<0.01$), “*Problemas de Atenção*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.785$, $p<0.01$) e “*Comportamento Delinquente*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.753$, $p<0.01$) (cf. Tabela 21). Existe, também, uma correlação positiva perfeita entre a escala “*Queixas Somáticas*” e “*Ansiedade/Depressão*” ($r=1.000$, $p<0.01$).

Tabela 21

Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da Teacher Report Form – TRF

(N=25)

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) Isolamento		.786**	.786**	.516**	.187	.349	.009	-.121
(2) Queixas Somáticas			1,000**	.545**	.539**	.401*	.025	.020
(3) Ansiedade/ Depressão				.545**	.539**	.401*	.025	.020
(4) Problemas Sociais					.582**	.829**	.585**	.551**
(5) Problemas Pensamento						.612**	.431*	.657**
(6) Problemas Atenção							.728**	.785**
(7) Comportamento delinquente								.753**
(8) Comportamento Agressivo								

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

Relação entre as várias áreas do funcionamento na perspectiva dos pais

A análise correlacional das escalas da CBCL indicam que existem correlações fortes e positivas entre as escalas “*Isolamento*” e “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.674$, $p<0.01$), “*Isolamento*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.521$, $p<0.01$), “*Queixas Somáticas*” e “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.572$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.681$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Problemas de Atenção*” ($r=.575$, $p<0.01$), “*Problemas de Atenção*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.675$, $p<0.01$) e “*Comportamento Delinquente*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.517$, $p<0.01$) (cf. Tabela 22).

Tabela 22

Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da Child Behavior Checklist – CBCL

(N=25)

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) Isolamento		,429*	,674**	,060	,521**	,176	-,284	,291
(2) Queixas Somáticas			,572**	,428*	,057	,342	-,018	,444*
(3) Ansiedade/ Depressão				,416*	,096	,490*	,061	,681**
(4) Problemas Sociais					-,311	,575**	,502*	,492*
(5) Problemas Pensamento						,050	-,370	-,151
(6) Problemas Atenção							,335	,657**
(7) Comportamento delinquente								,517**
(8) Comportamento Agressivo								

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

Relação entre as várias áreas do funcionamento na perspectiva da criança

Verificam-se correlações fortes e positivas significativas entre as escalas “*Ansiedade/Depressão*” e “*Comportamentos Ansiosos*” ($r=.684$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Isolamento*” ($r=.559$, $p<0.01$), “*Comportamentos Ansiosos*” e “*Isolamento*” ($r=.665$, $p<0.01$), “*Problemas de Atenção*” e “*Comportamento de Oposição*” ($r=.624$, $p<0.01$) e “*Comportamento Estranho*” e “*Comportamento de Oposição*” ($r=.558$, $p<0.01$). Registam-se, também correlações significativas mas negativas entre a escala “*Comportamentos Ansiosos*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=-.423$, $p<0.05$) (cf. Tabela 23).

Tabela 23

Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents – SCICA (N=25)

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8
(1)Ansiedade/ Depressão		.684**	.220	.559**	-.257	-.176	-.338	-.341
(2)Comportamentos Ansiosos			.164	.665**	-.423*	.216	-.025	-.183
(3)Problemas Familiares				-.015	.124	-.246	-.039	-.054
(4)Isolamento					-.203	.259	-.131	-.007
(5)Comportamento Agressivo						-.047	-.028	.237
(6)Problemas de Atenção							.498*	.624**
(7)Comportamento Estranho								.558**
(8)Comportamento de Oposição								

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

Discussão dos resultados

Para todos os informantes, a escala “*Isolamento*” aparece fortemente associada à escala “*Ansiedade/Depressão*”, o que parece indicar que as crianças que se isolam dos companheiros apresentam algum tipo de sintomatologia ansiogénica e depressiva. De facto, vários estudos indicam a contribuição da ansiedade para o isolamento social e, consequentemente, para a depressão (Van Ameringen et al. 1991).

Na perspectiva dos pais a escala “*Isolamento*” aparece também fortemente associada à escala “*Problemas de Pensamento*” ($r=.521$, $p<0.01$), o que pode significar que as crianças que evitam envolver-se com os outros apresentam mais pensamentos desestruturados, que poderão estar de alguma forma relacionados com a forma como pensam acerca das interacções sociais. Por outro lado, na perspectiva dos professores as crianças que se isolam manifestam mais queixas somáticas e mais problemas sociais (que poderão relacionar-se com o não envolvimento com as outras crianças).

De facto, a literatura diz-nos que a conceptualização das relações com os pares por parte das crianças maltratadas é afectada, uma vez que estas são tendencialmente menos gratificantes, pautando-se por elevados índices de agressividade e isolamento (Dean; Malik; Richards; Stringer, 1986 cit. in Formosinho & Araújo, 2002) e têm maior probabilidade de desenvolver um pensamento egocêntrico, pouco recíproco, com distorções acentuadas de conceitos morais (Basanta Dopico, 2000 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). Assim, estas distorções acerca do pensamento do social poderão explicar atitudes como o isolamento e os problemas sociais em geral.

Um outro aspecto perspectivado por pais e professores prende-se com o facto das crianças poderem ter tendência em somatizar os sintomas de ansiedade e depressão, pelo facto de existirem correlações fortes entre a escala “*Queixas Somáticas*” e “*Ansiedade/Depressão*”

($r=.572$, $p<0.01$; $r=1.000$, $p<0.01$, respectivamente). A somatização tem sido descrita como uma manifestação de conflitos e angústias psicológicos por meio de sintomas corporais.

Lipowski (1988 cit. in Coelho e Ávila, 2007) define a somatização como uma tendência que o indivíduo tem para vivenciar e comunicar as suas angústias de forma somática, isto é, através de sintomas físicos que não têm uma evidência patológica, estando geralmente associados a sintomas ansiosos e depressivos. Acredita que tal tendência geralmente se manifesta em resposta a stressores psicossociais como eventos de vida e situações de conflito. Esta ideia pode ser aplicada aos resultados obtidos, na medida em que os maus-tratos considerados como uma situação adversa, poderão despoletar nas crianças queixas e/ou manifestações físicas que não podem ser descuradas.

Relativamente aos sintomas de ansiedade e depressão, na perspectiva dos professores aparecem fortemente associados a problemas sociais e a problemas de pensamento, indicado pelas fortes correlações entre as escalas com o mesmo nome, o que parece indicar que as crianças com mais problemas emocionais revelam mais dificuldades nos contactos sociais. Por outro lado, tanto a ansiedade como a depressão podem conduzir a distorções no pensamento que mantém os sintomas, daí a elevada correlação entre as escalas “*Ansiedade/depressão*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.539$, $p<0.01$). No entanto, na perspectiva dos pais os sintomas de ansiedade e depressão aparecem fortemente associados com ao comportamento agressivo, isto é, as crianças mais ansiosas e deprimidas são também mais agressivas quando se trata do contexto doméstico. Poderá ser esta a forma que as crianças encontraram para lidar com o sofrimento emocional associado aos sintomas depressivos e ansiosos. Se se tiver em conta a Teoria da Aprendizagem Social, poderá inferir-se que tal como os pais reagem com agressividade quando estão sob stress emocional, também as crianças o aprenderam a fazer por modelagem (Castro Neto, 1994 cit. in Gomes, Deslades et al., 2002).

Existe, também, uma forte relação entre os problemas sociais e os problemas de atenção, quer na perspectiva dos pais, quer na perspectiva dos professores, e entre os problemas de atenção e o comportamento de oposição na perspectiva das crianças, o que parece indicar que as crianças que têm dificuldades de socialização também manifestam défices atencionais.

Na perspectiva dos professores, estas dificuldades sociais aparecem também associadas com problemas ao nível do pensamento e com sintomas mais externalizadores como a agressividade e a delinquência. Dados da literatura referem que as crianças com sintomatologia externalizadora mostram não só uma compreensão menor das suas emoções como tendem a avaliar as estratégias de *coping* agressivas como adequadas e ver na agressão a única via para se fazerem ouvir ou sobreviver num ambiente altamente adverso (Oatley & Jenkins 1996).

Jovens (idade igual ou superior a 11 anos)

Relação entre as várias áreas de funcionamento na perspectiva do professor do jovem

A análise correlacional das escalas da TRF indica que existem correlações fortes e positivas entre as escalas “*Isolamento*” e “*Queixas Somáticas*” ($r=.665$, $p<0.01$), “*Isolamento*” e “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.665$, $p<0.01$), “*Queixas Somáticas*” e “*Problemas Sociais*” ($r=.670$, $p<0.01$), “*Queixas Somáticas*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.540$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Problemas Sociais*” ($r=.670$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.540$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.511$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Problemas de Atenção*” ($r=.572$,

$p < 0.01$), “*Problemas de Pensamento*” e “*Problemas de Atenção*” ($r = .543$, $p < 0.01$), “*Problemas de Pensamento*” e “*Comportamento Delinquente*” ($r = .567$, $p < 0.01$), “*Problemas de Pensamento*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r = .514$, $p < 0.01$), “*Problemas de Atenção*” e “*Comportamento Delinquente*” ($r = .550$, $p < 0.01$), “*Problemas de Atenção*” e “*Comportamento Agressivo*”, ($r = .679$, $p < 0.01$) e “*Comportamento Delinquente*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r = .618$, $p < 0.01$). A escala “*Queixas Somáticas*” e “*Ansiedade/Depressão*” apresentam uma correlação perfeita ($r = 1.000$, $p < 0.01$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24

Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da Teacher Report Form – TRF

(N=35)

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) Isolamento		,665**	,665**	,400*	,406*	,334*	,107	-,171
(2) Queixas Somáticas			1,000**	,670**	,540**	,440**	,268	,203
(3) Ansiedade/ Depressão				,670**	,540**	,440**	,268	,203
(4) Problemas Sociais					,511**	,572**	,334*	,483**
(5) Problemas Pensamento						,543**	,567**	,514**
(6) Problemas Atenção							,550**	,679**
(7) Comportamento Delinquente								,618**
(8) Comportamento Agressivo								

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

Relação entre as várias áreas de funcionamento na perspectiva dos pais do jovem

A análise correlacional indica que existem correlações fortes e positivas entre as escalas “*Isolamento*” e “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.613$, $p<0.01$), “*Isolamento*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.593$, $p<0.01$), “*Queixas Somáticas*” e “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.573$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Problemas Sociais*” ($r=.680$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.631$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Problemas de Atenção*” ($r=.514$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.666$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Problemas de Atenção*” ($r=.785$, $p<0.01$), “*Problemas Sociais*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.741$, $p<0.01$), “*Problemas de Atenção*” e “*Comportamento Delinquente*” ($r=.579$, $p<0.01$), “*Problemas de Atenção*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.747$, $p<0.01$) e “*Comportamento Delinquente*” e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.763$, $p<0.01$) (cf. Tabela 25).

Tabela 25

Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da Child Behavior Checklist – CBCL
(N=35)

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) Isolamento		,403*	,613**	,383*	,593**	,339*	,262	,408*
(2) Queixas Somáticas			,573**	,285	,446*	,190	,096	,115
(3) Ansiedade/ Depressão				,680**	,631**	,514**	,402*	,666**
(4) Problemas Sociais					,384*	,785**	,460**	,741**
(5) Problemas Pensamento						,312	,381*	,485**
(6) Problemas Atenção							,579**	,747**
(7) Comportamento Delinquente								,763**
(8) Comportamento Agressivo								

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

Relação entre as várias áreas de funcionamento na perspectiva do jovem

A análise correlacional da YSR indica correlações positivas e significativas entre as escalas “Isolamento” e “Ansiedade/Depressão” ($r=.694$, $p<0.01$), “Queixas Somáticas” e “Ansiedade/Depressão” ($r=.584$, $p<0.01$), “Queixas Somáticas” e “Problemas de Pensamento” ($r=.630$, $p<0.01$), “Queixas Somáticas” e “Comportamento Agressivo” ($r=.580$, $p<0.01$), “Ansiedade/Depressão” e “Problemas Sociais” ($r=.592$, $p<0.01$), “Ansiedade/Depressão” e “Problemas de Pensamento” ($r=.523$, $p<0.01$), “Ansiedade/Depressão” e “Problemas de Atenção” ($r=.776$, $p<0.01$), “Ansiedade/Depressão” e “Comportamento Agressivo” ($r=.710$, $p<0.01$), “Problemas Sociais” e “Problemas de Atenção” ($r=.631$, $p<0.01$), “Problemas Sociais” e “Comportamento Delinquente” ($r=.511$, $p<0.01$), “Problemas Sociais” e “Comportamento Agressivo” ($r=.715$, $p<0.01$), “Problemas de Atenção” e “Comportamento Agressivo” ($r=.637$, $p<0.01$) e “Comportamento Delinquente” e “Comportamento Agressivo” ($r=.546$, $p<0.01$) (cf. Tabela 26).

Tabela 26

Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Escalas da Youth Self Report – YSR (N=35)

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) Isolamento		.261	.694**	.367*	.427*	.461**	.275	.485**
(2) Queixas Somáticas			.584**	.345*	.630**	.390*	.411*	.580**
(3) Ansiedade/Depressão				.592**	.523**	.776**	.420*	.710**
(4) Problemas Sociais					.257	.631**	.511**	.715**
(5) Problemas Pensamento						.208	.341*	.398*
(6) Problemas Atenção							.278	.637**
(7) Comportamento delinquente								.546**
(8) Comportamento Agressivo								

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

Discussão dos resultados

As respostas de todos os informantes indicam que os problemas de isolamento aparecem fortemente associados com sintomas depressivos e ansiosos, isto é, pontuação altas na escala “*Isolamento*” implicam pontuações também elevadas na escala “*Ansiedade/Depressão*”. Na perspectiva dos pais, os jovens que se isolam apresentam, também, problemas ao nível do pensamento que é disfuncional. De facto, os maus-tratos contra crianças/jovens são apontados pela literatura como causa de problemas emocionais e na dificuldade por parte destes em compreender situações sociais complexas, tendo um desenvolvimento social e interpessoal deficitário (Barahal, Waterman; Martin, 1981 cit. in Formosinho & Araújo, 2002). Assim, compreende-se a existência desta forte relação entre o sofrimento emocional, provocado pelos sintomas de ansiedade e depressão e o isolamento e entre este e os problemas de pensamento.

É unânime a perspectiva dos informadores sobre a forte relação entre a escala “*Queixas Somáticas*” e a escala “*Ansiedade/Depressão*”, isto é os jovens que mais somatizam os sintomas, manifestam mais problemas de ansiedade e depressão. Apesar de não ser possível estabelecer uma relação de causa-efeito, esta relação poderá indicar uma tendência dos jovens em manifestar o seu mal-estar através de sinais físicos, o que é muito comum entre os jovens, principalmente quando têm dificuldades em verbalizar.

Verifica-se, também, na perspectiva de todos os informantes que os jovens que têm sintomas de ansiedade e depressão apresentam problemas ao nível do relacionamento com os outros e problemas ao nível do pensamento. Na perspectiva dos pais e na perspectiva dos jovens, a ansiedade e a depressão aparecem fortemente associados com problemas atencionais e com comportamentos externalizadores de agressividade. Uma das principais características da ansiedade e da depressão são os pensamentos ruminantes (distorções ao nível do

pensamento) que mantêm os sintomas e, por sua vez, os sintomas despoletam este tipo de pensamentos. Esta focalização dos sintomas nos problemas familiares poderá comprometer os níveis atencionais e gerar agressividade.

Na perspectiva dos pais e jovens, os problemas relacionais estão associados a comportamentos agressivos, pelo que quantos mais problemas de relacionamento o jovem apresentar, maiores serão os níveis de agressividade. A perspectiva dos jovens realça, ainda, uma forte relação entre os problemas de socialização e a delinquência.

Figueiredo (1998a cit. in Formosinho & Araújo, 2002) demonstrou que os modelos internos de relacionamento interpessoal das crianças maltratadas reflectem a insegurança e o medo vividos na relação com os pais, sendo que aquelas transportam para a relação com os outros o conflito de aproximação-evitamento originariamente vivido com as figuras parentais, circunstâncias que resultam em padrões desajustados de interacção social. Este estudo poderá explicar a forte relação entre as escalas “*Problemas Sociais*” e “*Comportamento Agressivo*”. Esta associação não acontece na perspectiva dos professores o que parece indicar que este padrão comportamental surge mais em contexto doméstico.

Análise correlacional entre as escalas que compõem os instrumentos e os perfis de internalização e de externalização

Crianças (idade inferior a 11 anos)

Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva do professor da criança

Verificam-se correlações positivas elevadas entre o perfil de “*Internalização*” e as escalas “*Isolamento*” ($r=.932$, $p<0.01$), “*Queixas Somáticas*” ($r=.946$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.946$, $p<0.01$) e “*Problemas Sociais*” ($r=.560$, $p<0.01$). Registam-se, também, correlações positivas e elevadas entre o perfil de “*Externalização*” e as escalas “*Problemas Sociais*” ($r=.579$, $p<0.01$), “*Problemas de Pensamento*” ($r=.640$, $p<0.01$), “*Problemas de Atenção*” ($r=.805$, $p<0.01$), “*Comportamento Delinquente*” ($r=.829$, $p<0.01$) e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.992$, $p<0.01$) (cf. Tabela 27).

Tabela 27

Coefficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as escalas da Teacher Report Form – TRF (N=25)

Escalas	Internalização	Externalização
Isolamento	.932**	-.101
Queixas Somáticas	.946**	.022
Ansiedade/Depressão	.946**	.022
Problemas Sociais	.560**	.579**
Problemas de Pensamento	.411*	.640**
Problemas de Atenção	.409*	.805**
Comportamento Delinquente	.026	.829**
Comportamento Agressivo	-.024	.992**
Internalização		-.016
Externalização	-.016	

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

*Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais
na perspectiva dos pais da criança*

Verificam-se correlações positivas elevadas entre o perfil de “*Internalização*” e as escalas “*Isolamento*” ($r=.884$, $p<0.01$), “*Queixas Somáticas*” ($r=.641$, $p<0.01$), “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.932$, $p<0.01$) e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.565$, $p<0.01$) (cf. Tabela 28).

Tabela 28

Coeficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas da Child Behavior Checklist - CBCL (N=25)

Escalas	Internalização	Externalização
Isolamento	.884 ^{**}	.161
Queixas Somáticas	.641 ^{**}	.362
Ansiedade/Depressão	.932 ^{**}	.580 ^{**}
Problemas Sociais	.312	.547 ^{**}
Problemas de Pensamento	.299	-.228
Problemas de Atenção	.394	.637 ^{**}
Comportamento Delinquente	-.099	.707 ^{**}
Comportamento Agressivo	.565 ^{**}	.971 ^{**}
Internalização		.439 [*]
Externalização	.439 [*]	

^{**} Correlações significativas para $p < 0.01$

^{*} Correlações significativas para $p < 0.05$

Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva da criança

Constatam-se correlações positivas e elevadas entre o perfil de “*Internalização*” e as escalas “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.925$, $p<0.01$), “*Comportamentos Ansiosos*” ($r=.910$, $p<0.01$) e “*Isolamento*” ($r=.664$, $p<0.01$). Verificam-se, também, correlações positivas elevadas entre o perfil de “*Externalização*” e as escalas “*Problemas de Atenção*” ($r=.785$, $p<0.01$), “*Comportamento Estranho*” ($r=.593$, $p<0.01$) e “*Comportamento de Oposição*” ($r=.846$, $p<0.01$). (cf. Tabela 29).

Tabela 29

Coefficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas da Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents – SCICA

(N=25)

Escalas	Internalização	Externalização
Ansiedade/Depressão	.925**	-.372
Comportamentos Ansiosos	.910**	-.138
Problemas Familiares	.210	-.097
Isolamento	.664**	.021
Comportamento Agressivo	-.367	.492*
Problemas de Atenção	.013	.785**
Comportamento Estranho	-.205	.593**
Comportamento de Oposição	-.289	.846**
Internalização		-.283
Externalização	-.283	

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

Discussão dos resultados

Como se pode observar na Tabela 27, relativa à perspectiva dos professores sobre a relação entre as escalas e os perfis de internalização e de externalização para as crianças, existe uma forte correlação positiva entre a escala “*Problemas Sociais*” e o perfil de “*Internalização*” ($r = .560$, $p < 0.01$) e entre a mesma escala e o perfil de “*Externalização*”

($r=.579$, $p<0.01$). Esta forte relação parece indicar que, na perspectiva dos professores, os problemas ao nível do relacionamento com os pares podem surgir quer em crianças com um funcionamento mais internalizador, quer em crianças com um perfil comportamental externalizador.

Já na perspectiva dos pais de crianças, como se pode verificar na Tabela 28, os “*Problemas Sociais*” aparecem mais associados a um perfil de funcionamento voltado para a externalização ($r=.547$, $p<0.01$), o que parece indicar que as crianças que exibem mais agressividade e comportamentos desadequados do ponto de vista social, apresentam mais dificuldades relacionais, não existindo esta relação quando se trata de crianças com um perfil de internalização. De facto, a literatura indica que as crianças maltratadas apresentam elevados índices de agressividade e manifestam-se incapazes em compreender o domínio dos relacionamentos interpessoais, tal como refere Barahal e colaboradores. (1981 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

Os problemas de ordem atencional, amplamente referidos pela literatura como uma das possíveis consequências dos maus-tratos contra crianças e jovens, surgem fortemente associados ao perfil de externalização. Assim, para crianças com idade inferior a 11 anos, existe uma correlação forte e positiva entre a escala “*Problemas de Atenção*” e o perfil de “*Externalização*” na perspectiva dos professores como se pode observar na Tabela 27 ($r=.805$, $p<0.01$), na perspectiva dos pais indicada na Tabela 28 ($r=.707$, $p<0.01$) e na perspectiva da própria criança registada na Tabela 29 ($r=.785$, $p<0.01$).

Um dado curioso observa-se na Tabela 28 e diz respeito à correlação elevada entre a escala “*Comportamento Agressivo*” e o perfil de “*Internalização*” ($r=.565$, $p<0.01$), o que parece indicar que na perspectiva dos pais a agressividade pode surgir em crianças que possuem um perfil mais voltado para a internalização, parecendo, assim, que as crianças em contexto doméstico possuem variações comportamentais entre o isolamento e a agressividade,

por exemplo. Esta relação não aparece na perspectiva dos professores, o que sugere uma maior oscilação emocional das crianças dentro do contexto doméstico.

Jovens (idade igual ou superior a 11 anos)

Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva do professor do jovem

Verificam-se correlações positivas e elevadas entre o perfil de “*Internalização*” e as escalas da TRF, com excepção da escala “*Problemas de Atenção*” ($r=.467$, $p<0.01$). Não se verifica correlação entre o perfil de “*Internalização*” e as escalas “*Comportamento Delinvente*” ($r=.266$) e “*Comportamento Agressivo*” ($r=.124$). Constata-se, também, correlações positivas e elevadas entre o perfil de “*Externalização*” e as escalas da TRF, com excepção da escala “*Problemas Sociais*” ($r=.483$, $p<0.01$).

Não se verifica correlação entre o perfil de “*Internalização*” e as escalas “*Isolamento*” ($r=-.115$) e “*Queixas Somáticas*” ($r=.235$), “*Ansiedade/Depressão*” ($r=.235$). Também não existe correlação entre o perfil de “*Internalização*” e o perfil de “*Externalização*” ($r=.169$) (cf. Tabela 30).

Tabela 30

Coeficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as escalas da Teacher Report Form – TRF (N=35)

Escalas	Internalização	Externalização
Isolamento	,828 ^{**}	-,115
Queixas Somáticas	,940 ^{**}	,235
Ansiedade/Depressão	,940 ^{**}	,235
Problemas Sociais	,649 ^{**}	,483 ^{**}
Problemas de Pensamento	,546 ^{**}	,567 ^{**}
Problemas de Atenção	,467 ^{**}	,698 ^{**}
Comportamento Delinquente	,266	,761 ^{**}
Comportamento Agressivo	,124	,980 ^{**}
Internalização		,169
Externalização	,169	

^{**} Correlações significativas para $p < 0.01$

^{*} Correlações significativas para $p < 0.05$

Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva dos pais do jovem

Verificam-se correlações positivas e elevadas entre o perfil de “*Internalização*” e as escalas da CBCL com excepção das escalas “*Problemas de Atenção*” ($r=.457$, $p<0.01$) e “*Comportamento Delinquente*” ($r=.347$, $p<0.05$). Existem também correlações positivas e elevadas entre o perfil de “*Externalização*” e as escalas da CBCL, com excepção das escalas “*Isolamento*” ($r=.385$, $p<0.05$), “*Queixas Somáticas*” ($r=.115$) e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.479$, $p<0.01$). Existe, ainda, uma forte correlação positiva entre o perfil de “*Internalização*” e o perfil de “*Externalização*” ($r=.515$, $p<0.01$) (cf. Tabela 31).

Tabela 31

Coefficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas da Child Behavior Checklist - CBCL (N=35)

Escalas	Internalização	Externalização
Isolamento	,805**	,385*
Queixas Somáticas	,734**	,115
Ansiedade/Depressão	,926**	,620**
Problemas Sociais	,592**	,695**
Problemas de Pensamento	,677**	,479**
Problemas de Atenção	,457**	,735**
Comportamento	,347*	,875**
Delinquente		
Comportamento Agressivo	,547**	,981**
Internalização		,515**
Externalização	,515**	

** Correlações significativas para $p < 0.01$

* Correlações significativas para $p < 0.05$

Relação entre as várias áreas de funcionamento e os perfis comportamentais na perspectiva do jovem

Verificam-se correlações positivas e fortes entre o perfil de “*Internalização*”, perfil de “*Externalização*” e as escalas do YSR, com excepção do perfil de “*Internalização*” e a escala “*Comportamento Delinquente*” ($r=.461$, $p<0.01$), perfil de “*Externalização*” e “*Isolamento*” ($r=.470$, $p<0.01$) e perfil de “*Externalização*” e “*Problemas de Pensamento*” ($r=.423$, $p<0.05$). Existe também uma forte correlação positiva entre os perfis de “*Internalização*” e de “*Externalização*” ($r=.728$, $p<0.01$) (cf. Tabela 32).

Tabela 32

Coefficientes de Correlação de Pearson entre o Perfil de Internalização e de Externalização e as Escalas da Youth Self Report– YSR (N=35)

Escalas	Internalização	Externalização
Isolamento	.750 ^{**}	.470 ^{**}
Queixas Somáticas	.711 ^{**}	.589 ^{**}
Ansiedade/Depressão	.970 ^{**}	.693 ^{**}
Problemas Sociais	.574 ^{**}	.727 ^{**}
Problemas de Pensamento	.614 ^{**}	.423 [*]
Problemas de Atenção	.720 ^{**}	.590 ^{**}
Comportamento Delinquente	.461 ^{**}	.755 ^{**}
Comportamento Agressivo	.737 ^{**}	.962 ^{**}
Internalização		.728 ^{**}
Externalização	.728 ^{**}	

^{**} Correlações significativas para $p < 0.01$

^{*} Correlações significativas para $p < 0.05$

Discussão dos resultados

Na perspectiva dos professores, quando se trata de jovens com idade igual ou superior a 11 anos, observa-se na Tabela 30 que a escala “*Problemas Sociais*” se correlaciona de forma positiva e elevada com o perfil de “*Internalização*” ($r=.649$, $p<0.01$), o que parece indicar que nesta faixa etária os problemas de relacionamento com os pares surgem mais associados a jovens com um funcionamento mais internalizador.

Na perspectiva dos pais, como se pode observar na Tabela 31, os “*Problemas Sociais*” dos jovens aparecem fortemente associados quer ao perfil de “*Internalização*” ($r=.592, p<0.01$) quer ao perfil de “*Externalização*” ($r=.695, p<0.01$).

Estes resultados vão de encontro à literatura que inclui no perfil de externalização os problemas de comportamento anti-social (Cicchetti & Toth, 1991; Lopes, 2000) e o perfil de internalização o isolamento social (Cicchetti & Toth, 1991; Gonçalves & Simões, 2002) que poderão contribuir para um menor desempenho por parte da criança ao nível da socialização.

Os problemas de ordem atencional, amplamente referidos pela literatura como uma das possíveis consequências dos maus-tratos contra crianças, surgem fortemente associados com o perfil de externalização para todos os informantes. Assim, existe uma correlação forte e positiva entre a escala “*Problemas de Atenção*” e o perfil de “*Externalização*” na perspectiva dos professores conforma Tabela 30 ($r=.698, p<0,01$), na perspectiva dos pais indicado na Tabela 31 ($r=.735, p<0.01$) e na perspectiva dos jovens registado na Tabela 32 ($r=.590, p<0.01$).

Os estudos recentes evidenciam a ideia de uma criança que sofre de problemas atencionais também pode ser impulsiva e hiperactiva, isto é, ter um funcionamento mais externalizador (Lino, 2005). No entanto, na perspectiva dos jovens a escala “*Problemas de Atenção*” também aparece fortemente associado com o perfil de “*Internalização*” ($r=.720, p<0.01$), o que parece indicar que os problemas como a ansiedade, a depressão e o isolamento poderão relacionar-se com os processos atencionais destes jovens. Este resultado vai de encontro a um estudo realizado por Egeland, Sroufe & Erickson (1969 cit. in por Cicchetti e Cohen, 1995 cit. Azevedo & Maia, 2006) no qual os problemas de ansiedade e de atenção aparecem em simultâneo como consequência dos maus-tratos contra crianças.

Relativamente às escalas “*Queixas Somáticas*” e “*Ansiedade/Depressão*”, estas correlacionam-se de forma positiva e elevada com o perfil de “*Externalização*” nos jovens,

como se pode verificar na Tabela 32 ($r=.589$, $p<0.01$; $r=.693$, $p<0.01$, respectivamente), o que parece sugerir que na sua perspectiva podem existir importantes variações de comportamento, desde um comportamento mais explosivo e socialmente menos aceitável a um comportamento mais interiorizado e de sofrimento para o próprio (e, portanto, mais auto-dirigido).

Um dado curioso observa-se na Tabela 31 e diz respeito à correlação elevada entre a escala “*Comportamento Agressivo*” e o perfil de “*Internalização*” na perspectiva dos pais, o que sugere que a agressividade pode surgir em jovens com um perfil mais voltado para a internalização, parecendo, assim, que os jovens em contexto doméstico possuem variações comportamentais entre o isolamento e a agressividade, por exemplo.

A escala “*Problemas de Pensamento*” aparece fortemente associada ao perfil de “*Internalização*” para todos os informantes como se observa na Tabela 30 para a perspectiva dos professores ($r=.546$, $p<0.01$), na Tabela n.º 31 na perspectiva dos pais ($r=.677$, $p<0.01$) e na Tabela 32 na perspectiva do jovem ($r=.614$, $p<0.01$), o que parece indicar que os jovens que interiorizam os seus comportamentos sofrem mais de pensamentos desajustados, não adaptados à realidade circundante.

Padrão comportamental das crianças (idade inferior a 11 anos)

Tendo por base as informações recolhidas é possível proceder-se a uma análise qualitativa dos resultados de forma a traçar um padrão comportamental das crianças em contexto escolar, em contexto familiar e na perspectiva da própria criança.

Na Tabela 33 está registada a frequência dos comportamentos das crianças, permitindo estabelecer algumas comparações importantes. Consideraram-se as respostas “*é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira*” e “*é algumas vezes verdadeira*” da TRF e da CBCL e as ocorrências “*significativa, de mínima a moderada intensidade e de duração*

inferior a 3 minutos” e “definitiva de intensidade severa ou com 3 ou mais minutos de duração” na SCICA. Sempre que possível, na coluna correspondente ao instrumento SCICA, registam-se os comportamentos observados (obs) e relatados (rel) pela criança.

Comportamento da criança em contexto escolar: a perspectiva dos professores

Na perspectiva dos professores, as crianças maltratadas apresentam comportamentos pouco adequados em contexto de sala de aula e limitações importantes ao nível da aprendizagem. Como se pode observar na Tabela 33, os professores apontam que 64% estas crianças têm dificuldades de concentração/atenção, 56% manifestam dificuldades em seguir instruções, 72% têm dificuldades em aprender, 56% têm um trabalho escolar fraco, 68% são desatentas ou distraídas, 60% têm baixo aproveitamento, 52% não cumprem as tarefas de que são incumbidos e 56% têm um trabalho escolar fraco.

Estes resultados vão de encontro aos resultados de outros estudos que se debruçaram sobre o impacto dos maus-tratos ao nível do desempenho académico. Os estudos disponíveis falam sobretudo do impacto da negligência e indicam que estas crianças são mais ansiosas, desatentas e com dificuldades escolares (Egeland, Sroufe & Erickson, 1969 cit. in Azevedo & Maia, 2006). Também são referidos os problemas ao nível do desenvolvimento cognitivo por Leiter e Johnsen (s/d cit. in Azevedo & Maia, 2006). Os problemas de atenção são referidos por Marcelli (1996 cit. in Azevedo & Maia, 2006) como uma das possíveis consequências dos maus-tratos infantis.

Comportamento da criança em contexto escolar: perspectiva dos pais

O comportamento das crianças em contexto doméstico tem características desestruturadas e que exige que os pais tenham capacidade para lidar de forma ajustada com os problemas. Assim, observa-se na Tabela 33 que na perspectiva dos pais 64% das crianças exigem muita atenção, 52% são irrequietos, não conseguem ficar sentados, 52% são impulsivos, agem sem pensar, 76% das crianças são nervosas, excitadas ou tensas, 52% são desastradas, desajeitadas ou têm falta de coordenação, 68% gostam de se exhibir, de fazer palhaçadas, 76% são teimosas, mal-humoradas ou irritáveis, 60% usam palavrões ou usam uma linguagem obscena e 56% falam demais.

Este tipo de comportamentos são, de facto, difíceis de gerir por parte de quem lida com crianças, principalmente se pensarmos que os pais maltratantes revelam dificuldades em inibir a frustração e a impulsividade que dirigem aos filhos sobre a forma de indiferença e/ou agressão. Steele e Pollock (1974 cit. in Doerner & Lab, 1995) referem que estes pais poderão ter expectativas inadequadas em relação às crianças e que quando estas não vão de encontro ao previsto, dirigem-lhe o seu desagrado sob a forma de agressão e/ou indiferença.

A perspectiva da criança sobre o seu próprio comportamento

Na perspectiva das crianças surgem alguns comportamentos curiosos e nem sempre descritos pelos outros informantes. Assim, tal como consta na Tabela 33, 64% das crianças sentem-se melindradas quando criticadas, 60% dizem ser preocupadas, 64% sentem-se confusas, parecem não saber onde estão, 52% sonham acordadas, perdem-se nos seus pensamentos, 72% relatam estar preocupadas com problemas familiares e 52% manifestam medo de pensar ou fazer algo mal.

Tabela 33

Frequência (em percentagem) dos comportamentos problemáticos na perspectiva dos diferentes informantes (N=25)

Comportamento	Informante		
	Professor	Mãe/Pai	Criança
Dificuldades de concentração/atenção	64	44	56 (obs) 48 (rel)
Exige muita atenção	60	64	
Dificuldades em seguir instruções			28 (obs) 32 (rel)
Dificuldades em aprender	72		52 (rel)
Fala fora da vez dele	56		
Trabalho escolar fraco	56	64	52(rel)
Desatento, distraído	68		48 (obs) 68 (rel)
Sente-se melindrado quando criticado	52		64 (rel)
Baixo aproveitamento	60		
Vaidoso e gabarola	28	56	
Irrequieto, não consegue ficar sentado	36	52	32 (obs) 20 (rel)
Impulsivo, age sem pensar	40	52	32 (rel)
Nervoso, excitado ou tenso	44	76	56 (rel) 52 (obs)
Trabalho escolar fraco	56	64	52 (rel)

Comportamento	Informante		
	Professor	Mãe/Pai	Criança
Desastrado, desajeitado, falta de coordenação	36	52	
Reservado, guarda as coisas para si mesmo	40	60	92 (obs)
Gosta de se exhibir, de fazer palhaçadas	36	68	24 (rel)
Teimoso, mal-humorado ou irritável	36	76	
Usa palavrões ou tem uma linguagem obscena	48	60	
Fala demais	20	56	
É preocupado	28	52	60 (rel)
Confuso, parece não saber onde está	12	16	56 (rel) 64 (obs)
Sonha acordado, perde-se nos seus pensamentos	20	24	52 (obs)
Movimentos nervosos	12	8	56 (obs)
Relutante em falar de si			96 (obs)
Desconfiado	20	8	68 (obs) 36 (rel)
Infeliz, triste, deprimido	32	20	56 (obs)
Afecto inibido			100 (obs)
Preocupado com problemas familiares			72 (rel)
Medo de pensar ou fazer algo mal	8	20	52 (rel)
É arreliado pelos outros	20	32	52 (rel)
Apático ou desmotivado	32		84 (obs)
Evita o contacto ocular			80 (obs)
Impaciente			68 (obs)

Comportamento	Informante		
	Professor	Mãe/Pai	Criança
Precisa de incentivo			68 (obs)
Necessita que repitam as instruções ou questões			52 (obs)
Envergonhado ou tímido	40	44	64 (obs)
			60 (rel)
É arreliado ou gozado pelos outros (inclui irmãos)			52 (rel)

Discussão dos resultados

Existem algumas questões que importa discutir e que evidenciam a importância de intervir com as crianças maltratadas em pontos específicos do funcionamento. O comportamento “*fica confuso, parece não saber onde está*” é referido por 56% das crianças, foi observado em 64% dos casos, embora apenas 12% dos professores apontem este problemas e 16% dos pais. Este comportamento poderá resultar de estados emocionais extremos causados pelos maus-tratos e que perturbam o funcionamento normal da criança. Por outro lado, tal como referem Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Shneider – Rosen, Braunwald, Carlson & Cicchetti (1985 cit. in Wolfe, 1999) o padrão de vinculação inseguro é típico das crianças maltratadas e caracteriza-se por uma desorientação geral.

Outro aspecto pertinente é referido por 52% das crianças que dizem ser “*arreliados pelos outros*”, sendo que apenas é referido por 20% dos professores e por 32% dos pais. Subjacente a esta percepção poderá estar a dificuldade das crianças maltratadas em lidar com as relações sociais, pois apresentam uma maior probabilidade de serem rejeitadas pelos pares, experimentam menor reciprocidade na sua relação com estes e são percebidas como

envolvendo-se em mais condutas sociais negativas do que positiva (Salzinger, Feldman, Muriel & Rosário, 1993 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

O comportamento “*envergonhado ou tímido*” é referido por 60% das crianças, observado em 64% dos casos e apontado por 40% dos professores e por 44% dos pais. Mais uma vez, este comportamento pode, de alguma forma comprometer o relacionamento interpessoal destas crianças. A maior parte das crianças entrevistadas são alvo de negligência por parte dos pais, muitas vezes do ponto de vista físico, o que poderá afectar a auto-estima destas crianças e a maiores níveis de timidez. Um estudo realizado por Azevedo & Maia (2006) indica que as crianças mal cuidadas no seu aspecto físico são, frequentemente, objecto de discriminação por parte dos seus pares, dificultando a sua integração no grupo de amigos/colegas, na turma ou mesmo na escola.

Por fim, uma vez que se procedeu a uma entrevista (SCICA) com as crianças para recolher as informações necessárias para o estudo foi possível observar que 56% manifestam “*dificuldades na expressão verbal*”. A linguagem das crianças maltratadas é, geralmente, caracterizada por redundâncias, pobreza de conteúdo, manifestam dificuldade em expressar conceitos abstractos e a sua conversação restringe-se ao presente imediato (Badenes & Estevan, 2002), o que poderá explicar os resultados obtidos.

Padrão comportamental dos jovens com idade igual ou superior a 11 anos

A frequência de comportamentos estão registados na Tabela 34 para todos os informantes e permitem perceber qual o padrão comportamental destes jovens nos diferentes contextos e a forma como se auto-percepcionam. Consideraram-se as respostas “*é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira*” e “*é algumas vezes verdadeira*” da TRF, da CBCL e do YSR.

Comportamento do jovem em contexto escolar: a perspectiva dos professores

Tal como se pode observar na Tabela 34, na perspectiva dos professores 74,3% dos jovens não chegam a acabar as coisas que começam, 82,8% têm dificuldades de concentração/atenção, 62,9% têm dificuldades em seguir instruções, 51,4% perturbam os colegas, 80% têm dificuldades em aprender, 82,8% têm um trabalho escolar fraco, 82,9% são desatentos, distraídos, 80% têm baixo aproveitamento escolar, 68,6% não cumprem as tarefas de que são incumbidos, 57, 2% não gostam da escola, 85, 7% são reservados, guardam as coisas para si mesmas. Acrescenta-se, ainda, que 57, 1% das crianças são infelizes, tristes ou deprimidas. Um estudo de Marcelli (1996 cit. in Azevedo & Maia, 2006) indica que os problemas de depressão são frequentes em crianças maltratadas, podendo conduzir a interferências atencionais e, conseqüentemente, a problemas no desempenho académico, o que pode explicar os resultados encontrados.

Comportamento da criança em contexto doméstico: a perspectiva dos pais

Os resultados que constam na Tabela 34 sobre o comportamento dos jovens na perspectiva dos pais indica que 54, 3% dos jovens não parecem sentir-se culpados depois de se portarem mal, 80% são reservados, guardam as coisas para si mesmos, 51, 5% comportam-se de maneira demasiado infantil, 68, 6% discutem muito, 51, 4% são inquietos, não conseguem ficar sentados, 51, 4% são desobedientes em casa, 54, 3% ficam ciumentos com facilidade, são invejosos, 51, 4% são demasiado medrosos ou ansiosos, 71, 4% gostam de se exhibir, de fazer palhaçadas, 82, 9% são teimosos, mal-humorados ou irritáveis, 60% amuam muito, 62, 9% falam demais, 51, 4% são muito arreliadores, fazem muita troça, 60% são

barulhentos, falam invulgarmente alto, 52, 4% são impulsivos, agem sem pensar e 85, 7% são nervosos, excitados ou tensos.

Tendo por base o perfil encontrado na perspectiva dos pais verifica-se que estes jovens manifestam comportamentos difíceis, que exigem algum esforço por parte dos educadores para tolerar e educar. No entanto, quando se trata de pais maltratantes, este papel é difícil de assumir, uma vez que têm baixa tolerância à frustração e dificuldades na inibição de indiferença e da agressividade (Steele e Pollock, 1974 cit. in Doerner & Lab, 1995). Assim, os maus-tratos podem surgir por este perfil comportamental do jovem associado à própria personalidade do agressor que não lhes permite lidar com os jovens e com a adolescência de forma assertiva e ajustada.

A perspectiva do jovem sobre o seu próprio comportamento

A perspectiva dos jovens vai de encontro à perspectiva dos outros informantes em muitas questões, tal como se pode verificar na Tabela 34. Contudo alguns dos comportamentos referidos pelos jovens são apontados com baixa frequência pelos outros informantes. Assim, 57, 1% dos jovens referem ser dependentes dos adultos, 51, 4% queixam-se de estar sozinhos, 62, 8% ficam confusos, parecem não saber onde estão, 51, 5% consideram que deviam ser perfeitos, 60% magoam-se muito, têm tendência para acidentes, 51, 5% metem-se em muitas brigas, 54, 3% têm pesadelos, 54, 3% sentem-se excessivamente culpados, 60% cansam-se depressa, 51, 4% guardam e arrecadam coisas de que não necessitam, 71, 5% dizem palavrões ou usam uma linguagem obscena, 74, 3% são desconfiados, 54, 3% recusam-se a falar, 51, 4% mostram-se pouco à vontade ou facilmente embaraçados e 60% têm crises de fúria ou comportamento exaltado.

Tabela 34

Frequência (em percentagem) dos comportamentos problemáticos na perspectiva dos diferentes informantes (N=35)

Comportamento	Informante		
	Professor	Mãe/Pai	Jovem
Não chega a acabar as coisas que começa	74,3		
Dificuldades de concentração/atenção	82,8	77,1	85,7
Dificuldades em seguir instruções	62,9		
Perturba os colegas	51,4		
Não parece sentir-se culpado depois de se portar mal	54,3	54,3	68,7
Mente ou faz batota	54,3	42,9	40
Dificuldades em aprender	80		
Apático ou desmotivado	60		
Trabalho escolar fraco	82,8	82,9	74,3
Reservado, guarda as coisas para si mesmo	85,7	80	68,6
Tímido ou envergonhado	54,2	48,6	57,2
Desatento, distraído	82,9		
Sente-se melindrado quando criticado	54,3		
Baixo aproveitamento escolar	80		
Não cumpre as tarefas de que é incumbido	68,6		
É infeliz, triste ou deprimido	57,1	14,3	48,6
Não gosta da escola	57,2		
Comporta-se de maneira infantil	37,1	51,5	42,9
Discute muito	48,6	68,6	61,4

Comportamento	Informante		
	Professor	Mãe/Pai	Jovem
Irrequieto, não consegue ficar sentado	22,8	51,4	54,3
É desobediente em casa		51,4	56,4
Fica ciumento com facilidade, é invejoso	11,5	54,3	28,6
É demasiado medroso ou ansioso	25,7	51,4	62,8
Gosta de se exhibir, de fazer palhaçadas	37,1	71,4	54,3
Teimoso, mal-humorado ou irritável	31,5	82,9	64,8
Amua muito	37,2	60	
Fala demais	31,4	62,9	73,4
É muito arreliador, faz muita troça	28,6	51,4	31,4
É barulhento, fala invulgarmente alto	20	60	28,6
É preocupado	28,6	71,4	77,1
Exige muita atenção	45,7	60	60
Impulsivo, age sem pensar	37,2	52,4	74,3
Nervoso, excitado ou tenso	45,7	85,7	53,3
Desastrado, desajeitado, falta de coordenação	22,9	42,9	54,3
Dependente dos adultos	20	22,8	57,1
Queixa-se de estar sozinho	11,4	25,8	51,4
Fica confuso, parece não saber onde está	17,2	31,4	62,8
Considera que deve ser perfeito	17,2	40	51,5
Magoa-se muito, tem tendência para acidentes	2,9	17,1	60
Mete-se em muitas brigas	37,1	22,9	51,5
Tem pesadelos		28,6	54,3
Sente-se excessivamente culpado	11,4	28,6	54,3

Comportamento	Informante		
	Professor	Mãe/Pai	Jovem
Guardam e arrecadam coisas de que não necessitam	8,6	14,3	51,4
Diz palavrões ou usa uma linguagem obscena	25,7	45,7	71,5
Desconfiado	28,6	40	74,3
Recusa-se a falar	20	20	54,3
Mostra-se poço à vontade, facilmente embaraçado	48,6	31,5	51,4
Crises de fúria, temperamento exaltado	20	37,1	60

Discussão dos resultados encontrados

Nesta secção e relativamente à frequência de comportamentos problema, importa comparar alguns resultados e levantar algumas questões. Assim, no que concerne ao comportamento “*dependente dos adultos*”, verifica-se que uma percentagem considerável dos jovens se sentem dependentes dos adultos (57, 1%), enquanto para os professores apenas 20% dos jovens sentem esta dependência e para os pais esta relação aparece em 22, 8% das situações. É interessante pensar que a maior parte destes jovens necessitam de orientação e apoio dos adultos para o funcionamento diário, apesar dos adultos mais próximos, como os pais e professores, não sentirem esta necessidade de aproximação por parte do jovem. Talvez os próprios jovens não saibam expressar da melhor forma esta necessidade e, por isso, entende-se que seria pertinente auxiliar estes adultos para aprenderem a descodificar alguns sinais e comportamentos por parte dos mais novos que não são mais que pedidos camuflados de apoio e afeição.

O comportamento “*queixa-se de estar sozinho*” surge em 51, 4% dos jovens e apenas é indicado por 11, 4% dos professores e por 25, 8% dos pais. Estas queixas de solidão são

preocupantes e não podem de forma alguma ser descuradas. Os jovens estão integrados em vários grupos relacionais como a turma da escola, os amigos e a família, pelo que se manifestam sentimentos de solidão é porque os contextos relacionais não são funcionais ou satisfatórios ou porque, de facto, o jovem não se sente capaz de comunicar, de interagir e de participar nas relações. E se isso acontece, pode dever-se à vivência de situações-limite, como é o caso das situações de maus-tratos. Este sentimento pode não ser evidente nestes jovens, daí que exija que se crie um espaço acolhedor que lhes permita expressar este e outros sentimentos para que se organizem soluções e estratégias que promovam o seu bem-estar.

O comportamento “*fica confuso, parece não saber onde está*” aparece em 62,8% dos jovens, é referido pelos professores como estando presente em 17,2% dos jovens e pelos pais em 25,8% dos casos. Os estados confusionais poderão dever-se a estados emocionais intensos provocados por situações difíceis, como é o caso das situações de maus-tratos, o que ressalva a necessidade de uma intervenção de profissionais nesta área específica.

Um outro comportamento referido por 51,5% dos jovens prende-se com a ideia de perfeição e diz “*considera que deve ser perfeito*”. Este comportamento é referido por 17,2% dos professores e por 40% dos pais. A preocupação poderá ter por trás a crença por parte dos jovens que se forem filhos perfeitos receberão o afecto e o apoio que anseiam por parte das suas famílias e cessarão atitudes de indiferença e de agressividade. Por outro lado, serem alunos perfeitos poderá ser, na sua perspectiva, uma forma, mais uma vez, de agradarem os pais.

O comportamento “*mete-se em muitas brigas*” é referido por 51,5% dos jovens e apenas por 37,1% dos professores e por 22,9% dos pais. Esta atitude poderá revelar a adopção por parte destes jovens na adopção da agressividade para lidar com os problemas que eventualmente surjam no grupo de pares. Este comportamento poderá ser explicado através do Modelo de Aprendizagem Social, referido na revisão da literatura, que postula que os mais

novos aprendem a agir e a resolver os problemas com agressividade e/ou hostilidade porque aprenderam a fazê-lo com as figuras cuidadoras.

Outro comportamento relevante diz “*sente-se excessivamente culpado*” é apontado por 54,3% dos jovens e apenas por 8,6% dos professores e por 14,3% dos pais. Este sentimento de culpa já foi referenciado por outros estudos (e.g., Fincham, Bradbury & Grych, 1990 cit. in Wolfe, 1999) e são geralmente acompanhados de reacções emocionais como tristeza, raiva ou vergonha. Portanto, para manter a imagem dos pais intacta, a culpa é transferida para si própria, para pessoas menos significativas ou acontecimentos (Herman, 1992 cit. in Wolfe, 1999) e desenvolve-se a crença de que é merecedora do castigo (Vagostello, 2002).

O comportamento “*desconfiado*” é referido por 74,3% dos jovens e apenas por 20% dos professores e por 40% dos pais. Esta desconfiança poderá comprometer de forma acentuada o desempenho social dos jovens. O facto de não terem o trato necessário por parte dos familiares poderá levar a sentimentos de desconfiança com os pares, por receio de não corresponderem às suas expectativas.

Por fim, um outro comportamento que surge na maior parte dos jovens (54,3%) diz “*recusa-se a falar*” e é referido em apenas 20% dos professores e em 20% dos pais. Parece indicar que estes jovens não relatam as suas vivências internas o que explica a disparidade de valores encontrada entre estes e os outros informantes. Cicchetti & Beeghly (1987 cit. in Wolfe, 1999) explicam que os jovens maltratados têm tendência para inibir as suas emoções, pois aprenderam desde muito cedo que a sua expressão conduzia à reprovação, evitamento e maus-tratos, compreendendo-se, assim, esta recusa em falar.

Conclusões, limitações e recomendações

Conclusões

Tem-se vindo a verificar um interesse crescente por parte de técnicos, investigadores e pela comunidade em geral, pelo fenómeno dos maus-tratos, formas de actuação e de prevenção. A visibilidade social desta problemática é maior, porque a atenção sobre a Infância e Juventude, no sentido de serem garantidos percursos normativos, também é maior.

Os dados da literatura demonstram-nos que os maus-tratos contra os mais novos existem desde os primórdios da humanidade, embora só tenham sido reconhecidos como uma importante ofensa à integridade física e mental das crianças e jovens a partir do século XX. Este reconhecimento tardio deveu-se ao facto dos maus-tratos terem sido considerados, durante muito tempo, como uma forma legítima dos pais educarem e disciplinarem os seus filhos, independentemente das sequelas provocadas.

Várias teorias têm surgido na tentativa de fornecer explicações e motivações para comportamentos de violência e indiferença por parte dos pais. Destacam-se três tipos de abordagem (cf. Doerner & Lab, 1995): as que enfatizam a personalidade patológica dos agressores, as que se debruçam sobre o contributo de factores sócio-culturais e as que focalizam os maus-tratos como um comportamento aprendido em relações familiares disfuncionais. Actualmente, existe um esforço para integrar múltiplos modelos explicativos, no sentido de se caminhar para uma atitude cada vez mais compreensiva e menos determinista do problema (Gomes, Deslades et al., 2002). Para efectivar a protecção dos menores dentro das quatro paredes de casa, houve a necessidade de serem criadas equipas especializadas, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, com legitimidade de intervenção sempre que se verifique que uma criança ou jovem se encontra numa situação de risco/perigo,

isto é quando “*os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo*” (cf. o Artigo 3.º do Capítulo I da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Claro que para que estas comissões possam trabalhar e cumprir objectivos é necessário que exista sensibilidade social para que se proceda à denúncia, que é obrigatória e um dever de todos aqueles que conhecem ou desconfiam que uma criança ou jovem é maltratado no seio familiar, para que sejam levadas a cabo as diligências necessárias com vista à remoção do risco/perigo. Rosário (1999 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003) ressalta a ideia de que as situações ocorridas em ambiente privado não dizem respeito aos que não participam directamente daquelas relações. No entanto, a responsabilidade pública sobre a saúde física e mental destas famílias precisa ser reconhecida, caso contrário, a sociedade está a condenar muitas crianças e adolescentes a serem maltratados.

Entretanto, vários estudos se têm debruçado sobre o impacto dos maus-tratos ao nível do funcionamento das crianças e jovens, verificando-se que vários domínios são afectados, o que parece indicar que existe uma relação importante de influência e ou associação entre eles. Destacam-se, assim, quatro áreas fundamentais propostas por Wolfe (1987 cit. in Formosinho & Araújo, 2002): sócio-emocional, comportamental, académico e cognitivo-social. De um modo geral, a literatura indica que as crianças maltratadas manifestam problemas de relacionamento com os outros, por não serem capazes de entender as relações interpessoais (e.g., Barahal, Waterman; Martin, 1981 cit. in Formosinho & Araújo, 2002); revelam agressividade fácil (e.g., Cantón; Cortés, 1999 cit. in Formosinho & Araújo, 2002); têm problemas no âmbito escolar, devido a problemas atencionais e dificuldades de aprendizagem generalizadas (e.g., Egeland, Sroufe & Erickson, 1969 cit. in Azevedo & Maia, 2006); podem

vir a revelar problemas mais sérios ao nível da conduta e envolver-se em comportamentos desviantes e de abuso de substâncias (e.g., Basanta Dopico, 2000 cit. in Formosinho & Araújo, 2002); e apresentam problemas emocionais que interferem na construção da sua auto-imagem e na forma como entendem o mundo (e.g., Barahal et al., 1981 cit. in Formosinho & Araújo, 2002).

Outro alvo de preocupação por parte dos teóricos que se debruçam sobre esta problemática tem sido a identificação de possíveis factores de risco associados à ocorrência dos maus-tratos, tendo sido reconhecidos factores jurídico-políticos, relacionados com a existência ou não de leis protectoras da Infância e da Juventude (e.g., Cecconello, De Antoni & Koller, 2003); cultural, quando os maus-tratos contra os menores são justificados pela crença de que maltratar é um direito inquestionável dos pais sobre os filhos (Koller, 1999 cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003); comunitários, quando existe um arranjo social e demográfico desfavorável e que implique dificuldades diárias por parte das famílias, como o desemprego e o isolamento social (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003); familiares, que postulam que os maus-tratos surgem porque os relacionamentos entre os elementos da família se caracterizam por anomalias várias que se prolongam e intensificam ao longo dos tempos (Vesterdal, 1980); da relação diádica – progenitor maltratante/criança maltratada, que indica que existem condicionantes do funcionamento dos pais e dos filhos que propiciam a emergência de violência e hostilidade face aos menores (Machado, 1996) e factores individuais, que indicam que existem certos traços do carácter dos ofensores e das vítimas que os tornam vulneráveis à ocorrência de maus-tratos (e.g., Pires & Miyazaki, 2005; Machado, 1996). Assume-se, então, a necessidade de se proceder a descrições exaustivas de todo o invólucro do qual fazem parte os menores e os seus familiares, de forma a serem delineados modos de actuação eficazes e remediativos.

Tendo como principal objectivo compreender o funcionamento global das crianças maltratadas, o presente estudo permitiu aferir alguns aspectos importantes quando se trata de crianças e jovens que estão a ser acompanhados pelas Comissões de Protecção de Menores e que podem ser úteis para todos os técnicos envolvidos na reabilitação das famílias maltratantes, na promoção de melhores condições sociais e demográficas, na intervenção junto dos menores a fim de minimizar as suas dificuldades.

Quanto ao autor dos maus-tratos, verifica-se que os pais, considerados em simultâneo, são os que aparecem com mais frequência, o que indica a necessidade de se proceder a uma intervenção familiar abrangente, focalizar a atenção nas características relacionais entre o casal e, também, perceber esta convivência relativamente aos maus-tratos. Aliás, vários teóricos como Krynski e colaboradores (1985) e Taylor (1992 cit. in Scherer & Scherer, 2000) acreditam que o melhor tratamento para os agressores é a terapia familiar, pois partem do princípio que a forma como o casal percebe o comportamento de cuidar e como perspectiva o conceito de família influencia o relacionamento com os descendentes.

As sinalizações que surgem nas Comissões de Protecção de Menores estudadas são, sobretudo, de negligência, o que sugere algumas questões pertinentes, por exemplo: será que estas famílias não estão suficientemente preparadas para a maternidade e para a paternidade ou esclarecidas sobre as necessidades básicas das crianças e jovens? Ou serão condicionantes da vida ou inerentes ao funcionamento enquanto casal que não lhes ocupam demasiado a atenção e ofuscam o interesse em proporcionar aos filhos os cuidados fundamentais para o seu pleno desenvolvimento? Bem, de qualquer das formas, parece pertinente que a intervenção junto destas famílias passe pela (re)educação de condutas, como os cuidados de higiene, alimentação, horários, gestão do orçamento familiar, apoio escolar, entre outros, e como referem Brito & Koller (s/d cit. in Cecconello, De Antoni & Koller, 2003) fornecer informações sobre o desenvolvimento infantil e adolescente.

Um outro aspecto pertinente prende-se com o facto de que as situações de maus-tratos ocorrem, maioritariamente, em famílias com um rendimento familiar mensal baixo, o que exige uma maior atenção por parte dos serviços sociais que, se possível, devem mobilizar recursos financeiros através de programas de apoio ou à atribuição de subsídios, bem como por parte das entidades locais que possam criar postos de trabalho para as famílias mais carenciadas. Isto porque a literatura refere que ao proporcionar tais possibilidades e recursos, a sociedade está a fortalecer a família como um sistema social, contribuindo para a interrupção do ciclo de violência (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003).

Importa, também, referir que a ocorrência dos maus-tratos depende das características do meio físico onde residem as famílias, estando, claramente associada a meios físicos onde predominam os traços rurais. No entanto, estes resultados podem dever-se ao facto de existir maior visibilidade do fenómeno em famílias mais isoladas e mais carenciadas (até porque os serviços competentes exercem sobre eles mais vigilância) e à maior facilidade das famílias que vivem em meios mais urbanos em camuflar os maus-tratos. Assim, não deve existir o preconceito de que os maus-tratos ocorrem mais em meios rurais e não supervisionar as famílias que vivem em meios mais urbanísticos.

Um dado curioso deste estudo indica, ao contrário da literatura, que a frequência dos maus-tratos não é maior em famílias numerosas, embora se entenda que seja mais difícil garantir os cuidados básicos das crianças e jovens quando são muitos. Ao longo dos tempos a configuração familiar foi-se alterando e a tendência é que as famílias tenham menos filhos, pelo que esta característica familiar não deva ter o peso que tem tido até aqui para a ocorrência de maus-tratos.

Importa, também, dizer que os maus-tratos aparecem mais associados ao sexo masculino, existindo, por isso, uma maior protecção das meninas. Este indicador apela à importância em se explorar as diferenças de relacionamento que se estabelecem entre os pais

e os rapazes e entre os pais e as raparigas e as características comportamentais de ambos sexos que poderão despoletar a violência e a indiferença por parte dos progenitores.

A idade das crianças e jovens parece ser uma referência importante para quem se interessa pelo fenómeno em estudo. Os dados desta investigação revelam que os maus-tratos são mais frequentes entre os 6 e os 13 anos (final da primeira infância e pré-adolescência), um período de adaptação escolar da criança e de adaptação às primeiras mudanças decorrentes da puberdade. Um problema para as crianças e jovens e também um problema para os pais que devem ser apoiantes, compreensivos e esclarecedores. Será que uma preparação prévia destes pais para os vários desafios desenvolvimentais, poderia prevenir comportamentos inadequados?

Quanto aos domínios do funcionamento mais afectados, os problemas ao nível da atenção, os comportamentos agressivos e os sintomas de ansiedade e de depressão são os que surgem com mais frequência (embora estes últimos sejam mais referidos pelas crianças e jovens do que pelos outros informantes). Este parece ser um importante ponto de referência para todos aqueles que intervêm directamente com as crianças e jovens maltratados e aos quais se deve estar, particularmente, atentos.

Este estudo permitiu, também, perceber de que forma as várias áreas de funcionamento destas crianças e jovens se encontram relacionadas, quer na perspectiva dos próprios, quer na perspectiva dos pais e professores.

Os resultados são variados, embora se verifiquem pontos comuns. Assim, verifica-se uma forte relação entre comportamentos de isolamento e a ansiedade e depressão e entre o isolamento e os problemas de pensamento. Todos eles podem trazer consequências devastadoras para as crianças e jovens e, portanto, não podem ser descurados. Por outro lado, os problemas de somatização aparecem associados aos sintomas de ansiedade e depressão para os pais e professores, o que poderá indicar que existe nos menores uma manifestação

física dos problemas e que devem ser decodificados atempadamente. Por sua vez, os problemas sociais aparecem fortemente associados a comportamentos agressivos, pelo que impera a necessidade de se proceder a intervenções para o desenvolvimento de competências sociais junto destas crianças e jovens, de modo a que não seja posto em causa o domínio dos relacionamentos interpessoais e não sejam comprometidas as relações afectivas/íntimas.

Destaca-se, também, que os problemas a nível atencional aparecem associados com um perfil de funcionamento externalizador, sugerindo que as crianças e jovens que exibem mais agressividade e comportamentos delinquentes, sofrem mais de problemas de atenção. Assim, deve-se ponderar se o facto dos menores maltratados que não conseguem bons resultados escolares, poderão sofrer de défices atencionais associados a comportamentos disruptivos em contexto de sala de aula. Mais uma vez, impera a necessidade de intervenção nos domínios considerados.

Por fim, esta investigação permitiu estabelecer um padrão comportamental das crianças e jovens em contexto escolar, familiar e na forma como se auto-perspectivam. Constata-se, assim, que os menores apresentam um comportamento na escola, típico do aluno com dificuldades de aprendizagem, problemas cognitivos e que com um comportamento desestabilizador. Já em casa, os menores são descritos pelos pais como crianças e jovens com um comportamento difícil (e.g., nervoso, impulsivo) e que exige que os pais sejam sensíveis nas interacções, tarefa difícil quando existem tantos factores familiares e sociais que conspiram contra o sucesso dos relacionamentos familiares, já referidos anteriormente. As crianças maltratadas com idade inferior a 11 anos apontam que possuem problemas como a timidez, dificuldades na expressão verbal, serem arrelhiados pelos outros e estados confusionais; e os jovens com idade igual ou superior a 11 anos referem, também, os estados confusionais e acrescentam os sentimentos de solidão, a culpa, a dependência dos adultos, o envolvimento em brigas, a desconfiança e a recusa em falar. Existem, de facto,

comportamentos-problema referidos pelos menores, que não são entendidos pelos pais e professores, mas que podem ser graves na sua expressão, com consequências devastadoras, pelo que se exige a criação de momentos de diálogo, sem críticas e julgamentos, onde as crianças e jovens possam expressar sentimentos, revoltas e dificuldades.

Porque as crianças e os jovens devem ser felizes e percorrer caminhos de aprendizagem e crescimento e não de sofrimento, o esforço dos técnicos deve ir no sentido da prevenção dos maus-tratos, em três níveis diferentes: primário, secundário e terciário (Gomes, Silva & Njaine, 1999).

Desta forma, a nível primário devem ser promovidas condições favoráveis às famílias para que possam viver qualitativamente melhor; auxiliar os pais no desenvolvimento de competências parentais e prepará-los para lidarem com períodos desenvolvimentais mais críticos; sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para que possam actuar na problemática; participação desses profissionais nos movimentos sociais que se organizam na busca e equacionamento de problemas que afectam directa ou indirectamente a existência de actos violentos; fundamentação das acções em pesquisas estratégicas para que se possa melhor actuar frente aos problemas; construção da cidadania, possibilitando às crianças e aos adolescentes o exercício de seus direitos e deveres.

A nível secundário deve existir articulação entre os sectores da saúde e da educação para que se possa melhor identificar ocorrências de maus-tratos e aprimorar diagnósticos que melhor retratem essa ocorrência; estruturação do sector da saúde para que este possa prestar uma intervenção precoce às crianças e jovens vítimas, sobretudo de violência grave; acções de sensibilização e de esclarecimento junto da comunidade educativa para que proceda a uma sinalização rápida e informada.

Finalmente, a nível terciário deve proceder-se à organização adequada de serviços de saúde, distribuindo os níveis de actuação que vão desde trabalhos comunitários até serviços de

emergência; promoção de modelos de atendimento integral a crianças e adolescentes que visem, não apenas o tratamento dos ferimentos, mas também os problemas psíquicos e sociais, fazendo encaminhamentos necessários, através de equipas multidisciplinares.

Limitações do estudo

Na impossibilidade de se controlar todas as variáveis que, eventualmente, influenciam em maior ou menor grau os resultados dos estudos e de se delinear e levar a cabo uma investigação (quase) perfeita e fiável em relações de causa-efeito e, portanto, com fortes implicações práticas, importa aferir algumas limitações inerentes ao presente estudo.

Assim, uma das principais limitações é a impossibilidade dos resultados encontrados serem generalizados a todas as crianças e jovens maltratados e suas famílias, uma vez que a população utilizada nesta investigação apresenta características específicas, como por exemplo, o facto de estarem sinalizadas nas Comissões de Protecção de Menores.

Por outro lado, embora tivesse existido uma preocupação inicial em integrar na investigação o maior número possível de CPCJ's e de ter conseguido a colaboração de cinco, representativas da região do Alto Tâmega, apenas participaram 60 crianças e jovens. Seriam necessária uma população maior de modo a ser possível compreender se as dificuldades encontradas nestas crianças e jovens ocorrem em todos os menores que estão sinalizados e são acompanhados por todas as CPCJ's.

O facto de não existir uma amostra “normal”, isto é, composta por crianças e jovens não sujeitos a maus-tratos, que permita o estabelecimento de comparações entre os modos de funcionamento, constitui, também, uma limitação, pelo que não é possível apurar se os resultados se devem directamente aos maus-tratos ou são uma característica comum a todas as crianças e jovens que se encontram na mesma fase de desenvolvimento.

Por fim, uma outra limitação prende-se com o modelo de estudo adoptado, isto é, o modelo descritivo – correlacional por não possibilitar investigar no sentido causa- efeito. Não obstante, a correlação pode-se assumir como um dos aspectos de causalidade, para que um fenómeno ou variável seja causa de outra(o), os respectivos valores devem encontrar-se associados. O facto de num estudo correlacional não se poder atingir, na sua essência, todas as explicações possíveis para os fenómenos, impede o avançar para a explicação do tipo causal entre variáveis e fenómenos. Esta constatação, sugere a possibilidade de existir uma terceira variável intermediária ou parasita (concorrente ou estranha), como referem Almeida e Freire (2000) que pode afectar os resultados das variáveis em estudo, impedindo o investigador de explicar os fenómenos em termos de causalidade, sabendo-se ainda que essas variáveis nem sempre são de fácil controlo, impondo algumas precauções nas conclusões que se possam tirar ou que se deixam em aberto.

Recomendações para investigações futuras

Ainda há muito que pode ser feito ao nível das investigações para que sejam esclarecidos pontos fulcrais relativos à problemática da vitimação infantil.

Assim, seria pertinente a realização de estudos longitudinais junto de crianças e jovens maltratados e suas famílias, de forma a compreender se existem sintomas/problemas ao nível do funcionamento que aparecem a longo prazo, que tipo de comportamentos se mantêm e/ou de que forma evoluem e se, de facto, se verifica o tal “ciclo de violência” tantas vezes referido na literatura.

Considera-se, também, que se este estudo em concreto deveria ser alargado a todas as Comissões de Protecção de Menores para se homogeneizar algumas práticas interventivas junto das famílias maltratantes e respectivas vítimas, focalizar a vigilância em características

específicas do comportamento das crianças e jovens e, ao mesmo tempo, serem levadas a cabo acções de sensibilização para todos os que lidam com os jovens, sobretudo a comunidade escolar, por ser aquela com a qual os menores passam mais tempo e, por isso, os informantes privilegiados.

Finalmente, deveriam ser desenvolvidos mais estudos no domínio da resiliência infantil e juvenil quando deparadas com situações de maus-tratos. A resiliência configura-se como uma capacidade exibida por certos indivíduos de superar a adversidade – traduzida em dificuldades ou problemas de ordem biológica, psicológica e social (Haggerty, Sherrod, Garmezy & Rutter, 1996) – capazes de mobilizar os recursos internos e externos úteis para lidar com as situações difíceis. Trata-se de um constructo que, remetendo para processos transaccionais entre o sujeito e o seu meio envolvente (Werner, 2000), explica porque é que certas crianças e jovens vítimas de maus-tratos são capazes de lidar eficazmente com o problema devido à inquestionável eficácia das suas capacidades individuais (Rutter, 1987).

Referências bibliográficas

Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*.

Braga: Psiquilíbrios.

- Arruabarrena, M. (1996). Investigación de situaciones de desprotección infantil. In J. Ochotorena, & M. Arruabarrena (Eds.), *Manual de Protección infantil* (pp. 163-162). Barcelona: Masson.
- Azevedo, M. & Maia, A. Maus-tratos e rendimento académico num meio sócio-económico desfavorecido. *Infância e Juventude*. ISSN 0870-6565. 1 (2006) 27-58.
- Baptista (1991). Quem Zela pelos direitos das crianças? *Pais & Filhos*., 4, 42-44.
- Canhas (2003). *A Criança maltratada, o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação: estudo prospectivo de 5 anos*. Quarteto Editora (1ª e 2ª Edição). Coimbra.
- Cantón, D. & Cortés, A. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid. Sglo XXI de Españã Editores.
- Cecconello, A., De Antoni, C. & Koller, S. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. [Em linha]. Disponível em <http://scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa07.pdf> [Consultado em 27/03/2008].
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.) *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction. Rochester symposium on developmental psychopathology*. Vol.2 (pp.1-19). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Coelho, C. & Ávila, L. (2007). Controvérsias sobre a somatização. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (6); 278-284.
- Cole, P. M., Teti, L. & Zahn-Waxler, C. (2003). Mutual emotion regulation and the stability of conduct problem between preschool and early school age. *Development and Psychopathology*, 15, 1- 18.

- De Lorenzi, D., Pontalti, L. & Flech, R. (2001). Maus-tratos na infância: análise de 100 casos. *Revista Científica da AMECS*, 10, 47-52.
- De Paúl, J. & Arruabarrena, M. (1996). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Diário da República (1999). Nº 204.
- Doerner, W. & Lab, S. (1995). *Victimology*. Cincinnati: Anderson Publishing.
- Figueiredo, B. (1998). Maus-tratos à criança e ao adolescente (I) Situação e enquadramento da problemática. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 3, 5-21.
- Formosinho, J. & Araújo, S. (2002). Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, 28, pp.87-103.
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes: um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Presença.
- Gonçalves, M. & Simões, M. (2001). O modelo multiaxial (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp. 43-87). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gomes, R., Deslades, S., Veiga, M., Bhering, C. & Santos, J. Porque as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 8:3 (2002).
- Gomes, R., Silva, C. & Njaine, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciências e Saúde Colectiva*. ISSN 1413-8123. 4:1 (1999).
- Haggerty, R., Sherrod, L., Garmezy, N., & Rutter, M. (1996). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jenkins, J. M. & Oatley, K. (2000). Psychopathology and short-term emotion: the balance of affects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 4, 463-472.

- Lino, T. (2005). *Distúrbio do défice de atenção*. [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0041.pdf> [Consultado em 30/03/2008].
- Lopes, J. A. (2000). Distúrbios externalizados de comportamento: uma perspectiva desenvolvimental. In I. Soares (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp.182-224).Coimbra: Quarteto Editora.
- Machado, C. (1996). Maus-tratos de menores, vitimação e poder: proposta de um modelo integrado de análise. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1 (1), 133-147.
- Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2002). Vitimologia e criminologia. In R.A. Gonçalves & C. Machado (Coords.), *Violência e vítimas de crime*. Vol. I (pp. 17-41). Coimbra. Quarteto Editora.
- Machado, Gonçalves & Vila-Lobos. (2002). *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Magalhães, T. (2002). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Martins, P. C. (2000). *Conceito de Maus Tratos a Crianças*. Universidade do Minho.[Em linha]. Disponível em <http://forol.nortenet.pt/farol12/f12pag03.htm> [Consultado em 31/03/2008].
- Martins, P. (2001). O mau trato infantil na comunicação social. *Revista do Centro Cultural do Alto Minho Meliabra*, 8, 59-64.
- Martins, P. (2005). Das dificuldades (dos) menores aos problemas (dos) maiores: elementos de análise das representações sociais sobre as crianças em risco. [Em linha].

Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3602/1/Das%20dificuldades%20%2dos%29%20menores%20aos%20problemas%20%28dos%29%20maiores.pdf> [Consultado em 31/03/2008].

Ministério da Justiça e Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999). *Reforma do Direito de Menores*. Lisboa: Ministério da Justiça e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Pinto, A. C. (1990). Metodologia da Investigação Psicológica. *Jornal de Psicologia*.

Pires, A. & Miyazaki, M. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 12, 42-49.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

Rutter, M. (1990b). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: Cambridge University Press.

Saarni, C. (1997). Coping with aversive feelings. *Motivation and Emotion*, 21, 1,45-63.

Scherer, E. & Scherer, Z. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. 8:4 (2000).

Vagostello, L. O risco da negligência: um estudo de caso. *Psic: revista da Vetor Editora*. ISSN 1676-7314. 3:1 (2002).

Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, G. & Donison, D. Relationship of Social Phobia with Other Psychiatric Illness. *J Affect Disord*, 21: 93-9, 1991.

Vesterbral, J. (1980). Aspectos criminológicos dos maus-tratos às crianças na família: factores etiológicos e consequências a longo prazo. *Infância e Juventude*, p. 48-83.

- Vigário, S. (2004). *Crianças sem infância: o trabalho infantil na indústria têxtil e os limpachaminés (1780-1878)*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho: Instituto de Letras e Ciências Humanas.
- Weber, L., Viezzer, A., Brandenburg, O. & Zocche, C. (2002). Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF*, 7, 163-173.
- Werner, E. (2000). Protective Factors and Individual Resilience. In J. Shonkoff, & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 115-132). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolfe, D. (1999). *Child Abuse*. California: Sage Publications pp.35-56.

Anexos

Questionário de Comportamentos da Criança
Relatório do Professor
TRF (T. M. Achenbach)

Tradução: A. C. Fonseca & Simões (U. Coimbra)

J. P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSJ, Porto)

M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome do(a) Aluno (a): _____

Data de Nascimento: __/__/____

Idade: _____ anos

Sexo: Masculino ☐

Feminino ☐

Ano de escolaridade: _____

Nome do(a) Professor (a): _____

Escola: _____

Data da avaliação: __/__/____

Segue-se uma lista de itens que descrevem o(a) seu aluno(a) agora ou nos últimos dois meses. Coloque, por favor, uma cruz no **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira**, coloque uma cruz no **1** se a afirmação é **algumas vezes verdadeira**. Se o item **não é verdadeiro**, coloque uma cruz no **0**.

0 = Não verdadeira (tanto quanto sabe)

1 = Algumas vezes verdadeira

2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

1	Age de maneira demasiado infantil para a sua idade
2	Cantarola com os lábios fechados ou faz outros barulhos esquisitos na aula
3	Discute muito
4	Não consegue acabar as coisas que começa
5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
6	Desafiador, refila com os professores e funcionários
7	É fanfarrão (fanfarrona) ou gabarola
8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento: obsessões ou cismas (descreva) _____

0	1	2	10	Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	Queixa-se de solidão
0	1	2	13	Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
0	1	2	14	Chora muito
0	1	2	15	Tem gestos ou movimentos de irrequietude ou desassossego
0	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau (má) para os outros
0	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19	Exige muita atenção
0	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	Destrói o que é propriedade dos outros
0	1	2	22	Tem dificuldade em seguir instruções
0	1	2	23	É desobediente na escola
0	1	2	24	Perturba os colegas
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	Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28	Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva): _____
0	1	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____
0	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa mal
0	1	2	32	Sente que tem de ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a)
0	1	2	35	Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	Mete-se em muitas lutas/brigas
0	1	2	38	Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39	Anda com outras crianças/jovens 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 sem pensar
0	1	2	42	Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	Mente ou faz batota
0	1	2	44	Rói as unhas

0	1	2	45	É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0	1	2	47	É demasiado escrupuloso(a) no respeito pelas regras
0	1	2	48	As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49	Tem dificuldade em aprender
0	1	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Sente tonturas
0	1	2	52	Sente-se demasiado culpado(a)
0	1	2	53	Fala fora da sua vez
0	1	2	54	Cansa-se demasiado
0	1	2	55	Tem peso a mais
0	1	2	56	Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreva): _____
0	1	2	e	Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vómitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	59	Dorme nas aulas
0	1	2	60	Mostra-se apático(a) ou desmotivado(a)
0	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefere andar com crianças/jovens mais velhos
0	1	2	64	Prefere andar com crianças/jovens mais novos
0	1	2	65	Recusa-se a falar
0	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tem compulsões (descreva): _____
0	1	2	67	Quebra a disciplina da aula
0	1	2	68	Grita muito
0	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo(a)
0	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes
0	1	2	71	Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
0	1	2	72	O seu trabalho é sujo e/ou confuso
0	1	2	73	Comporta-se irresponsavelmente (descreva): _____

0	1	2	74	Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	O seu comportamento é explosivo e imprevisível
0	1	2	77	Os seus pedidos têm que ser satisfeitos imediatamente, fica facilmente frustrado(a)
0	1	2	78	É desatento(a), distrai-se facilmente
0	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras
0	1	2	80	Fica de olhar fixo e vazio
0	1	2	81	Sente-se magoado(a) quando é criticado(a)
0	1	2	82	Rouba
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), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou 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	Tem fraco aproveitamento, trabalha abaixo das suas capacidades
0	1	2	93	Fala demasiado
0	1	2	94	Arrelia muito os outros
0	1	2	95	Tem birras, temperamento exaltado
0	1	2	96	Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaça as pessoas
0	1	2	98	Chega atrasado(a) à escola ou às aulas
0	1	2	99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
0	1	2	100	Não consegue fazer as tarefas de que é incumbido
0	1	2	101	Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)
0	1	2	102	É pouco activo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0	1	2	103	Infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	É invulgarmente barulhento(a)
0	1	2	105	Consome álcool ou drogas (descreva): _____
0	1	2	106	Preocupa-se demasiado em agradar
0	1	2	107	Não gosta da escola
0	1	2	108	Tem receio de cometer erros
0	1	2	109	Choraminga

0	1	2	110	Tem um ar pouco asseado
0	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros
0	1	2	112	É preocupado(a)
0	1	2	113	Por favor, indique outros problemas do(a) aluno(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.
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Questionário de Comportamentos da Criança

CBCL – 4-18 (1991)

(T.M. Achenbach, Traduzido por J. Paulo Almeida)

Nome: _____

Escala Preenchida por (1 – Mãe, 2 – Pai, 3 – Outro) 1 2 3

Data de Nascimento: __/__/____

Idade: _____ anos

Sexo: 1 – Masculino, 2 - Feminino

Data da avaliação: __/__/____

Ano de Escolaridade: _____

Profissão do Pai: _____ Profissão da Mãe: _____

Segue-se uma lista afirmações que descreve crianças. Para cada afirmação que descreva o(a) seu/sua filho(a), agora ou nos últimos seis meses:

- Marque uma cruz (x) no **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira**;
- Marque uma cruz no **1** se a afirmação é **algumas vezes verdadeira**;
- Se a afirmação **não é verdadeira**, coloque uma cruz no **0**.

Por favor, responda a todas as questões o melhor que possa, mesmo que algumas vezes pareça não se aplicar ao/à seu/sua filho(a).

0	1	2	1	Age de maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2	Tem alergia(s) _____
0	1	2	3	Discute muito
0	1	2	4	Tem asma
0	1	2	5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Faz as suas necessidades fora da casa de banho
0	1	2	7	Mostra-se vaidoso(a), gabarola
0	1	2	8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento: obsessões ou cismas (descreva) _____

0	1	2	10	Não consegue ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	Queixa-se de estar muito sozinho(a)
0	1	2	13	Fica confuso(a), parece não saber onde está
0	1	2	14	Chora muito
0	1	2	15	É cruel com os animais
0	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau(má) para os outros
0	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	Magoa-se deliberadamente ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19	Exige muita atenção
0	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	Destrói os objectos da família ou de 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	Fica ciumento(a) com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28	Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva): _____
0	1	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____
0	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tem medo de pensar em coisas más
0	1	2	32	Acha que deve ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	Sente que os outros o(a) perseguem, que o(a) querem apanhar em falta
0	1	2	35	Sente-se sem valor, inferior ou desprezível
0	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	Mete-se em muitas brigas
0	1	2	38	É frequentemente ridicularizado(a) fazem pouco dele(a)
0	1	2	39	Anda com crianças 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 sem pensar
0	1	2	42	Gosta de estar sozinho(a)
0	1	2	43	Mente ou faz batota
0	1	2	44	Rói as unhas
0	1	2	45	É nervoso(a), muito excitado(a) ou tenso(a)

0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0	1	2	47	Tem pesadelos
0	1	2	48	As outras crianças não gostam dele(a)
0	1	2	49	Tem prisão de ventre, obstipação
0	1	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Sente tonturas
0	1	2	52	Sente-se excessivamente culpado(a)
0	1	2	53	Come demais
0	1	2	54	Cansa-se demasiado
0	1	2	55	Tem peso a mais
0	1	2	56	Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a	Dores
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreva): _____
0	1	2	e	Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vômitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tira coisas do nariz, coça a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	59	Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0	1	2	60	Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	É desastrado(a), desajeitado(a) ou tem falta de coordenação
0	1	2	63	Prefere brincar com crianças mais velhas
0	1	2	64	Prefere brincar com crianças mais novas
0	1	2	65	Recusa-se a falar
0	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; compulsões (descreva): _____
0	1	2	67	Já tem fugido de casa
0	1	2	68	Grita muito
0	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo(a)
0	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes
0	1	2	71	Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado(a)
0	1	2	72	Provoca fogos
0	1	2	73	Tem problemas sexuais (descreva): _____
0	1	2	74	Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas

0	1	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	Dorme menos que a maioria das crianças
0	1	2	77	Dorme mais que a maioria das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____
0	1	2	78	Suja-se ou brinca com as fezes
0	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva): _____
0	1	2	80	Fica de olhar fixo, sem expressão
0	1	2	81	Rouba coisas em casa
0	1	2	82	Rouba coisas fora de casa
0	1	2	83	Guarda ou arrecada 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), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Amua muito
0	1	2	89	É desconfiado(a)
0	1	2	90	Usa palavrões ou tem uma linguagem obscena
0	1	2	91	Fala em matar-se
0	1	2	92	Fala ou caminha durante o sono (descreva): _____
0	1	2	93	Fala demais
0	1	2	94	É muito arrelizador(a), faz muita troça
0	1	2	95	Tem crises de fúria, temperamento exaltado
0	1	2	96	Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaça as pessoas
0	1	2	98	Chucha no dedo
0	1	2	99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
0	1	2	100	Tem dificuldades em dormir (descreva): _____
0	1	2	101	Falta à escola por motivos triviais, foge da escola
0	1	2	102	É pouco activo(a), move-se com lentidão, tem falta de energia
0	1	2	103	Infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	É barulhento(a), fala invulgarmente alto
0	1	2	105	Consome álcool ou drogas (descreva): _____
0	1	2	106	Comete actos de vandalismo
0	1	2	107	Urina-se durante o dia
0	1	2	108	Urina na cama

0	1	2	109	Anda sempre a choramingar
0	1	2	110	Desejava ser do sexo oposto
0	1	2	111	Introvertido(a), não se mistura nem estabelece relações com os outros (isola-se)
0	1	2	112	É preocupado(a)
0	1	2	113	Por favor, indique outros problemas do(a) seu (sua) 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.
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Entrevista Clínica Semi-estruturada para Crianças e Adolescentes (6-18 anos)

Versão traduzida e adaptada por M.S. Araújo, M. Gonçalves & M.J. Teixeira (1996), com autorização dos autores

Copyright 1994 S.H. McConaughy & T.M. Achenbach, Ctr. for Children, Youth & Families, U. of Vermont, I.S. Prospect St., Burlington, VT 05401

Protocolo

Nome: _____ Data: ____/____/____ Entrevistador
--

A ECSCA (SCICA) utiliza séries estandardizadas de temas e tarefas para recolher amostras de funcionamento em 9 áreas gerais: 1) actividades, escola, emprego; 2) amigos; 3) relações familiares; 4) fantasia; 5) auto-percepção, sentimentos; 6) problemas relatados pelos pais/professores; 7) testes de realização (opcional); 8) para idades 6-12 anos: pesquisar anormalidades motoras – destreza fina e grossa (opcional); 9) para idades 13-18 anos: queixas somáticas, álcool, droga, problemas com a lei. O entrevistador deve tentar cobrir todas as áreas apropriadas à idade do sujeito. A sequência das questões e os temas das secções 1 a 5 podem ser alteradas para se dar seguimento ao fluir natural da conversação do sujeito. O texto deve ser adaptado ao nível do sujeito. Para as secções 1 a 5 são adequadas questões abertas. As secções 6 a 9 deverão ser focadas após as secções 1 a 5. Um assistente (ou se necessário, o entrevistador), devem inserir seis problemas do CBCL ou da TRF na secção 6. A entrevista deve ser gravada em áudio ou em vídeo, se possível. Notas do observador sobre as observações e os auto-relatos do sujeito podem ser anotadas nas colunas para o efeito. O entrevistador deve codificar o sujeito imediatamente a seguir à entrevista.

O entrevistador começa por dizer: *“Vamos passar algum tempo a conversar e a fazer coisas juntos para que eu possa conhecer-te melhor e ficar a saber o que tu gostas e o que tu não gostas. Esta conversa é privada e não vou dizer aos teus pais ou professores o que tu me disseres, a não ser que tu me dêes autorização para o fazer. A única coisa que poderei contar é se disseres que te vais magoar a ti próprio ou a outra pessoa ou que alguém te magoou a ti”*. (Se for usado gravador dizer: *“Vamos gravar a nossa conversa neste gravador para me ajudar a lembrar o que disseres”*). Após isto, o entrevistador deverá abordar a primeira área temática ou outras áreas iniciadas pelo sujeito. Materiais de jogo podem ser utilizados com crianças mais novas que estejam relutantes em falar ou participar em actividades de desenho. Os temas são então referidos introduzindo perguntas na discussão durante o jogo. Os seguintes materiais de jogo devem estar disponíveis para adolescentes: blocos de madeira, família de bonecos com mãe, pai, rapaz, rapariga, bebé e outras figuras adultas, mobília da casa das bonecas. As perguntas específicas para idades entre os 13-18 anos estão indicadas no protocolo.

1. Actividades/Escola/Emprego	Observações	Auto-relatos
Actividades O que é que tu gostas de fazer nos tempos livres, por exemplo, quando não estás na escola? Participas em algum desporto, hobbie ou clube? Qual é o teu programa de televisão, conjunto ou personagem preferida? O que é que gostas neles?		
Escola (Se > de 16 anos, andas na escola?) Em que escola andas? Em que ano? O que gostas mais na escola? O que é que gostas mais acerca de _____? O que gostas menos na escola? O que gostas menos acerca de _____? E em relação aos teus professores. Qual é o professor que gostas mais? O que é que gostas nele? Qual o professor que gostas menos? O que é que gostas menos nele? Tens muitos trabalhos de casa? Alguém te ajuda? Como costuma ser teres _____ a ajudar-te?		

Escola (cont.) Em que disciplinas tens mais dificuldade? Tens alguma ajuda especial? Alguma vez tiveste problemas na escola? Costumas preocupar-te com a escola? Se pudesses mudar alguma coisa na escola o que mudarias?		
Emprego (13-18 anos) Tens algum tipo de trabalho? Como te sentes em relação ao teu emprego/patrão? Tens outros meios de ganhar dinheiro? Tens mesada/semanada?		
2. Actividades/Escola/Emprego	Observações	Auto-relato
Quantos amigos tens? Achas que são suficientes? São rapazes ou raparigas? Que idade têm? O que fazes com os teus amigos? Eles vão a tua casa?		

Tu vais a casa deles? Com que frequência? Fala-me de alguém que gostes? O que é que gostas nele? Fala-me de alguém que não gostes? O que é que não gostas nele? Tens algum problema em dar-te com os teus amigos? Que tipo de problemas? O que tentas fazer em relação a isso? Dentes-te sozinho(a) ou excluído(a) das coisas? O que é que costumás fazer quando isso acontece? Lutes ou discutes com as outras coisas? Essas lutas envolvem gritos ou ataques físicos? Isso acontece com outra criança ou com um grupo? O que é que normalmente inicia a discussão? Como é que normalmente acabam? Quais são outras maneiras de resolver os problemas além de lutar? (13-18 anos) O que pensas de namorar/bailes/festas? Tens namorada/namorado?		
--	--	--

O que pensa a tua família da tua vida social?		
3. Relações Familiares	Observações	Auto-relato
Quem são as pessoas da tua família? Quem vive em tua casa? Na tua casa as crianças têm quartos separados? O que pensas de ter um quarto separado/de o partilhar com _____? Quem faz as regras na tua casa? O que é que acontece quando as crianças quebram as regras? Pensas que as regras são justas ou injustas? Quais são os castigos em tua casa? Quem te castiga quando fazes algo errado? Achas que os castigos são justos ou injustos? Como é que se dão os teus pais? Têm discussões? (Se sim) as discussões são sobre o quê? O que sentes quando eles discutem?		

Se pudesses mudar alguma coisa na tua família, o que seria? (opcional) 13-18 anos Fornecer lápis e papel. Pedir para fazer um “desenho de uma família a fazer alguma coisa juntos”. As perguntas abaixo são feitas acerca do desenho depois de completo. E discutido cada membro da família. O que estão a fazer? Que tipo de pessoa é _____? Diz-me três palavras para descrever _____ Como é que _____ se sente no desenho? O que é que _____ está a pensar? Com quem te dás melhor/pior? O que vai acontecer a seguir no teu desenho? Descrição da família (se não foi pedido o desenho) Fala-me das pessoas da tua família Que tipo de pessoa é _____? Com quem te dás melhor/pior? A tua família marca-te uma hora para chegares à noite? Como te sentes acerca disso?		
4. Fantasia	Observação	Auto-relato

Se tivesses 3 desejos a pedir, o que pedirias? Razões para cada um dos pedidos O que gostavas de ser quando fores mais velho(a)? Se pudesses mudar alguma coisa em ti, o que seria?		
5. Auto-percepção/Sentimentos	Observação	Auto-relato
Fala-me um pouco de ti O que te faz feliz? O que te põe triste? O que fazes quando estás triste? O que te faz zangar? O que fazes quando estás zangado(a)? De que é que tens medo? O que fazes quando tens medo? O que é que te faz preocupar? Como te sentes a maior parte do tempo? Tiveste alguma experiência estranha ou aconteceram coisas que tu não compreendes? (investigar qualquer indicação de suicídio ou pensamentos estranhos)		
6. Problemas relatados pelos Pais e/ou Professores (opcional)	Observação	Auto-relato

Os problemas são seleccionados dos pontuados com 2 na CBCL ou TRF nas escalas em que o sujeito tenha uma pontuação elevada, ou outros problemas de comportamento. Seis problemas são registados abaixo antes da entrevista. Apresentar os problemas ao sujeito, dizendo: <i>“quero-te falar de problemas que as crianças por vezes têm e ouvir a tua opinião sobre eles. Algumas crianças têm problemas com _____. Isso é um problema para ti?”</i> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____		
7. Testes de Realização (opcional)	Observação	Auto-Relato
Dois testes estandardizados seleccionados pelo entrevistador são administrados. Tempo total 15-20 minutos. Teste de Matemática Teste de Reconhecimento de Leitura		
8. Para idades 6-12 anos: averiguar eventuais anormalidades motoras	Observação	Auto-relato
Amostra de escrita		

É pedido ao sujeito para escrever 3 frases sobre algo que gosta ou para escrever o alfabeto se o sujeito não pode escrever frases.

Sondar motricidade grossa

É pedido ao sujeito para se deslocar para o lado oposto da sala, para fazer algumas coisas à esquerda, à direita e jogar à apanhada. Verificar se o sujeito passa cada um dos itens abaixo:

Mostrar a mão direita

Mostrar o pé esquerdo

Mostrar a mão esquerda

Mostrar o pé direito

Saltar com o pé esquerdo

Saltar com o pé direito

Apanhar uma bola com as duas mãos

Apanhar a bola com a mão direita

Apanhar a bola com a mão esquerda

Questionário de Auto-Avaliação para Jovens

YSR – 11-18 (1991)

(T.M. Achenbach, Traduzido por J. Paulo Almeida)

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Idade: _____ anos

Sexo: 1 – Masculino, 2 - Feminino

Data da avaliação: __/__/____

Ano de Escolaridade: _____

Profissão do Pai: _____ Profissão da Mãe: _____

Segue-se uma lista afirmações que descreve jovens. Para cada afirmação que te descreva tal como és, agora ou nos últimos seis meses:

- Marque uma cruz (x) no **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira**;
- Marque uma cruz no **1** se a afirmação é **algumas vezes verdadeira**;
- Se a afirmação **não é verdadeira**, coloque uma cruz no **0**.

Por favor, responde a todas as afirmações o melhor que possas, mesmo que algumas vezes pareçam não se aplicar exactamente.

0	1	2	1	Comporto-me de maneira demasiado infantil para a minha idade
0	1	2	2	Tenho alergia(s)_____
0	1	2	3	Discuto muito
0	1	2	4	Tenho asma
0	1	2	5	Comporta-me como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Gosto de animais
0	1	2	7	Gabo-me, sou vaidoso(a)
0	1	2	8	Tenho dificuldade em concentrar-me, não consigo estar muito tempo com atenção
0	1	2	9	Não consigo afastar certas ideias do pensamento (descreve) _____
0	1	2	10	Tenho dificuldade em ficar sentado(a) sossegado(a) ou quieto(a)
0	1	2	11	Sou demasiado dependente dos adultos
0	1	2	12	Sinto-me só

0	1	2	13	Sinto-me confuso(a) ou como se estivesse num nevoeiro
0	1	2	14	Choro muito
0	1	2	15	Sou muito honesto(a)
0	1	2	16	Sou mau (má) para as outras pessoas
0	1	2	17	Sonho muitas vezes acordado(a)
0	1	2	18	Tento de propósito ferir-me ou matar-me
0	1	2	19	Tento que me dêem muita atenção
0	1	2	20	Destruo as minhas próprias coisas
0	1	2	21	Destruo objectos de outras pessoas
0	1	2	22	Desobedeço aos meus pais
0	1	2	23	Sou desobediente na escola
0	1	2	24	Não como tão bem como devia
0	1	2	25	Não me dou bem com os outros jovens
0	1	2	26	Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não devia
0	1	2	27	Tenho ciúmes dos outros
0	1	2	28	Estou pronto(a) a ajudar as outras pessoas quando necessitam de auxílio
0	1	2	29	Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreve): _____
0	1	2	30	Tenho medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tenho medo de pensar em alguma coisa má
0	1	2	32	Sinto que devo ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sinto que ninguém gosta de mim
0	1	2	34	Sinto que os outros me querem apanhar em falta
0	1	2	35	Sinto-me sem valor, inferior ou desprezível
0	1	2	36	Magoo-me muito em acidentes
0	1	2	37	Meto-me em muitas brigas
0	1	2	38	Fazem troça de mim com frequência
0	1	2	39	Ando com rapazes ou raparigas que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Ouçoo sons ou vozes que mais ninguém parece ser capaz de ouvir (descreve): _____
0	1	2	41	Ajo sem pensar
0	1	2	42	Gosto de estar sozinho(a)
0	1	2	43	Minto ou faço batota
0	1	2	44	Roo as unhas
0	1	2	45	Sinto-me nervoso(a), muito excitado(a) ou tenso(a)
0	1	2	46	Algumas partes do meu corpo têm contracções, movimentos nervosos (descreve): _____
0	1	2	47	Tenho pesadelos
0	1	2	48	Os outros rapazes ou raparigas não gostam de mim

0	1	2	49	Sou capaz de fazer coisas melhor que a maior parte dos rapazes ou raparigas
0	1	2	50	Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Tenho tonturas
0	1	2	52	Sinto-me excessivamente culpado(a)
0	1	2	53	Como demasiado
0	1	2	54	Sinto-me excessivamente cansado(a)
0	1	2	55	Tenho peso a mais
0	1	2	56	Tenho problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a	Dores ou sofrimento
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sinto-me enjoado
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreve): _____
0	1	2	e	Borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago
0	1	2	g	Vómitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreve): _____
0	1	2	57	Agrido fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tiro coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreve): _____
0	1	2	59	Posso mostrar-me muito amigável
0	1	2	60	Gosto de fazer novas experiências
0	1	2	61	Os meus trabalhos escolares são fracos
0	1	2	62	Tenho falta de coordenação ou sou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefiro estar com rapazes ou raparigas mais velhas do que eu
0	1	2	64	Prefiro estar com rapazes ou raparigas mais novos do que eu
0	1	2	65	Recuso-me a falar
0	1	2	66	Repito várias vezes as mesmas acções; compulsões (descreve): _____
0	1	2	67	Já fugi de casa
0	1	2	68	Grito muito
0	1	2	69	Sou reservado(a) ou guardo as coisas para mim mesmo(a)
0	1	2	70	Vejo coisas que mais ninguém parece ser capaz de ver
0	1	2	71	Estou pouco à vontade ou fico facilmente embaraçado(a)
0	1	2	72	Já provoqueei fogos
0	1	2	73	Sou capaz de fazer bem trabalhos manuais
0	1	2	74	Exibo-me ou faço palhaçadas
0	1	2	75	Sou envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	Durmo menos que a maioria dos rapazes ou raparigas

0	1	2	77	Durmo mais que a maioria dos rapazes ou raparigas, durante o dia e/ou durante a noite (descreve): _____
0	1	2	78	Tenho boa imaginação
0	1	2	79	Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreve): _____
0	1	2	80	Luto pelos meus direitos
0	1	2	81	Roubo coisas em casa
0	1	2	82	Roubo coisas fora de casa
0	1	2	83	Guardo coisas de que não preciso (descreve): _____
0	1	2	84	Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve): _____
0	1	2	85	Tenho pensamentos ou ideias que as outras pessoas acham estranhas (descreva): _____
0	1	2	86	Sou teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87	Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Gosto de estar com as outras pessoas
0	1	2	89	Sou desconfiado(a)
0	1	2	90	Uso palavrões ou tenho uma linguagem obscena
0	1	2	91	Penso em matar-me
0	1	2	92	Gosto de fazer rir os outros
0	1	2	93	Falo demasiado
0	1	2	94	Arrelio muito os outros
0	1	2	95	Tenho um temperamento exaltado
0	1	2	96	Penso demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaço as pessoas
0	1	2	98	Gosto de ajudar os outros
0	1	2	99	Preocupo-me demasiado em estar limpo(a) ou elegante
0	1	2	100	Tenho dificuldades em dormir (descreve): _____
0	1	2	101	Falto às aulas ou não vou à escola
0	1	2	102	Não tenho muita energia
0	1	2	103	Estou infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	Falo mais alto que a maioria dos rapazes ou raparigas
0	1	2	105	Consumo álcool ou drogas (descreve): _____
0	1	2	106	Tento ser justo(a) com os outros
0	1	2	107	Gosto de uma boa piada
0	1	2	108	Gosto de viver tranquilamente
0	1	2	109	Tento auxiliar os outros quando posso

0	1	2	110	Desejava ser do sexo oposto
0	1	111		Evito-me envolver com os outros
0	1	112		Preocupo-me muito
0	1			Por favor, indica qualquer outra coisa que possa descrever os teus sentimentos, o teu comportamento ou os teus interesses.

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



Pedido de autorização

Sexta-feira, 13 de Junho de 2008 16:45

De: "cpcj.chaves@sapo.pt" <cpcj.chaves@sapo.pt>
Para: patricia_carneirodrigues@yahoo.com.br

Ex.ma Sr.ª

Dr.ª Sandra Patrícia

Em resposta ao vosso pedido, a Comissão Restrita deliberou, por unanimidade, em sua reunião de 2008/06/11, autorizar o pedido dirigido a esta Comissão, referente à recolha de dados para realização de trabalho de investigação, nos termos e para os efeitos previstos no art.º 89º da LPCJ.

Com os melhores cumprimentos,
A Presidente da CPCJ de Chaves
Enf.ª Maria Inês Pereira Dias



CPCJ
MONTALEGRE

DECLARAÇÃO

Maria Irene Esteves Alves, Presidente da CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo de Montalegre declara, para os devidos efeitos que a Comissão Restrita, em sua reunião realizada no dia 11 de Junho de 2008 deliberou, por unanimidade, aceitar a consulta de processos de Promoção e Protecção, a Sandra Patrícia Carneiro Rodrigues Licenciada em Psicologia e em exercício de funções na CPCJ de Ribeira de Pena, ao abrigo do artigo 89º da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro e para efeitos de Estudo sobre “Avaliação comportamental das crianças vítimas de maus tratos”, no âmbito do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Montalegre, 12 de Junho de 2008

A Presidente da CPCJ

Maria Irene Esteves Alves

Comissão

de Protecção de Crianças e Jovens **de Ribeira de Pena**

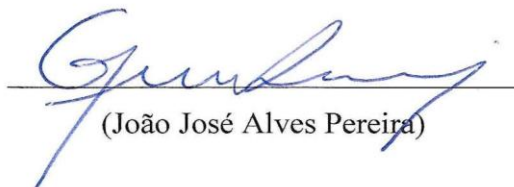
Autorização para realização de investigação

A Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo de Ribeira de Pena decidiu, em reunião da modalidade restrita do dia 17 de Abril, autorizar **Sandra Patrícia Carneiro Rodrigues**, a recolher dados junto das crianças sinalizadas nesta Comissão e das respectivas famílias para levar a cabo uma investigação acerca do impacto da vitimação infantil, no âmbito do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se unicamente para fins científicos, conforme o exposto no Artigo n.º 89 da Lei de Promoção e Protecção de Crianças e Jovens em Perigo – Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro.

Ribeira de Pena, 17 de Abril de 2008

P O Presidente da CPCJ de Ribeira de Pena



(João José Alves Pereira)



Autorização para Investigação

A Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco de Valpaços autoriza que a Dr.^a Sandra Patrícia Carneiro Rodrigues efectue um estudo com as crianças sinalizadas nesta Comissão, no âmbito do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se unicamente para fins científicos conforme o art.º 89 da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo nº147/99 de 1 de Setembro.

Valpaços, 28 de Abril de 2008

O Presidente da CPCJ

(Prof. António Fidalgo Quintino)



Despacho

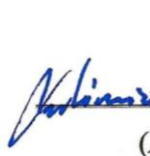
Aos Sete de Abril do corrente ano, deliberou esta Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, em sede de reunião de comissão restrita, autorizar Sandra Patrícia Carneiro Rodrigues, no âmbito da execução da Tese do Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental leccionado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, à consulta dos processos cujo objectivo é avaliar o impacto comportamental dos maus tratos nas crianças.

Para efeitos de consulta de processos, nos termos supra citados, preceitua o art. 89.º da Lei 147/99, de 1 de Setembro que aprova a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, que todos aqueles que tiverem acesso à consulta dos processos ficam obrigados ao dever de segredo profissional relativamente aquilo que tomarem conhecimento, sendo certo que a divulgação de quaisquer estudos deve ser feita de modo a que se torne impossível a identificação das pessoas a quem a informação disser respeito.

A comissão restrita decidiu ainda que todos os inquéritos, relatórios e outros instrumentos de trabalho que sejam utilizados serão arquivados em anexo aos respectivos processos.

Em face do exposto, autorizo nos termos da alínea e) do art. 24.º e para efeitos do art. 89.º da LPCJ a consulta dos processos de promoção dos direitos e de protecção constantes desta Comissão com as condições supra citadas.

Vila Pouca de Aguiar, aos 9 de Abril de 2008

O Presidente da CPCJ

COMISSÃO DE PROTECÇÃO
DE CRIANÇAS E JOVENS
MUNICÍPIO DE VILA POUCA DE AGUIAR
(Antonio Alberto Machado)