

Maria Adelaide Miranda Pires Lombo

Maus tratos às crianças: Abusos e negligência

Estudo das representações de pediatras, psicólogos, professores,
educadores de infância e técnicos de serviço social

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Maria Adelaide Miranda Pires Lombo

Maus tratos às crianças: Abusos e negligência

Estudo das representações de pediatras, psicólogos, professores,
educadores de infância e técnicos de serviço social

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Maria Adelaide Miranda Pires Lombo

**Dissertação de Mestrado
em Psicologia, na Especialidade
de Intervenção Precoce
sob a orientação do**

Professor Doutor Pedro Lopes dos Santos

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

ÍNDICE

<i>Introdução</i>	10
I PARTE:	14
<i>MAUS TRATOS: Abusos e negligência</i>	14
1. <i>Enquadramento histórico e conceptual</i>	15
2. <i>Prevalência</i>	18
3. <i>Definição</i>	21
3. 1. <i>Tipos de Mau Trato</i>	22
3.1.1. <i>Abusos</i>	22
3.1.1.1. <i>Abuso físico</i>	23
3.1.1.2. <i>Abuso sexual</i>	25
3. 1. 1. 3. <i>Abuso psicológico</i>	30
3.1.2. <i>Negligência</i>	33
4. <i>Factores de risco e factores de protecção do mau-trato</i>	35
4.1. <i>O contributo da criança</i>	44
4.1.1. <i>Factores biológicos</i>	44
4.1.2. <i>Factores neuropsicológicos</i>	45
4.1.2.1. <i>Temperamento</i>	47
4.1.2.2. <i>Vinculação</i>	49
4.2. <i>Características Parentais</i>	61
4.3. <i>Contexto Familiar</i>	63
4.3.1. <i>"Stress" da Família</i>	66
4.3.2. <i>Estrutura Familiar</i>	68
5. <i>Consequências dos Maus Tratos</i>	70
6. <i>Estratégias de prevenção e de intervenção</i>	80
6.1. <i>Aspectos Básicos dos programas de Tratamento Familiar</i>	86
6.2. <i>Ensino de Competências Parentais</i>	91
II PARTE:	94
<i>Estudo de algumas variáveis associadas às concepções de maus tratos de pediatras, psicólogos, professores, educadores de infância e técnicos de Serviço social</i>	94
<i>Introdução</i>	95
<i>Método</i>	97
<i>Resultados</i>	108
<i>Discussão</i>	128
<i>Conclusão</i>	137
<i>Referências Bibliográficas</i>	139
<i>Anexos</i>	181

Agradecimentos

Estou muito grata ao Doutor Pedro Lopes dos Santos por ter aceite a responsabilidade de orientar esta tese. Sem os seus vastos conhecimentos e experiência, não me teria sido possível abordar este tema.

Agradeço também a todos os professores do Curso de Mestrado. O seu saber, apoio e dedicação, ao longo de todas as aulas e seminários constituiu para mim uma fonte inspiradora.

Os meus agradecimentos dirigem-se também para a Dr.^a Manuela Sanches Ferreira, pelos caminhos que me sugeriu e para todos os directores dos Serviços de Pediatria, pediatras, psicólogos, professores, educadores e técnicos de Serviço Social. O meu muito obrigada a todos, pelo seu contributo para a realização da parte empírica deste trabalho.

Às minhas filhas, Liliana e Alexandra e ao meu marido, um agradecimento muito especial pelo tempo que não partilhei com eles, por tudo quanto ficaram privados durante o período de elaboração desta tese, pelas sugestões que me deram, pelo incentivo e encorajamento que me proporcionaram nos momentos de maior desânimo.

Também não posso esquecer a minha querida amiga Maria do Amparo Fernandes. Um muito obrigado pela sua disponibilidade e encorajamento.

Ao Eng. Duarte Piques e família, agradeço igualmente todo o apoio prestado.

Às pessoas que colaboraram na distribuição e preenchimento dos questionários e muito especialmente à terapeuta Glória, pela sua disponibilidade e persistência.

E, por último a todos quantos de uma forma ou de outra contribuíram para a viabilização desta tese.

Resumo

Neste estudo propusemos analisar os **maus tratos infantis** e explorar a importância das características e das experiências individuais e profissionais, nas concepções de abuso e negligência à criança, de forma particular, em indivíduos que lidam com crianças e com situações de mau trato.

Numa primeira parte realizamos uma revisão bibliográfica acerca dos maus tratos à criança. Iniciamos com o enquadramento histórico e conceptual do problema, apresentamos os vários tipos de maus tratos e descrevemos os factores de risco que os potenciam. Ponderamos os efeitos dos maus tratos no desenvolvimento físico, sócio-cognitivo, social, interpessoal, emocional, cognitivo e da linguagem. Finalizamos a parte teórica do estudo com a apresentação de alguns elementos relacionados com a prevenção e a intervenção na problemática dos maus tratos.

Na segunda parte do trabalho, levamos a cabo uma investigação exploratória, através de um questionário anónimo onde se pedia aos participantes (n=125), pertencentes a cinco grupos profissionais (pediatras, educadores, professores do 1º Ciclo, técnicos de Serviço Social e psicólogos, que cotassem a importância de determinados factores específicos para a avaliação de um acto de mau trato e que avaliassem actos específicos de abuso e de negligência descritos em vinhetas.

Na avaliação dos factores, as estimativas dos sujeitos parecem depender do estatuto ocupacional e serem independentes da sua idade, do número de filhos e da quantidade/diversidade de experiência com situações de mau trato.

No que concerne à avaliação de actos de mau trato, foi reconhecido globalmente um carácter mais severo às vinhetas incluídas nas categorias de abuso físico e sexual. Parece também poder inferir-se que quanto maior o número de situações de mau trato conhecidas pelos participantes e quanto mais velhos estes fossem, menor era a tendência para atribuírem carácter maltratante aos actos de negligência e abuso psicológico.

Abstract

The purpose of this study is to examine **child maltreatment** and explore to what extent individuals' own characteristics and professional experiences, particularly those involving child rearing and child maltreatment, influence their definitions of child abuse and neglect.

In the first part of this work it is presented a bibliographic revision of child maltreatment. We began by a conceptual framework of the problem, we mentioned several forms of maltreatment and described risk factors that may give birth to them. We considered the effects of maltreatment on physical, psychosocial, interpersonal, emotional and cognitive development, and also on language. We finished our theoretical approach to this study with a chapter about prevention and intervention on child abuse and neglect.

In the second part we made an exploratory research by means of an anonymous written questionnaire in which respondents (n=125) representing five professional groups (Pediatricians, preschool and elementary school teachers, psychologists, and social workers) were asked to rate the importance of specific factors in what concerns abuse and specific acts typical of abuse which are described in vignettes.

On assessing these specific factors, respondents share the opinion the estimates depend mainly on the individuals' professional activity and are

independent of their age, number of children and quantity/ diversity of experience in face of maltreatment situations.

Concerning the assessment of actions of maltreatment it has been, on the whole, considered as highly abusive the acts related to physical and sexual abuse.

Another conclusion is the fact that although the respondents are aware of lots of situations of maltreatment, the older they are there's a general tendency to lessen and soften their judgement of maltreatment in real situations of neglect and psychological abuse.

Resumé

Dans cette étude, c' est notre propos de faire une analyse sur **La maltraitance aux enfants** et d'explorer l'importance des caractéristiques et des expériences personnelles et professionnelles, en ce qui concerne l'abus et la négligence à l'enfant, particulièrement chez les individus qui s'occupent avec les enfants et les situations de maltraitance.

Dans la première partie de l'étude on a revu une bibliographie sur la maltraitance. D'abord on a commencé par faire une approche historique et conceptuelle du problème; on a décrit les plusieurs formes de maltraitance et les plusieurs facteurs de risque qui peuvent provoquer certaines formes de maltraitance. On a considéré les effets de la maltraitance dans le développement physique, socio-cognitive, social, interpersonnel, émotionnel, cognitive et aussi celui du langage.

On a fini la partie théorique de cette étude avec la présentation de quelques éléments sur la prévention et l'intervention en ce qui concerne le problème de la maltraitance.

Ensuite, nous avons fait une recherche exploratoire, qui comportait un questionnaire écrit, anonyme, lequel demandait aux participants (n=125) qui représentaient les cinq groupes de professionnels (pédiâtres, professeurs, éducateurs, psychologues et techniques des services sociaux), de coter l'importance de certains facteurs individuels sur la propension à maltraiter et

questionnaire écrit, anonyme, lequel demandait aux participants (n=125) qui représentaient les cinq groupes de professionnels (pédiâtres, professeurs, éducateurs, psychologues et techniques des services sociaux), de coter l'importance de certains facteurs individuels sur la propension à maltraiter et aussi d'évaluer les actions spécifiques qui pouvaient constituer un abus, lesquelles se trouvent incorporés dans des vignettes.

En faisant l'évaluation des facteurs ci-dessus, on a constaté que les attitudes des répondants dépendent plutôt de son activité professionnelle et sont indépendantes de leur âge, du numéro d'enfants et de la quantité/diversité de leur expérience face aux situations de maltraitance.

Dans l'évaluation des actions de maltraitance, les participants ont coté les vignettes qui incorporaient des actes d'abus physique et sexuel comme nécessairement les plus abusifs. Il semble que si les sujets connaissent un grand numéro de situations de maltraitance et quand ils sont plus âgés, ils ne sont pas prédisposés à considérer des actes de négligence et d'abus psychologique comme nécessairement abusifs.

Introdução

Os maus tratos às crianças são, em muitos casos, um uso arbitrário do poder dos pais.

O objectivo do trabalho no mau trato infantil centra-se em encontrar a melhor maneira de corrigir as situações que o potenciam e que segundo Garbarino (1980), dizem respeito a factores individuais, familiares, sociais e culturais, para o que se torna imprescindível uma compreensão precisa e rigorosa dos mesmos.

Na actualidade, esta compreensão dos factores de risco é muito limitada. Uma das razões que justifica tal limitação encontra-se precisamente na dificuldade em estabelecer definições precisas daquilo que se entende por mau trato na infância. Segundo Besharov (1981), pode-se afirmar que, os problemas essenciais de muitas definições utilizadas na investigação são a falta de termos comparativos, de fiabilidade e de delimitação taxonómica.

Quando existem maus tratos e, principalmente, quando eles são persistentes ao ponto de prejudicarem a médio ou a longo prazo, o desenvolvimento da criança, as características individuais dos pais devem ser compreendidas dentro do contexto sócio-cultural, que é marcado pelo isolamento social das famílias e pelos valores anti-infantis (Drotar et Eckerle, 1989).

A aceitação do castigo físico deve ser motivo de preocupação, porque o seu uso por parte de figuras que devem constituir pontos de referência para a criança, (ex.: os pais e professores) pode servir para legitimar a violência no processo de socialização (Straus, 1991). A legitimização da violência pode expandir-se também a outras relações, para além da relação pais-criança, incluindo familiares, pares, esposas, os próprios filhos, ou aqueles que ocupam posições mais dependentes no do contexto familiar (Qasem et al. 1998).

Alguns autores encontraram associações evidentes entre maus tratos na primeira infância e problemas de adaptação social em idades posteriores, especialmente na idade pré-escolar e escolar (Wodarski et al., 1990; Huesmann et al., 1984, Cummings et al., 1994; Aber et al., 1989; Toth et al., 1992; Hoffman et al., 1984; Egeland et al., 1983).

As crianças não desejadas são as que mais provavelmente sofrem maus tratos (abusos e negligências). As suas famílias, na maior parte dos casos, são profundamente disfuncionais, onde os pais não têm condições psicológicas e sócio-económicas para educar e a pobreza do quotidiano alastra a violência.

É possível sinalizar bem cedo, na infância, as crianças que estão em risco. Maus resultados académicos com grande absentismo e abandono escolar, falsa maturidade devido a uma adaptação a sistemas relacionais para os quais não está preparada a nível psicológico, são apenas alguns exemplos de um conjunto de sintomas que alertam para situações de maus tratos.

A promoção de atitudes e comportamentos, bem como a tomada de consciência do problema por pessoas significativas na vida da criança tem grande importância.

É essencial organizar programas para identificar os pais com dificuldades, de modo a ser possível ajudá-los na sua função parental e nunca defini-los à priori como incapazes. As situações de violência devem ser denunciadas precocemente, com o necessário apoio às crianças vítimas, que muitas vezes pensam que contar o sucedido agrava as suas dificuldades e optam assim por não descrever o que se passou.

Podemos concluir que, toda a problemática que envolve as crianças vítimas de maus tratos é de grande relevância para todas as pessoas que estão, directa ou indirectamente, envolvidas no seu processo educativo, sendo de realçar o papel primordial que os vários profissionais podem assumir na prevenção dos abusos e negligências à criança.

Numa primeira parte deste trabalho procederemos a uma revisão bibliográfica acerca dos maus tratos à criança. Iniciaremos com o enquadramento histórico e conceptual do problema, referir-nos-emos aos índices conhecidos quanto à sua prevalência e caracterização, em que pretendemos evidenciar que se trata de uma categoria de condutas dirigidas em sua intencionalidade para a criança e que abrange actos de omissão e de cometimento (McCrone et al., 1994; Lopes dos Santos, 1994). Apresentaremos

os vários tipos de maus tratos e descreveremos os factores de risco que os potenciam (Garbarino, 1980; Belsky, 1984; Adjukovic et al., 1993).

Finalmente consideraremos quais os efeitos dos maus tratos no desenvolvimento físico, sócio-cognitivo, social, interpessoal, emocional, cognitivo e da linguagem e apresentaremos alguns elementos relacionados com a prevenção e a intervenção nesta problemática.

Na segunda parte, apresentaremos os resultados obtidos numa investigação exploratória acerca das concepções de mau trato por parte de diversos grupos de profissionais, incluindo a análise dos factores que têm maior importância na avaliação do carácter maltratante dos actos.

Estas concepções foram investigadas através do método das vinhetas que enumeram situações hipotéticas de mau trato, escolhidas em função do enquadramento teórico apresentado ao longo da primeira parte.

I PARTE:

MAUS TRATOS: Abusos e negligência

1. Enquadramento histórico e conceptual

A evidência histórica aponta para o facto de que os maus-tratos existem desde sempre, muito embora até à segunda metade do século XIX, a sociedade os ignorasse (Machado 1996). Foi também nesta época que a vida social se polarizou em torno da família e da profissão. A mudança profundamente cultural, realiza-se em simultâneo com o reforço da família nuclear, e muito especificamente em torno da exaltação do amor maternal como elemento estruturante das relações familiares. A criança passa a desempenhar um novo papel na vida familiar, a que Badinter (in Machado, 1996), chama o “reinado da criança”. O facto de se valorizar, então, mais atenção, afecto e preocupação em relação à criança, conduziu a que determinados elementos defendessem uma atitude mais repressiva. A Igreja e o Estado intervieram no processo de socialização e foi então que emergiu uma diversidade de instituições destinadas a preencher o papel dos pais, quando estes se revelavam incapazes. Foi durante os finais do século XIX e durante o século XX, que cresceram outras forças polarizadas em torno da profissão (pediatras, educadores, psicólogos, técnicos de serviço social, etc) e instituições, leis ou costumes, nas quais as crianças viram reconhecidos os seus direitos e os pais as suas responsabilidades (Rodrigues, 1994, cit. in Silva, 1997).

Após a 2ª Guerra Mundial, a Comunidade Internacional despertou para a problemática da protecção e defesa dos menores. Na década de 60, os maus-tratos físicos foram os primeiros a serem reconhecidos, provavelmente por serem os mais óbvios. Na década de 70, foram os maus-tratos psicológicos que suscitaram mais interesse aos investigadores (Cicchetti & Olsen, 1990).

Kempe (1962), descreveu pela primeira vez o síndrome da criança Batida (Battered Child Syndrome), num artigo publicado no “Journal of the American Medical Association”, para falar do grande número de crianças que dava entrada na sua unidade de pediatria com lesões não acidentais provocadas pelos pais (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, & Silver, 1962). As concepções destes autores quanto à etiologia dos maus-tratos, atribuíam lugar proeminente à condição psicopatológica dos pais (Emery, 1989). Actualmente, os investigadores são quase unânimes em afirmar que não existe um tipo particular de psicopatologia ou padrão de personalidade, capaz de desencadear, por si só, situações de maus-tratos (op. cit.), muito embora outros autores (Bizouard, et al., 1991, cit. in Figueiredo, 1997), acrescentem que as desordens de personalidade, os quadros de comportamento anti-social, o alcoolismo e a toxicodependência dos pais constituem um risco relativamente à ocorrência de situações de abuso ou negligência.

Os modelos ecológicos de Bronfenbrenner (1974), Belsky (1980), Garbarino, ou o modelo de Cicchetti & Olsen (1990), explicam os maus-tratos em termos latos e apontam para a interacção entre as características dos pais, da

criança e as condições do meio envolvente. Na óptica de Bronfenbrenner (1974), o abuso infantil tem lugar quando os sistemas de apoio da família não actuam. No modelo de Belsky são tomados em consideração o contributo de três domínios que geram influências nas competências parentais e que podem ser considerados subsistemas que actuam entre si. São eles: as características da criança, as características parentais e os factores familiares e sociais de stress e suporte. O modelo ecológico do mau trato infantil proposto por Garbarino (1980), explica o fenómeno através de vários factores. Para além dos factores de predisposição de tipo individual, familiar, social e cultural, refere ainda factores de mediação representados pelas redes de apoio e de ajuda social bem como factores desencadeantes que dizem respeito às diferentes etapas da vida, às interpretações e às percepções que os sujeitos têm dos acontecimentos suscitadores de *stress*. Cicchetti & Olsen, (1990) alertam para a necessidade de se adoptar uma visão interactiva na compreensão do fenómeno dos maus-tratos, baseando-se no modelo transaccional de Sameroff (Sameroff e Chandler, 1975; Sameroff e Fiese, 1990), onde se enfatizam as variáveis contextuais e se evidencia o papel da família e em particular dos pais, destacando-os como a componente fundamental do contexto ambiental precoce da criança, constituindo-se deste modo, as interacções e transacções recíprocas entre pais e criança como a base do seu desenvolvimento, o qual, ainda segundo estes autores, é causado por uma multiplicidade de factores.

McGee & Wolfe (1991) consideram os maus tratos actos comunicativos desadaptados, que têm lugar quando a comunicação pais-filhos não se processa de forma adequada.

Em suma, os autores são unânimes quanto ao facto de que os maus tratos são fenómenos complexos não explicáveis a partir de uma causa única.

2. Prevalência

Nos Estados Unidos da América, Manly, et. al., (1994) dizem que entre 1982 e 1991, o número de crianças denunciadas por alegados maus tratos passou de 1,8 milhões para 2,7 milhões, de acordo com dados que obtiveram do *National Center for Child Abuse and Neglect*.

Segundo dados do *National Committee to Prevent Child Abuse*, 3 111 000 de crianças foram, em 1995, sinalizadas aos serviços de protecção como vítimas de mau-trato (Lung & Daro, 1996). Desde a década passada, o número de crianças maltratadas aumentou significativamente, cerca de 49% de 1986 a 1995, sendo certo que muitas outras não foram referenciadas (Finkelhor, 1993).

A maioria dos casos de abuso ou negligência, diz respeito a crianças com idades inferiores a 6 anos (Portwood 2000). Para Lung e Daro (1996), o

abuso sexual constitui somente 11% das denúncias de mau trato, a negligência 54% e o abuso físico 25%. Os dados do *United States Department of Health and Human Services* (1993), indicam que mais de $\frac{3}{4}$ dos casos investigados pelos serviços de protecção à criança foram denunciados por hospitais, escolas, centros de dia, serviços de saúde mental e serviços sociais. Partindo de tal constatação, inferir-se-á que existem insuficiências ao nível da identificação e denúncia por parte das agências ou instituições directamente encarregadas de zelar pelo cumprimento da lei.

Na República da Croácia, os profissionais estão de acordo, com a ideia de que os maus tratos à criança excedem em muito o número de casos denunciados. Neste país, durante o ano de 1991 mais de 3500 crianças, receberam tratamento devido a abusos ou negligência (Ajdukovic et al., 1993).

Também em estudo epidemiológico realizado em Espanha, na Comunidade Autónoma de Andaluzia, se admite que cerca de 14 crianças em cada 1000 são vítimas de maus tratos (Arruabarrena e Paúl, 1994).

Em Portugal, como em todo o mundo, é impossível conhecer e avaliar ao incidência exacta das situações de maus tratos. Hoje em dia existem escassas investigações sobre o tema e só chegam ao domínio público aqueles dados que, pela sua gravidade, são noticiados fugazmente nos meios de comunicação social. Gallardo (1994) citando extractos do Relatório Nacional apresentado no Colóquio do Conselho da Europa sobre a violência no seio das famílias, diz que a nível nacional, os agregados familiares nos quais foi

constatada violência psíquica ou física contra crianças são respectivamente em número, de 14,2 e 13,2 por 10000. A negligência tem uma incidência maior, situando-se em 29,6 por 10000.

No Kuwait, o castigo físico das crianças não é considerado do ponto de vista legal uma ofensa. Não existe aí nenhum serviço estatal ou privado que possa proporcionar serviços de protecção à criança em caso de abuso ou negligência. Considera-se que o castigo físico, unicamente diz respeito à família e não deve ser objecto de intervenção médica. Tal como noutras famílias árabes, no Kuwait, a privacidade da família é considerada sagrada e somente alguns amigos mais íntimos e parentes, estão autorizados a intervir na vida familiar. Contudo, o *Ministério dos Serviços Sociais* zela pelas crianças abandonadas e pelas que não têm lar (Qasem et al. 1998).

Straus (1991) no seu estudo, verificou que 90% dos pais americanos usavam o castigo físico para corrigir determinados comportamentos. Noutros países, o castigo físico é não só aceitável, como também apoiado pela Lei. O Estado mexicano reconhece aos pais o direito de castigar os seus filhos (Corral et al. 1995). No Canadá, a *Secção 43 do Código Criminal* permite o uso de força razoável, por parte de um professor ou de um pai, como medida disciplinar (Cohen, 1995). Por outro lado, existem outros países tais como a Austrália e a Escandinávia onde existem leis que protegem as crianças de serem agredidas (McClure & Choonara, 1992).

Apesar do abuso e da negligência, aparecerem fortemente associados à pobreza, muitas crianças que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas não são maltratadas e as situações de maus-tratos atravessam todos os estratos sócio-económicos (Knutson, et al., 1991).

Não obstante o rigor e o cuidado na obtenção dos dados pensa-se que estes não correspondem à realidade e que o fenómeno dos maus tratos assume um volume maior.

3. Definição

Nos EUA, segundo a Conferência realizada em 1989 pelo *National Institute of Child Health and Human Development*, o mau trato infantil pode definir-se como sendo um comportamento dirigido a outra pessoa que está fora das normas de conduta e que contém um risco substancial de provocar danos físicos ou emocionais (Mc Crone et al., 1994). As conclusões dessa mesma conferência estipulam ainda que o mau trato se divide em actos de cometimento (abuso físico, sexual e emocional) e actos de omissão de cuidados (ineficácia emocional/psicológica e negligência física) (McCrone et al., op. cit.).

Para Lopes dos Santos (1994), o mau trato consiste numa categoria de condutas dirigidas intencionalmente para a criança e que abrange actos de

omissão ou de cometimento. Nos primeiros, cabem as situações de negligência, que dizem respeito à falta de prestação dos cuidados mínimos e essenciais. Os últimos, abarcam casos múltiplos que implicam a acção de determinados comportamentos, onde se situam as formas de abuso sexual, as agressões, a tortura, a mutilação, as queimaduras não acidentais, etc.

3. 1.Tipos de Mau Trato

3.1.1.Abusos

Tite (1993), citando o *Ontario Ministry of Community and Social Services, 1984, Section 37*, diz-nos que naquele estado Canadiano, a responsabilidade legal nos casos de abuso não diz apenas respeito a quem inflige o dano, mas também àquele que tendo a cargo a criança falha em cuidar ou supervisioná-la adequadamente. Em Ontário a legislação considera abuso a perseguição e exploração sexual a par de qualquer acto ou situação susceptível de causar danos físicos ou emocionais (revelados por compromisso do desenvolvimento, ansiedade severa, depressão, apatia, comportamentos auto-destrutivos ou agressivos).

Os abusos às crianças constituem uma forma de violência consciente ou inconsciente, que lhes provocam graves danos psicológicos e físicos. Pode

ocorrer na família ou em instituições várias, sob a forma de injúrias, retardando o desenvolvimento da criança, podendo provocar-lhe a morte, deixar-lhe marcas irreversíveis, ameaçando os seus direitos e o seu bem-estar (Klosinski, 1993).

Para Corboz (1985), o abuso em crianças e adolescentes divide-se em três grandes categorias: "violência ou negligência física", "abuso sexual" e "abuso emocional". Este autor denomina de "violência ou negligência física", o conjunto dos comportamentos parentais a que outros autores (Kurtz, Gaudin & Howling, cit in Crittenden et al., 1994) qualificam como "abuso físico".

A literatura revela-nos o consenso de determinados autores no que concerne à existência de três formas de abuso: abuso físico, abuso sexual e abuso emocional (e. g. Alpher et France, 1993; Moeller et al., 1993; Pessoa Albert, 1991).

3.1.1.1. Abuso físico

Wayne e Avery no seu livro *Child Abuse: Prevention and Treatment through Social Group Work State*, citados por Kaufman (1983), dizem-nos que o abuso físico é definido como qualquer injúria física não accidental, infligida a uma criança por um dos pais ou por qualquer outra pessoa que cuida da criança, quer deliberadamente quer quando essa pessoa está em estado de ira. Esta

definição enfatiza o carácter intencional do acto. O abuso físico, tem recebido maior atenção por parte da escola e do público em geral, em parte, porque os seus efeitos são mais óbvios e imediatos e porque as pessoas geralmente pensam que acarretam efeitos mais nefastos.

Kempe (1962), afirma que a violência física deve implicar sempre uma acção física danificadora e directa contra a criança e pode definir-se como sendo toda e qualquer injúria que compreenda sujeição a ruídos nocivos, queimaduras, fracturas, agressões várias ou envenenamento. Para Robinson e Robertson (1994), o abuso físico pode também ser definido como *“involving physical injury, sexual abuse or deprivation of nutrition, care and affection in circumstances which indicate that the injury or deprivation may not be accidental or may have occurred through neglect”*.

As definições menos restritivas de outros autores, as quais incluem actos de omissão de carácter intencional, praticados para provocar danos à criança são criticadas por Polanski et al. (1975) porque do ponto de vista operacional é difícil verificar se um acto de omissão teve carácter intencional.

O'Toole et al. (1997) acentuam que a caracterização do abuso físico deve ter em conta a definição do grau de violência nele envolvido. Assim, em relação à injúria física, apresentam uma escala de avaliação com quatro níveis de severidade que é aplicável independentemente da observação dos danos causados. Esta escala operacionaliza os níveis da seguinte maneira:

Nível 1: “castigar batendo com a mão”

Nível 2: “bater com um pau”

Nível 3: “empurrar a criança contra a parede e ao mesmo tempo segurá-la pelos ombros”

Nível 4: “bater na cara, atingindo a criança com “socos”

3.1.1.2. Abuso sexual

De Vine, (cit in Kaufman, 1983), diz-nos que o abuso sexual não é fácil de definir, pois os comportamentos sexuais permissivos na infância variam de acordo com os tabus culturais e com as tolerâncias da própria família e da sociedade. Segundo ele, o abuso sexual pode ser definido por contactos ou interações entre uma criança e um adulto em qualquer situação onde a criança esteja a ser usada como um objecto de gratificação sexual.

Embora não exista uma definição única de abuso sexual *The United States National Center on Child Abuse and Neglect*, (cit in Moeller et al. 1993), definiu em 1978, o abuso sexual como um acto perpetrado contra uma criança, por pessoa significativamente mais velha com a intenção de estimular sexualmente a criança e satisfazer os impulsos sexuais do agressor.

Os investigadores não são unânimes em relação aos perpetradores não familiares, à idade máxima da criança (15 ou 18 anos) e quanto às idades comparativas do perpetrador e da vítima.

Num estudo sobre os abusos sexuais na infância, realizado por Finkelhor et al. (1990), no qual foram contactados telefonicamente homens e mulheres de 18 ou mais anos de idade, 27% das mulheres e 16% dos homens revelaram ter sido abusados sexualmente até à idade dos 18 anos. As definições operacionais e as percentagens do abuso sexual foram os seguintes:

- coito (14,6%)
- tocar, agarrar e beijar de forma imprópria (19,6%)
- exposição a exibição sexual ou objecto de fotografia em situação de nudismo (3,2%)
- sexo oral ou sodomia (0,1%)

Existem vários estudos que indicam que os perpetradores são geralmente homens (97-98% dos casos) e, em cerca de 20% dos casos não são conhecidos da criança (Finkelhor et al., 1990); (Cupoli & Sewell, 1988; Russel, 1983, cit Moeller et al., 1993). Estes estudos revelaram ainda que a idade média da vítima se situa por volta dos 8 ou 9 anos de idade.

Para Arruabarrena e Paúl (1994), o abuso sexual define-se como qualquer contacto sexual com uma pessoa menor de 18 anos, por parte de um adulto, desde que este exerça uma posição de poder ou autoridade sobre ela.

Ainda segundo estes mesmos autores, a criança pode ser utilizada para a realização de actos sexuais ou como objecto de estimulação sexual.

Na actualidade há uma tendência para alargar o conceito de abuso sexual e incluir as carícias sexualizadas e o exibicionismo forçado, embora se exclua o exibicionismo colectivo (Santos, 1993). A personalidade dos agressores é caracterizada por imaturidade, pelo receio do relacionamento com adultos e portanto com maior predisposição para comunicar com crianças. Santos (op. cit.), chama *congruência emocional*, à comunicação e sintonia destas pessoas com as crianças. Presentemente, existem mais casos de abuso nos meios urbanos e a autora atribui o facto ao isolamento afectivo e social a que estão sujeitas as pessoas nestes meios. As condições socio-económicas e habitacionais degradadas e os ambientes em que predomina a promiscuidade também são propícios aos abusos sexuais.

O incesto é uma das formas de abuso sexual. Arruabarrena e Paúl (1994) afirmam que se o contacto físico sexual se realiza por parte de uma pessoa de consanguinidade linear ou por irmão, tio ou sobrinho, incluindo o caso em que o adulto está assumindo de forma estável o papel de um dos pais, a situação poderá denominar-se de incestuosa.

Em Portugal começa agora a existir uma preocupação crescente em relação às situações de abuso sexual infantil e muito particularmente em relação às situações de incesto.

Araújo (1994) diz-nos que o incesto se verifica quase sempre em situações de grave disfunção familiar e provoca grandes traumatismos à criança, comprometendo seriamente o seu processo normal de desenvolvimento cognitivo, emocional, afectivo e sexual. As famílias incestuosas caracterizam-se por serem muito fechadas e rígidas, vivendo isoladas da comunidade. A sua estrutura é de tipo patriarcal. Não existem fronteiras entre as gerações e pais e filhos não têm papéis claramente definidos.

Sgroi, citado por Araújo (op. cit.) afirma que esta forma de abuso sexual é vista como a expressão sexual dum abuso de poder e de confiança exercido sobre a criança, no contexto duma relação de responsabilidade e autoridade intrafamiliar.

Na década de 80, o abuso sexual das crianças, nas creches, recebeu considerável atenção. O público ficou com a noção que as crianças estão numa situação de maior risco quando colocadas nestas instituições. No entanto, baseados em dados obtidos num estudo norte-americano sobre o abuso sexual, Finkelhor, et al., (1988), concluíram que uma criança tem um risco menor de sofrer abusos numa creche do que em sua própria casa. Contudo, e ainda segundo estes autores, o abuso sexual pode ocorrer em qualquer lugar onde se encontrem crianças, incluindo creches.

A literatura fala-nos também de “abuso ritual” e “abuso satânico”, relacionados com o abuso sexual. Jones David, (1991) definem o abuso ritualístico como o abuso que ocorre num contexto ligado a alguns símbolos ou

grupos de actividades que têm uma conotação religiosa, mágica ou sobrenatural, e onde a evocação destes símbolos ou actividades são repetidas muitas vezes e usadas para assustar e intimidar a criança.

Estes autores consideram três subtipos de abuso ritual: *true cult-based*, onde o abuso sexual é uma componente do envolvimento total da criança nos cultos e crenças rituais; *pseudo-ritualistic*, onde o abuso sexual é a actividade principal e os cultos rituais são considerados secundários e *psychopathological ritualism*, onde os adultos mentalmente doentes abusam das crianças empregando rituais idiossincráticos. Por outro lado há autores que têm uma definição mais abrangente de *abuso ritualístico* e que o definem como o abuso sexual, físico e psicológico, repetitivo e sistemático, em crianças, efectuado por adultos como parte de um culto ou veneração , (Kelly, 1988; Jones, 1991)

Adoptando o tipo de abordagem seguido na avaliação do abuso físico, O' Toole et al. (1997) procuram aferir a gravidade dos actos de abuso sexual através de uma escala que contempla os seguintes níveis:

Nível 1 "mostrar imagens pornográficas de forma explícita."

Nível 2 "numa ocasião, pelo menos ter tocado na nas partes genitais da criança."

Nível 3 "sugerir repetidamente à criança para terem relações sexuais"

Nível 4 "Numa ocasião, pelo menos ter-se envolvido em contactos sexuais"

3. 1. 1. 3. Abuso psicológico

O abuso emocional, genericamente designado por mau trato psicológico (cf. Brassard, Germain & Hart, 1987; Garbarino, Guttman & Seely, 1986; Klosinsky, 1993) abrange todos os aspectos afectivos e cognitivos do mau trato à criança, incluindo os actos de omissão e de cometimento.

O termo mau trato psicológico foi rotulado por Laury & Meerloo (1967) de “crueldade mental” e por Lourie & Stefano (1978) de “abuso emocional”.

Em 1981, *The National Center of Child Abuse and Neglect*, nos Estados Unidos da América (cit in klosinski, 1993), identificou as seguintes categorias de “mau trato emocional”:

- 1) “agressão verbal e emocional”;
- 2) “deixar a criança fechada em situações de isolamento”
- 3) “inadequada criação/afeição”;
- 4) “ter conhecimento de que a criança tenha comportamento mal adaptativo”.

klosinski (1993) citando *The American Humane Association*, (1980), diz-nos que o abuso emocional é definido como sendo um comportamento activo, intencional, depreciativo ou outro comportamento abusivo, dirigido à criança, com efeitos sobre o bem estar emocional da criança.

Já em 1987, Brassard et al., alertavam para a lista publicada pelo *Office for the Study of the Psychological Rights of the Child*, que mencionava sete formas principais de mau trato psicológico:

1. “rejeição”
2. “degradação”
3. “terror”
4. “isolamento”
5. “corrupção”
6. “exploração”
7. “ausência de resposta emocional”.

Segundo Klosinski (op. cit. 1993), embora se tenham feito avanços no sentido de uma clarificação das diferentes formas que o mau trato psicológico abarca, ainda não existe um critério claro para que se possa fazer bem a distinção. Este autor, afirma estar de acordo nesta questão com McGee et Wolfe (1991) e cita-os quando diz que o mau trato psicológico diz respeito a qualquer padrão de comunicação que pode inibir e danificar uma parte importante do desenvolvimento da criança.

Burnett (1993) realizou um estudo que teve como um dos principais objectivos identificar também comportamentos de adultos que seriam considerados de abuso psicológico. Foram identificados nove tipos de conduta:

1. Guardar fechada uma criança num espaço restrito
2. Humilhação severa em público

3. Cinderella Syndrome.¹
4. Abuso verbal severo²
5. Encorajamento e incitação à criança para a delinquência.
6. Ameaçar uma criança.³
7. Negação de terapia psicológica quando esta foi prescrita por um profissional de saúde mental.
8. Não permitir à criança o crescimento emocional e social.
9. Não proporcionar uma atmosfera de amor e de suporte.

Segundo Crittenden et al. (1994) existem poucos estudos que focam o mau trato psicológico. Isto deve-se provavelmente ao facto da definição do mau trato psicológico ser problemática, com alguns investigadores focalizados nas condutas parentais (Baily & Baily, 1986) e outros nas consequências ou sequelas produzidas nas crianças (Aber & Zigler, 1981).

¹ Esta forma de abuso é muitas vezes designada pela expressão *Cinderella Syndrome*. Burnett (1993) refere que na situação em causa se observam notáveis diferenças no modo como uma criança é tratada comparativamente com outra vivendo na mesma casa.

² Whiting, (1976), afirma que este tipo de abuso se refere a crianças que são rejeitadas de forma explícita, rejeição esta que as faz sentir não amadas, ou quando são usadas como arma ou "rídículo". Outros autores (Giovanni e Becerra, 1979; Baily e Baily, 1986; Murphy et al, 1979; Bahr, 1981; Garbarino et al., 1986) descrevem igualmente as agressões verbais (abusos verbais) como forma de abuso psicológico.

³ Ameaças feitas à criança com a morte, com injúrias, com a perspectiva de abandono ou com comportamentos sexuais. Miller (1983), acrescenta outras condutas, tais como a manipulação da criança através do susto, feita de tal forma intensa que destrói ou impede a curiosidade natural desta.

3.1.2. Negligência

Muitos dos atentados à infância dizem respeito a lapsos na supervisão parental. Estes lapsos denominam-se de actos de negligência. (Feldman et al., 1993).

Existem várias definições de negligência. Umas mais restritivas e outras mais abrangentes. Nas mais restritivas, vulgarmente utilizadas pelos serviços de protecção infantil, encontra-se implícito um sentido de responsabilidade e portanto de culpabilização dos pais. Estas são também mais fáceis de operacionalizar, porque restringem o conceito e as possibilidades de compreender o fenómeno.

As definições mais abrangentes referem todo o conjunto de entidades e instituições que deveriam ser responsáveis pela satisfação das necessidades básicas da criança. Apresentam no entanto riscos, como o de absolver os pais da sua responsabilidade parental, atribuindo-a à sociedade em geral. São também mais problemáticas para serem postas em prática.

Para Kadushin & Martin (1988), a negligência é um problema muito mais sério que o abuso sexual e o abuso físico. Cerca de 85% das crianças experienciaram durante a sua infância alguma forma de negligência (Cook, 1991). Geralmente na definição de negligência, a ênfase é posta nos actos de omissão (Kaufman, 1983). Segundo Polanski et al.(1975), a negligência é uma condição na qual alguém responsável pela criança, quer deliberadamente, quer

através de falta de atenção extraordinária, permite que a criança experiencie sofrimento evitável e/ou falhe em proporcionar um ou mais dos ingredientes geralmente considerados essenciais para o desenvolvimento físico, intelectual e emocional.

Foram já feitos vários estudos, no sentido de se definir quando é que um acontecimento pode ser considerado abusivo ou negligente (Alter, 1985, Snyder, & Newberger, 1986; Feldman et al., 1993). Zellman, (1990), refere no entanto que permanece ainda algum desconhecimento quanto aos acidentes ocorridos na infância motivados por negligência (Margolin, 1990; Reese & Grodin, 1985).

Segundo Feldman et al., (1993), as decisões do pessoal de saúde em atribuir à negligência dos pais determinados afogamentos ocorridos na infância, são grandemente influenciadas pela raça e pela classe socioeconómica das famílias das vítimas.

Snyder e Newberger, (1986), realizaram um estudo que visava saber qual a opinião de vários profissionais de serviço hospitalar quanto aos casos de afogamento ocorridos, que poderiam ter sido motivados por negligência ou por abuso. As assistentes sociais e as enfermeiras julgavam os casos de uma forma mais severa, comparativamente aos pediatras e aos psiquiatras. Num estudo semelhante realizado por Feldman et al (1993), também as assistentes sociais revelaram avaliar os casos mais severamente, embora as enfermeiras se

tivessem mostrado menos severas que os pediatras, contrariamente aos dados obtidos no estudo de Snyder e Newberger (1986).

4. Factores de risco e factores de protecção do mau-trato

Factores de risco

É reconhecido de forma generalizada entre os profissionais, que uma multiplicidade de factores de risco e factores protectores estão associados à ocorrência / não ocorrência de abuso e negligência à criança (Brown et al. 1998). A presença de factores de risco múltiplos aumenta a predisposição para o mau-trato à criança, tal como foi encontrado em relação às desordens mentais na infância (Brown et al. 1998); Rutter, 1979; Sameroff, 1989).

Investigações anteriores identificaram as quatro grandes classes de variáveis associadas ao risco de abuso à criança: as variáveis demográficas, as relações familiares, as características parentais, e as características das crianças (Belsky & Vondra, in press).

O mau trato parece dever-se a uma conjugação de factores de ordem individual, familiar, social e cultural, sendo também consequência de um

conjunto de causas, o que torna difícil, obviamente, identificar a etiologia (Cirillo e Blasio, 1991).

Falar de mau trato implica então a avaliação dos factores que poderão contribuir para a sua severidade e que por isso facilitam ou dificultam a intervenção, constituindo em paralelo risco evidente para o desenvolvimento da criança.

O modelo ecológico do mau trato infantil proposto por Garbarino (1980), explica o fenómeno através de vários factores. Para além dos factores de predisposição de tipo individual, familiar, social e cultural, refere ainda factores de mediação representados pelas redes de apoio e de ajuda social e factores desencadeantes que dizem respeito às diferentes etapas da vida, às interpretações e às percepções que os sujeitos têm dos acontecimentos e ao seu *stress*.

O quadro seguinte pretende resumir este modelo ecológico.

Modelo ecológico do mau trato infantil de J. Garbarino (1980)

Factores individuais	Factores familiares estabilidade do casal	Factores sociais	Factores culturais
• percepção das próprias experiências infantis • práticas educativas • saúde física e mental • tolerância às frustrações • como proceder para a solução do problema • capacidade de fazer frente às dificuldades • imagem de si mesmo • controle	• interação entre os membros da família • necessidades particulares de cada um dos membros • estrutura familiar • redes de relações familiares • violência familiar	• redes sociais formais e informais • bem-estar geral da comunidade • condições de habitabilidade • integração social • estruturas de apoio da comunidade • recursos económicos • desemprego	• atitude face à violência • atitude face aos castigos • atitude face à educação • concepção de família • concepção de sociedade • concepção das instituições de apoio à família • significado atribuído aos conceitos de mérito, individualismo, progresso e tecnologia

1

Sistema social de apoio/Rede social Grau de conexão e qualidade das relações interpessoais da família Filiações em instituições e em organizações
--

2

Sucessos nas diferentes etapas da vida	Interpretação dos factos	Stress subjectivamente sentido	Mau-trato à criança
--	--------------------------	--------------------------------	---------------------

3

- 1) factores que predispõem
- 2) factores de mediação
- 3) factores que precipitam

Não é a presença de um factor específico, mas antes o número total de factores de risco presentes, que estão relacionados com os *outcomes* mais negativos (Seifer, Sameroff, Baldwin, & Baldwin, 1992).

Kotch, et al., (1995), num estudo efectuado para testar o modelo ecológico de mau trato, demonstraram que ter recebido ajuda da *Medicaid*, nível de educação maternal baixo, a presença em casa de uma criança dependente, depressão maternal e a separação precoce da mãe, são factores que faziam prever situações de mau trato à criança durante os primeiros anos de vida. Estes autores puderam também verificar que determinados acontecimentos de vida tendiam a aumentar ou a diminuir o risco de denúncias de mau trato, dependendo da presença de suporte social. Resultados semelhantes foram observados nos 2 primeiros anos de vida (Kotch et al., 1997). Estes estudos permitiram também concluir que o nível de educação maternal, os problemas psicossociais maternais tais como a depressão, sintomas psicossomáticos, o consumo de álcool, a participação em programas de suporte público tais como *Aid to Families with dependent Children (AFDC)*, *Food Stamps*, *Special Supplemental Food program for Women, Infants and children (WiC)*, o facto de ter outras crianças dependentes em casa, e o facto de a mãe ter vivido só até à idade de 14 anos com a sua própria mãe, constituíam factores que faziam prever mautrato à criança, até ao 4º aniversário da criança.

Os dados da investigação indicam que a prevalência dos casos de abuso e negligência é maior junto das famílias de baixo suporte social (Garbarino, 1980; Strauss 1979; Whipple et al. 1991; Kotch et al. 1999). Há no entanto, efeitos de acúmulo entre esta variável e a ocorrência de eventos de vida stressantes ou a depressão parental. É de facto entre as famílias com elevados

níveis de stress ou depressão que o impacto do baixo suporte social se torna mais óbvio, aumentando exponencialmente o número de denúncias de maus tratos (Kotch, et al., 1995; 1997;2000).

A predisposição para o mau-trato à criança, aumenta substancialmente à medida que aumenta o número de factores de risco presentes (Rutter, 1979; Sameroff, 1989). De acordo com o estudo de Kotch et al. (1999), quando não se encontravam presentes factores de risco, a prevalência de maus tratos foi de 0% para o abuso físico, 2% para a negligência), 1% para o abuso sexual e 3% para outras formas. Os valores de prevalência aumentavam para 16% no caso de abuso físico, 15% para a negligência, 33% para o abuso sexual e 24% para qualquer outro tipo de mau trato, quando quatro ou mais factores de risco estavam presentes.

O baixo envolvimento maternal, a separação precoce da mãe e problemas perinatais põem a criança em risco de abuso físico enquanto que a pobreza e uma família numerosa se apresentam fortemente associadas à negligência (Zuravin & Greif, 1989). As filhas, as crianças portadoras de deficiência, os orfãos de pai, e as que vivem com um padrasto têm um risco maior de abuso sexual (Brown et al. 1998; Finkelhor et al. 1990; Jason et al.1982; White et al. 1987). Outros factores associados ao risco de mais de um tipo de abuso incluem a separação precoce da mãe, o baixo nível de educação maternal, o baixo envolvimento parental, a insatisfação maternal com a criança,

doença crónica da mãe, monoparentalidade e a dependência da ajuda Estatal (Kotch et al. 1999).

Neste trabalho, ao abordarmos os factores de risco associados ao mau trato, adoptamos como referência, o modelo do processo de determinantes das competências parentais de Belsky (1984). É um modelo ecossistémico, uma vez que proporciona uma perspectiva baseada na interacção entre os diversos factores.

Neste modelo, são tomados em consideração o contributo de três domínios que geram influências nas competências parentais e que podem ser considerados subsistemas que actuam entre si. São eles: as características da criança, as características parentais e os factores familiares e sociais de stress e suporte.

Segundo Belsky (1984), o subsistema parental tem como função ser o sistema de amortecimento mais importante nas situações de mau trato, quando se faz sentir o “stress” e quando não é adequado o apoio social. Nesta acção protectora, assume importância crucial o tipo de relações conjugais e a qualidade dos recursos psicológicos dos pais.

Confirmando esta posição, Wolfe (1991), afirma que é agora reconhecido em larga medida que pessoas absolutamente normais, sob a influência de stress extremo e em situações de desmembramento da família nuclear podem abusar ou negligenciar mais facilmente as crianças.

Factores de protecção

- **Resiliência**

A resiliência tem sido definida como “o processo de, a capacidade para, ou o *outcome* de uma adaptação bem sucedida apesar de circunstâncias desafiantes ou penosas” (Masten, Best, & Garmezy, 1990).

Existem vários modelos teóricos que se propõem explicar os processos envolvidos na resiliência, cada um dos quais incorpora termos e conceitos complexos.

Uma criança é resiliente ao mau trato, se ela, demonstra funcionamento competente, em certas áreas, apesar de ter sofrido mau trato, no passado ou no presente. Entre os estudos que abordam a resiliência ao mau trato, existe uma grande variabilidade na definição de funcionamento competente. Na literatura do mau trato, funcionamento competente, tem sido definido como a ausência de sintomas depressivos ou de outros sintomas clínicos (Kaufman, 1991; Moran & Eckenrode, 1992), ser sinalizado por funcionamento bem sucedido (Valentine & Feinauer, 1993), conseguir graduação por uma escola de ensino superior (Herrenkohl, Herrenkohl, & Egolf, 1994), ou atingir bons níveis em variáveis de personalidade relevantes-eg: auto-estima, skills sociais, competência cognitiva (Cicchetti, Rogosch, & Holt, 1993; Herrenkohl et al, 1994; Moran & Eckenrode, 1992).

Muitos estudos acerca da resiliência, têm examinado os vários factores de protecção que medeiam a relação existente entre mau trato à criança e ajustamento. Muitas vezes as variáveis protectoras são escolhidas na base da tríade dos factores apresentados por Werner (1989) e Luthar e Zigler (1991):

- atributos individuais da criança (ex: responsividade, independência, competência intelectual);
- relação familiar segura e reconfortante;
- existência de suportes extrafamiliares (ex., pares, professores).

•Atributos individuais da criança

Algumas variáveis têm sido identificadas como traços de personalidade da pessoa resiliente: competências cognitivas acima da média (Cicchetti et al., 1993). auto-estima alta, (Cicchetti et al., 1993; Moran & Eckenrode, 1992; Valentine & Feinauer, 1993).locus de controlo interno, (Himelein & McElrath, 1996; Moran & Eckenrode, 1992). ego-resiliência, e elevado controlo do ego (Block & Block, 1980, cit Heller et al, 1999)

Estudos longitudinais sugerem que elevados skills cognitivos de desenvolvimento, são um factor de protecção para indivíduos vítimas de abuso (Herrenkohl et al., 1994).

• **Relação familiar segura e reconfortante**

O prestar cuidados, a presença de um adulto que trate e dê suporte à criança e mudanças familiares positivas, parecem estar relacionadas com a resiliência na literatura do mau-trato (Egeland et al., 1993; Romans et al., 1995; Toth & Cicchetti, 1996^a, 1996b; Heller et al. 1999). Egeland et al. (1993), puderam verificar que numa amostra de alto risco, de crianças maltratadas, e não maltratadas, uma vinculação segura com a mãe aos 12 e aos 18 meses servia de factor de protecção. Estes autores sugerem que um prestador de cuidados responsivo permite à criança que ela confie mais nos outros, que se sintam mais competente e que explore melhor o ambiente.

• **Existência de suportes extra familiares**

Um ambiente escolar estruturado, a intervenção familiar, a participação numa comunidade religiosa e o envolvimento em actividades extracurriculares ou passatempos têm sido associados à resiliência face ao mau trato (Egeland et al., 1993; Herrenkohl et al., 1994; Valentine & Feinauer, 1993).

4.1. O contributo da criança

4.1.1. Factores biológicos

Segundo Belsky (1993), são necessários mais estudos de tipo longitudinal que delimitem o verdadeiro papel que a criança desempenha na interacção maltratante. Contudo parecem existir alguns dados que assinalam uma maior frequência de mau trato físico em determinadas crianças que podem ser consideradas mais vulneráveis (Gallardo, 1994). Segundo Nesbit Wayne (1991), as crianças com necessidades educativas especiais têm uma vulnerabilidade maior desde o nascimento para o mau trato físico e emocional.

Para Claussen et al. (1991) os índices de mau trato físico decrescem em função da idade da criança. Para estes autores, tal facto poderia dever-se a uma maior tendência a usar o castigo físico para com as crianças mais pequenas, em vez das agressões verbais. Não obstante, num estudo realizado por estes mesmos autores, com crianças entre os dois e os seis anos de idade, esta tendência não foi confirmada, já que o mau trato psicológico foi encontrado a ocorrer em mais de 90% dos casos.

As crianças mais pequenas têm, por outro lado, mais dificuldades no controlo das emoções e este facto pode aumentar as possibilidades de provocar irritação nos pais e perda do controlo.

Não obstante, a presença de índices elevados de mau trato físico, em crianças prematuras, deficientes, ou de baixo peso (White, Benedict, Wulff, & Kelley, 1987), esta tendência não foi confirmada de forma generalizada em todas as investigações efectuadas e os resultados são inconsistentes também, quando se avalia a saúde global, a utilização de cuidados intensivos ou a presença de handicaps físicos. Apesar de tudo, adoptando a perspectiva interaccional preconizada por Belsky é compreensível que tais factores de vulnerabilidade não constituam factores de risco em todas as situações. Talvez se apresentem como um risco, em famílias com pais também vulneráveis por razões de tipo psicológico ou social.

Os estudos também apontam para o facto de as raparigas estarem em maior risco de abuso sexual do que os rapazes (Jason, et al., 1987, cit in Brown et al. 1998).

4.1.2. Factores neuropsicológicos

Johnson & Morse (1968), afirmam que 70% das crianças de famílias abusivas têm problemas físicos ou de comportamento antes do abuso ter lugar.

Numa investigação efectuada por Knutson et al. (1993) que abarcou uma amostra de 351 crianças em idade pré-escolar, com dificuldades de

comunicação associadas a problemas auditivos, de linguagem, bem como a falta de apetite, foram encontrados indícios de negligência e de abuso emocional, bem como de abuso físico e sexual. Segundo Arruabarrena e Paúl (1994), há dados que confirmam, que existem mais problemas de comportamento, em crianças maltratadas. Contudo, segundo Belsky (1993), não permanece claro na actualidade se as crianças apresentam mais problemas de conduta, ou se são unicamente entendidas como mais problemáticas por parte dos pais, nem se tais problemas de conduta, no caso de existirem, são prévios ou posteriores à emergência do mau trato físico.

Friedrich & Boriskin (1976); Knutson, Schartz, & Zaidi (1991), encontraram sintomas de ADHD (Distúrbio Hiperactivo por Défice de Atenção), associados ao abuso. Contudo num estudo efectuado por Whitmore et al. (1993), em dois grupos de irmãos: um com sintomas de hiperactividade e o outro não apresentando estes problemas, não foi possível encontrar uma relação positiva entre o grau de hiperactividade/sintomas de agressividade e o nível de mau trato. Segundo Whitmore et al. (op. cit.), o comportamento hiperactivo da criança não foi considerado um factor capaz de desencadear a tendência parental para o abuso. "Thus the hypothesis that hiperactive children would report more physical punishment, harsher discipline, less positive parental contact, and more parental rejection was not supported."

Muitos investigadores que afirmaram existir uma relação positiva entre hiperactividade e abuso, não incluíram nos seus estudos um grupo de irmãos para controlar as variáveis familiares (Whitmore et al., 1993)

Frodi (1980), estudou também as características infantis que desencadeiam os maus tratos parentais. Pôde verificar que os comportamentos agressivos e desagradáveis, tais como o choro estridente e contínuo das crianças, o atraso em adquirir o controlo dos esfíncteres e a repugnância pelas refeições são comportamentos susceptíveis de gerarem maus tratos físicos nas crianças.

4.1.2 1. Temperamento

Segundo Chess & Thomas (1983), o temperamento é o conjunto das diferenças individuais realçadas do comportamento espontâneo e reactivo, que se mantêm ao longo da vida da criança e que se julga terem influência na sua interacção com os pais e na forma como responde a situações novas.

Parece existir uma relação entre o temperamento do bebé e a interacção com a mãe. Belsky (1984), citando Campbell diz-nos que, se as mães classificam de difícil o temperamento do filho aos três meses de idade, têm com este uma interacção de pior qualidade.

Para Carey (1986), as situações de abuso ou negligência não têm a ver somente com variáveis psicológicas ou sociais por parte dos pais. Segundo a autora, o temperamento do bebé desempenha também um contributo muito importante. A criança em risco é percebida pelos pais como tendo um temperamento difícil.

Segundo Chess e Thomas (1983) existem nove domínios fundamentais no estudo do temperamento na infância. São eles:

- O **nível de actividade** que diz respeito ao comportamento motor observado durante o banho, nas refeições e durante o sono.
- A **ritmicidade** que é referente à predictibilidade ou impredictibilidade das funções biológicas.
- A **aproximação -retracção** que diz respeito ao tipo de resposta a novos estímulos.
- A **adaptabilidade** que se refere às reacções a novas situações.
- O **limiar de resposta** que avalia o nível de intensidade da estimulação que é necessária para que a criança reaja.
- **Intensidade da resposta** que é referente à energia que a resposta contém.
- **Qualidade de humor** que está associado à quantidade de boa ou má disposição do bebé durante o dia.
- **Distractibilidade** que está ligada à facilidade ou dificuldade com que a atenção do bebé sofre perturbações.

- **Persistência** que avalia o grau de facilidade ou dificuldade com que a criança se consegue manter em determinada actividade.

Parece também existir uma influência recíproca entre o temperamento da criança, padrões de vinculação e suporte social. Quando os bebés são facilmente irritáveis e o contexto social é de baixo suporte parece desenvolverem-se de forma mais frequente padrões de vinculação insegura, pois segundo Crockenberg (1981), o facto dos bebés serem facilmente irritáveis ocasiona nas suas mães uma maior tendência para uma menor reactividade o que contribuirá para o aparecimento de um padrão de vinculação insegura.

Belsky (1980), também considera o temperamento da criança como um dos factores de risco associados ao mau trato e afirma que quando os pais possuem pouca ou nenhuma experiência em cuidar de uma criança e são confrontados com um filho de difícil temperamento, com deficiências físicas ou prematuro, é muito possível que o maltratem, se não lhe for dado apoio por um familiar ou amigo.

4.1.2.2. Vinculação

Este conceito proposto por Bowlby, (1969). Segundo este, o desenvolvimento desta ligação afectiva relaciona-se com o desenvolvimento

cognitivo. A vinculação é caracterizada por comportamentos que visam buscar ou manter a proximidade espacial e o contacto físico. O comportamento de vinculação é para Bowlby (1969) “visto como aquilo que ocorre quando são activados certos sistemas comportamentais”. Este autor diz-nos ainda que os sistemas comportamentais que se desenvolvem no bebé são fruto da sua interacção com o meio ambiente e, muito especialmente, fruto da sua interacção com a principal figura desse meio que é tipicamente a mãe. Para Bowlby, a função da vinculação é aumentar as possibilidades de protecção da criança.

A relação de vinculação começa cerca do 1º ano de vida, o que coincide com o desenvolvimento da locomoção na criança, permitindo-lhe buscar e manter a proximidade, em vez de confiar apenas nos sinais exteriores para captar a atenção do prestador de cuidados. Assim, os comportamentos de vinculação começam a focalizar-se à volta de uma figura ou de várias figuras particulares, normalmente o primeiro prestador de cuidados.

Bretherton (1985), sugere que o sistema de vinculação funciona como um sistema de manutenção de segurança. O comportamento de vinculação será activado mais intensamente em situações nas quais a criança experimenta ansiedade ou pânico.

Bowlby (1969) propôs que a qualidade da vinculação depende da rapidez e prontidão das respostas dos adultos aos sinais da criança. Assim sendo, as crianças tendem a tornar-se vinculadas de forma segura, aos

indivíduos que de forma consistente e apropriada respondem aos seus comportamentos de vinculação. Ainsworth e os seus discípulos (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) propuseram que uma vinculação segura da criança à mãe, emerge de uma mãe que é sensível às necessidades e sinais da criança. Contudo, comportamentos insensíveis da mãe para com a criança não conduzem necessariamente ao não estabelecimento de nenhuma relação de vinculação (Ainsworth, 1980). A criança, torna-se assim vinculada de forma insegura ao prestador de cuidados.

Ainsworth et al. (1978), utilizando um esquema complexo de observação laboratorial (situação estranha) identificaram três padrões gerais mediante os quais se organizam os comportamentos de vinculação:

- **Padrão A-** padrão de vinculação ansiosa evitante. Os bebés são classificados como “ansiosamente apegados à mãe e esquivos.” Segundo Ainsworth et al (1978), evitam a mãe nos contactos, sobretudo após curtos episódios de separação. Muitos deles tratam um estranho de melhor forma do que o fazem com a própria mãe.
- **Padrão B-** padrão de vinculação segura. Os bebés classificados neste padrão caracterizam-se por serem activos durante as brincadeiras, por procurarem contacto quando experienciam curtos episódios de separação, sendo então facilmente confortados e voltando rapidamente a interessarem-se pela exploração.

- **Padrão C-** padrão de vinculação ansiosa resistente. Os bebés classificados neste grupo oscilam entre a procura da proximidade e do contacto com a mãe e a resistência ao contacto e à interacção com ela.

Estes padrões de vinculação recebem influências de diversos factores e resultam da evolução da interacção mãe-bébé. Para Bowlby (1969), tal como as características iniciais de um bebé podem influenciar o modo como a mãe cuida dele, também as da mãe podem influenciar o modo como o bebé lhe responde. Por seu lado o papel da mãe na situação é complexo. “Deriva não só da sua dotação inata mas também de uma longa história de relações interpessoais em sua família de origem, (...) assim como da longa absorção dos valores e práticas da sua própria cultura” (Bowlby, 1969).

Crittenden (1985) propõe o padrão de vinculação A-C para as crianças abusadas e negligenciadas, que inicialmente foram classificadas como seguras. Estas não apresentavam os tradicionais níveis baixos de resistência e evitamento em simultâneo com níveis moderados e elevados de proximidade, procura e manutenção do contacto, típicos das crianças seguramente vinculadas (Carlson et al, 1989). Estas crianças apresentam uma combinação fora do comum de altos níveis quer de evitamento, quer de resistência na busca da proximidade e da manutenção do contacto.

Main e Solomon (1986, 1990), desenvolveram as características de um padrão desorganizado /desorientado ou grupo D. Estes autores encontraram em conjunto, os comportamentos descritos na categoria A-C, muito embora o que

se tornou mais evidente fosse a perda completa de estratégias necessárias para lidarem com o stress. Estas crianças também demonstram outros comportamentos: movimentos incompletos, não dirigidos e contínuos; falta de actividade, movimentos lentos, assimétricos e inoportunos (Main & Solomon, 1990).

Ainsworth e os seus discípulos, verificaram que as mães das crianças seguras eram prestadoras de cuidados mais sensíveis e responsivas e que as necessidades das crianças eram satisfeitas prontamente e apropriadamente. Quando as crianças estavam stressadas, rapidamente procuravam a figura de vinculação. As crianças tendiam a ser facilmente acalmadas e confortadas pela figura de vinculação e rapidamente se mostravam prontas para explorar uma vez mais o ambiente.

As mães das crianças inseguramente vinculadas tendem a ser insensíveis, não disponíveis, não responsivas e respondem de forma inapropriada aos filhos. As mães das crianças ansiosas/evitantes tendem a ser mais rejeitantes, mal humoradas, envolvidas excessivamente e de forma abusiva. As suas crianças desenvolvem estratégias comportamentais próprias para lidar com elas. Na separação, as crianças mostram muito pouco stress ou preocupação e nos episódios de reunião tendem a evitar a mãe, em vez de buscarem proximidade. As mães das crianças ansiosas ambivalentes caracterizam-se por revelarem afastamento, não envolvimento e inconsistência (Carlson, et al., 1989). Segundo Morton et al (1998) "...traditional attachment

theory views maternal sensitivity and responsiveness as the key determinant of the attachment relationship”.

Outros investigadores apontam para o papel da criança na formação da vinculação. Mais especificamente, que o temperamento da criança pode influenciar a qualidade da vinculação. Certos estudos foram capazes de prognosticar a qualidade da vinculação através de variáveis temperamentais (Bates, et al., 1985; Miyake, et al., 1985). Contudo outros estudos falharam em descobrir uma correlação entre as cotações maternas do temperamento da criança e vinculação segura (Belsky et al., 1984).

Egeland & Farber (1984) verificaram que a qualidade da relação de vinculação era responsável pela mudança dos comportamentos em ambos os membros da díade. Se o comportamento fosse por si só o maior determinante da vinculação então existiria a mesma qualidade de vinculação com todas as figuras de vinculação, enquanto que a prática nos mostra que uma criança pode ser vinculada inseguramente à sua mãe e mesmo assim estabelecer uma vinculação segura com o seu pai (Main & Weston, 1981). Para além disso, elas têm a capacidade para colaborar, quando um segundo adulto sensível é introduzido, sugerindo que o comportamento da criança é uma resposta à interacção, em vez de ser devido ao temperamento desta. Crittenden (1985) argumenta que os seus resultados confirmam a noção de que uma relação de vinculação é um processo bidireccional, com a mãe a exercer a maior

influência e as crianças a responderem de uma forma que favorece o comportamento maternal.

Os estudos de Browne & Saqi (1988^a), Carlson et al., (1989), Crittenden (1985), Crittenden (1992), Egeland & Sroufe (1981), Gaensbauer & Harmon (1981), Lyons- Ruth et al (1984), Lyons- Ruth et al. (1987), Lyons- Ruth et al (1990), Schneider et al., (1984); Schneider et al. (1985), proporcionam informação detalhada acerca da qualidade da vinculação em crianças maltratadas.

Todos os estudos referiram um grande número de crianças inseguras no grupo de crianças maltratadas, comparativamente aos grupos de controlo, embora alguns estudos tivessem encontrado um número de crianças maltratadas com padrões de vinculação segura. Assim cerca de 30% das crianças maltratadas, no estudo de Browne e Saqi's (1988^a), foram classificadas como seguramente vinculadas. A teoria da vinculação, pressupõe que prestadores de cuidados insensíveis conduzem a vinculações inseguras. Os estudos que apresentam crianças maltratadas seguramente vinculadas são difíceis de explicar, de acordo com a teoria da vinculação.

Carlson et al (1989) recodificaram as suas observações iniciais da situação estranha para incluir a categoria D da vinculação. Classificaram 22 crianças no padrão D, 55% foram previamente incluídas no sistema de classificação A, B, C, 18% das quais foram inicialmente classificadas como seguras. 82% das crianças maltratadas foram classificadas como

desorganizadas, 4% como inseguras (A ou C) e somente 14% agora classificadas como seguras. A preponderância de crianças maltratadas classificadas como desorganizadas pode explicar porque é que alguns estudos, que não usam o padrão desorganizado, têm falhado na descoberta de uma diferença entre a qualidade de vinculação em famílias maltratantes, comparativamente ao grupo controle (Lyons et al., 1984).

As crianças, não só formam expectativas acerca dos comportamentos dos seus prestadores de cuidados, como também formam modelos de representação de si próprios. Desta forma, as crianças desenvolvem modelos internos de representação para cada figura de vinculação. Consequentemente, se um prestador de cuidados responde de forma consistente à criança, de forma sensível e apropriada, a criança formará um modelo de representação do prestador de cuidados em que o vê como responsivo e disponível. As crianças também formarão modelos de si próprias, como sendo competentes para captar a atenção dos seus prestadores de cuidados (Bowlby, 1980).

O mau trato pode ser visto como um modelo parental insensível. As crianças maltratadas, formam uma representação dos seus prestadores de cuidados, vendo-os como não responsivos, indisponíveis e rejeitantes e acerca de si próprias como sendo incapazes de captar a atenção apropriada e o cuidado da figura de vinculação (Morton et al., 1998). Na verdade, alguns estudos, encontraram mães maltratantes mais severas, abusivas, controladoras e com

interacções negativas com os seus filhos (Browne & Saqi, 1988a; Crittenden, 1985, 1988; Oldershaw, Walters, & Hall, 1986).

Se esta representação mental precoce é o protótipo de futuras relações, as crianças que não beneficiarem de uma vinculação segura durante a infância, incluindo as crianças maltratadas, muito dificilmente serão capazes de formar uma relação segura com os seus próprios filhos. Esta pode ser a razão pela qual o mau trato à criança, em alguns casos continua a propagar-se de uma geração à outra (Ricks, 1985). Assim sendo, é a relação com o prestador de cuidados que é transmitida através de gerações e não a violência (Buchanan, 1996).

Egeland, Jacobvitz, Sroufe, (1988), estudaram casos onde os pais quebraram o ciclo do mau trato e compararam-nos àqueles que continuam este ciclo através das gerações. As suas conclusões estão de acordo com a teoria da vinculação. As mães com uma história de mau trato que não abusam dos seus filhos, revelaram uma série de traços em comum. Elas tiveram em qualquer momento da sua infância um pai ou padrasto que lhes proporcionou amor e suporte, e tiveram maridos que lhes proporcionaram também suporte emocional e que desempenharam um bom papel no cuidado das crianças. Tiveram também em algum momento sessões de terapia, o que talvez lhes tenha proporcionado a oportunidade de experienciarem uma relação interpessoal que lhes mudasse a forma de se verem a si próprias e a forma de estabelecer relações (Pianta, Egeland, & Erikson, 1989).

Outros estudos têm demonstrado que as crianças maltratadas têm dificuldades em estabelecer posteriormente relações e em negociar da melhor maneira tarefas desenvolvimentais específicas das diferentes fases (Aber & Allen, 1987; Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985, Main & Weston, 1981). Tais observações suportam a hipótese de Bowlby de que os modelos de representação internos das figuras de vinculação e do self comandam a formação de novas relações. As crianças classificadas no padrão inseguro tendem a ser altamente dependentes enquanto crianças e continuam esta dependência na idade adulta. Elas também tendem a ser distantes e pouco envolvidas, o que se traduz como consequência numa insatisfação nas relações estabelecidas posteriormente (Egeland, Jacobvitz, & Papatola, 1987).

Em suma, o processo pelo qual o mau trato continua de uma geração à outra pode ser explicado pela teoria da vinculação (Bowlby, 1969, 1973, 1980). A parentalidade insensível, produzirá na criança uma vinculação insegura. Esta conduzirá a um modelo pobre de representação do eu, o qual por sua vez terá influência na formação de relações futuras. Consequentemente, nem todos os pais com uma história de mau trato na infância continuarão a abusar dos seus próprios filhos, se eles tiverem tido a oportunidade de mudar os seus modelos de representação e trabalhar as suas experiências de mau trato (Egeland, 1991), muito embora algumas crianças maltratadas possam continuar a praticar outros delitos (Falshaw & Browne, 1997; Falshaw, Browne, & Hollin, 1996).

Egeland et al., (1991) puderam verificar, numa amostra de alto risco de crianças maltratadas e não maltratadas, que uma vinculação segura com a mãe, aos 12 e aos 18 meses, funcionava como um factor de protecção. Os investigadores sugeriram que cuidar da criança de forma responsiva, permite-lhe desenvolver confiança no suporte dos outros, desenvolver confiança no *self*, e obter experiências favoráveis do meio ambiente (Heller et al 1999).

Num estudo realizado por Frodi (1983), o autor pôde verificar que bebés com doze meses de vida, com padrões de vinculação segura e ansiosa-evitante foram classificados pelas suas mães como tendo temperamento fácil. Em contrapartida os bebés com um padrão de vinculação ansiosa resistente foram classificados pelas suas mães como tendo temperamento difícil.

Existe evidência de fortes relações entre o padrão de vinculação observado num bebé ou numa criança mais velha e o padrão de cuidados que estes receberam por parte das suas mães, no devido tempo. (Bowlby, 1969).

Egeland e Sroufe (1981) concluíram após estudos efectuados, que quando era dado apoio social às famílias consideradas de risco de maus tratos, as crianças, tendiam a mudar o padrão de vinculação no sentido da segurança, passando a apresentar um aspecto mais cuidado.

Burgess e Conger (1978) realizaram um estudo no sentido de comparar as interações em famílias maltratantes (abusivas e negligentes) e famílias não maltratantes e puderam verificar que o primeiro grupo apresentava baixos índices de interacção e mais agressividade nos contactos verbais e físicos

comparativamente ao segundo grupo. Este tipo de interação parece influenciar o tipo de vinculação experienciado pelas crianças.

Assim, as crianças que experienciam maus tratos, segundo Crittenden e Ainsworth (1989) e Cicchetti, Lynch, Shonk e Manly (1992) nos seus primeiros tempos de vida não têm tendência a formar uma vinculação segura com as pessoas que a tratam e, desta forma, podem ocupar uma posição de alto risco para o desenvolvimento de relações deformadas com os seus pares.

Através da metodologia da situação estranha proposta por Ainsworth, Blehar, Waters & Wall (1978) são vários os estudos (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Cicchetti & Barnett, 1992; Egeland & Sroufe, 1981) que chegaram à mesma conclusão, isto é, as crianças vítimas de abuso com idades compreendidas entre um e quatro anos tendem a não pertencer a um padrão de vinculação seguro.

A importância destes estudos acerca da vinculação advém do conhecimento de que uma vinculação segura, segundo Gersten, et al., (1986) pode constituir um factor de protecção para a aquisição das competências gerais de linguagem das crianças, embora somente para as crianças de alto risco. Com efeito Morrisset et al. (1990), puderam verificar no seu estudo longitudinal, que crianças de alto risco que tinham sido classificadas no padrão de vinculação segura, apresentavam quocientes de desenvolvimento mais altos aos 24 meses e “skills” de linguagem mais avançados aos 36 meses,

comparativamente às crianças de alto risco que tinham sido classificados no padrão de vinculação insegura.

4.2. Características Parentais

Este domínio tem sido objecto de estudo por parte de diversos autores. Altemeir, O'Connor, Sherrod Vitze (1985), dizem-nos que o facto de a mãe ter sido maltratada enquanto criança poderá constituir um forte contributo para o desencadear da situação de mau trato. A transmissão do mau trato de geração em geração tem sido, desde há muito, considerada quase como uma evidência e é suportada por numerosos estudos (Dubowitz et al., 1987; Egan et al., 1990; Whipple & Webster-Stratton, 1991), mas esta relação também tem sido questionada (Haskett et al., 1994).

A investigação que estuda as desordens parentais psiquiátricas e o abuso de substâncias implica a depressão e as várias formas de abuso de substâncias como factores de risco para o abuso físico e para a negligência (Chaffin et al., 1996; Dinwiddie & Bucholz, 1993; Kinard, 1996, Whipple & Webster-Stratton, 1991).

Existe uma associação clara entre abuso físico à criança e algumas doenças psiquiátricas que afectam os pais tais como a esquizofrenia e outras desordens bipolares (Chaffin et al., 1996; Dinwiddie & Bucholz, 1993). Estas desordens causam maior predisposição para a negligência do que para o abuso.

O facto de se ter sido maltratado enquanto criança provoca uma ausência de competências necessárias a lidar com as condutas das crianças e leva à utilização do castigo físico como a única estratégia aprendida. Wolfe (1985).

Num estudo, McCrone, et al., (1994), concluíram que as mães que tinham sido vítimas de abusos em criança, mas que não abusavam dos seus próprios filhos, tinham tido na sua infância o suporte de uma pessoa adulta ou tinham sido sujeitas a psicoterapia intensa (Egeland et al., 1988).

Ainda num trabalho realizado por Estroff et al. (1994) 52% das mães com problemas de mau trato físico pontuavam acima do percentil 95, numa prova que avaliava a presença de sintomatologia geral de tipo psicopatológico. Noutros estudos assinala-se uma presença clara de sintomatologia depressiva, de ansiedade e frequentes queixas de mal estar físico e psíquico, que estão relacionadas de forma significativa com as interacções negativas entre mães e filhos. (Lashey et al., 1984).

Através de estudos efectuados, Arruabarrena e Paúl, (1994), parecem poder confirmar a hipótese de que os pais das crianças com níveis mais altos de mal-estar emocional e físico podem ter menor tolerância às condutas aversivas

das crianças e, portanto, podem reagir mais facilmente com condutas agressivas e incontroladas.

Para Milner (1990), parece ser verdade que as mães maltratantes apresentam um auto-conceito inferior ao das mães não maltratantes.

Como conclusão, podemos referir que os diferentes trabalhos de investigação acerca da situação psicológica das pessoas que maltratam, realçam que elas apresentam uma maior predisposição para padecerem de mal estar psicológico (depressão, ansiedade, hostilidade, baixo auto-conceito).

4.3. Contexto Familiar

Há já vários anos que começaram a surgir trabalhos sobre os factores familiares que contribuem para o risco de maus tratos (Adjukovic, 1993; Belsky, 1984; Mash, 1991; Sherrod et al, 1985;). As primeiras hipóteses colocaram-se na suposta presença de transtornos psiquiátricos nos pais, que explicariam o bloqueio, a distorção ou a não aquisição dos recursos necessários para desempenhar convenientemente o papel de pai ou mãe. A existência de inúmeros casos de mau trato infantil, nos quais não se verificava nenhuma alteração psicopatológica veio a pôr em questão tais hipóteses.

Contudo, existe pouca convicção na demonstração de uma associação clara entre abuso físico à criança e outras doenças psiquiátricas que afectam os pais tais como a esquizofrenia e desordens bipolares (Cadzow et al., 1999; Chaffin et al., 1996; Dinwiddie & Bucholz, 1993). Estas desordens parecem predispor mais os indivíduos para a negligência do que para o abuso físico (Oates, 1996). Cadzow et al., (1999), nos seus estudos não encontraram qualquer ligação entre abuso à criança e doença psiquiátrica dos pais de qualquer tipo, mas o stress elevado na altura do nascimento da criança revelou ser um factor com muito peso no prognóstico de mau-trato. Também não se verificou qualquer associação significativa entre as mães com menos de 20 anos e mau trato à criança aos sete meses de idade. Os autores atrás citados, dizem-nos que qualquer relação entre parentalidade jovem e abuso físico à criança pode estar dependente de outros factores, incluindo o isolamento social e o stress provocado por problemas financeiros.

Iniciou-se então, uma tomada de consciência, no sentido de averiguar quais seriam os factores susceptíveis de afectar o funcionamento normal da família e que podem dar lugar a perturbações num dos membros.

Alguns trabalhos como o de Garbarino e Kostelny (1992), põem em evidência a associação entre stress socio-económico e mau trato. Os factores sócio-económicos são considerados factores geradores de stress da família, embora sejam factores exteriores ao sistema familiar.

Segundo Drotar e Eckerle (1989), as famílias das crianças vítimas de maus tratos caracterizam-se por terem frequentes conflitos intrafamiliares, por dificuldades de comunicação, pela ausência física ou psicológica do pai, por poucos recursos econômicos e por redes de sociabilidade muito pobres, não só em relação à comunidade como também perante a própria família alargada. São agregados familiares caracterizados sobretudo pelo isolamento, pretendendo encontrar dentro de si próprios a resposta às suas dificuldades, mas ficando progressivamente mais envolvidos em conflitos.

Bath e Haapala (1993), estudando comparativamente famílias que maltratavam os filhos de forma negligente e outras famílias, concluíram que as primeiras apresentam um leque maior de dificuldades, com rendimentos mais baixos, maior dependência de suporte público, maior incidência de um só pai, mais problemas mentais e de dependências de droga.

Crittenden (1988), através de um estudo realizado, pôde verificar também, que as famílias que maltratavam os filhos com comportamentos negligentes estavam também isoladas socialmente da comunidade onde estavam inseridas.

Existem também trabalhos, que assinalam que uma parte importante dos casos de maus tratos físicos ocorrem em famílias monoparentais, na grande maioria, em famílias nas quais a mãe se encontra sozinha (Sack et al, 1985).

Também Klosinski (1993) nos fala do mau trato psicológico que ocorre nas crianças aquando do divórcio ou separação dos seus pais. Segundo este

mesmo autor, podem ser identificadas como mau trato psicológico, no contexto da separação ou divórcio as seguintes situações: quando uma criança é retida ilegalmente por um dos pais e quando os pais têm conflitos violentos na presença dela.

Murphy et al. (1991), dizem-nos que de 300 famílias maltratantes, que fizeram parte do seu estudo, 186 (62%) dos pais eram alcoólicos severos e crónicos, sendo a bebida o problema prioritário a resolver.

4.3.1. "Stress" da Família

Tem sido encontrada uma relação entre stress e abuso à criança (Belsky, 1980; Gaines, Sandgrund, Green, & Power, 1978; Gelles, 1973; Starr, 1979). Existem porém uma série de estudos onde não foi encontrada esta relação (Salzinger, Samit, Krieger, kaplan, & Kaplan, 1986).

Tem sido sugerido que é a forma como se lida com as situações de stress que condiciona a relação entre stress e abuso à criança (Bauer & Twentyman, 1985; Belsky, 1980; Conger et al., 1979; Gaines et al. 1978).

A investigação aponta para o *coping* mais pobre dos pais abusivos e também para a maior dificuldade que manifestam em enfrentar os problemas da vida (Egeland, 1979; Justice & Duncan, 1976; Letourneau, 1981).

Apesar das repetidas referências aos défices de “coping” dos pais abusivos, não se pode generalizar, uma vez que estes dados foram obtidos com populações de alto risco (Casanova, Domanic, Mccanne, & Milner, 1992).

Os pais abusivos, também respondem a mudanças nos acontecimentos da vida de forma mais hostil e agressiva (Bauer & Twentyman, 1985, Egeland, 1979). Existe igualmente alguma evidência de maior impulsividade nas mães abusivas, comparativamente às mães de grupos controlo (Rohrbeck & Twentyman, 1986). Os estudos de Wolfe & Manion, (1984), apontam para a forma como os pais abusivos lidam com os stressors diários, que se caracteriza por evitamento e ignorância na forma de lidar com os problemas quando eles aparecem, em conjunto com uma tendência para reagirem aos problemas sem se envolverem em actividades destinadas à sua resolução. Existe evidência clara de que as mães abusivas exibem respostas emocionais mais intensas pelo menos nas situações em que os seus filhos estão envolvidos (Frodi & Lamb, 1980).

Segundo Cantos et al (1997) a melhor forma de ajudar estas mães seria ensinar-lhes métodos mais eficazes para lidarem com as suas intensas respostas emocionais e ajudá-las a aprender a viver com níveis elevados de stress.

Ao avaliar o *stress* das famílias maltratantes, Garbarino e Kostelny (1992) puderam verificar que elas estavam mais sujeitas a factores de *stress* do que as famílias do grupo controlo. Assim, o desemprego, a interacção conflituosa entre os pais precária situação económica e social, o alcoolismo dos

pais, bem como o uso de drogas e o número de filhos, geralmente de quatro a seis, estão associados ao mau trato (Wolfner e Gelles, 1993).

Segundo estes últimos autores e baseados num estudo feito nos estados unidos da América "Our data are consistent with a structural social stress model of family, violence, where social and economic stressors are positively correlated with abusive violence. The youngest, poorest most socially isolated and economically frustrated caretakers are the most likely to act violently toward their children."

Sherrod et al (1985) justificam os actos de maus tratos através de um modelo que considera determinados factores que geram mau trato, entre eles o limiar de tolerância ao *stress*, de tal forma que, quando o limiar de tolerância ao stress é ultrapassado, ocorre o mau trato.

4.3.2. Estrutura Familiar

Minuchin, citado por Sampaio (1991) define estrutura familiar como sendo um conjunto invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os elementos da família interagem. É através dos contactos produzidos ao longo do tempo que se estabelecem os padrões de interacção que funcionam como regras de conduta para os elementos que fazem parte da família.

Baseados em mais de um milhar de famílias americanas, os estudos de Olson (1983), caracterizam a estrutura familiar a partir de três dimensões fundamentais: “*a coesão, a adaptabilidade/regulamentação e a comunicação*”.

A *coesão* diz respeito ao modo como se organiza a família. As famílias de *alta coesão* (aglutinadas) caracterizam-se pela dificuldade que apresentam de adaptação à mudança. As famílias de *coesão baixa* (desagregadas), caracterizam-se pela dificuldade que apresentam em se defenderem de tudo o que venha do exterior.

Em relação à *adaptabilidade/regulamentação*, tal como acontece quanto à *coesão* também existem dois extremos: as famílias *rígidas* que possuem uma *adaptabilidade* mínima, pequena capacidade de transformação; as famílias *caóticas* nas quais não existem regras definidas e possuem estrutura desorganizada.

A *comunicação familiar*, é segundo Sampaio (1991), uma dimensão facilitante, isto é, ajuda o movimento no sentido da coesão e adaptabilidade. As famílias disfuncionais caracterizam-se por um desequilíbrio da coesão e adaptabilidade e a comunicação tende a ser negativa. A família, ainda segundo Sampaio (1991) deverá ser suficientemente coesa para que os seus membros se sintam ligados, mas de forma que essa união não impeça a individualidade. A família deverá ter um equilíbrio entre homeostasia e mudança .

Concluimos, salientando também a importância da estrutura familiar nesta problemática.

5. Consequências dos Maus Tratos

Nos últimos anos, tem-se recorrido aos princípios da Psicopatologia do Desenvolvimento, particularmente para o estudo das sequelas do mau trato na infância (Cicchetti & Toth, 1995).

Segundo Brassard et al (1987), os actos gerais de mau trato (físicos, injúrias, rejeição psicológica) podem ser experienciados por crianças de todas as idades. Contudo os efeitos que produzem variam em função do desenvolvimento (Cicchetti & Rizley, 1981; Garbarino, Guttman & Seeley, 1986). O castigo físico e os seus efeitos nas crianças, têm sido, segundo Carlson (1991), largamente estudados pelos sociólogos. Contudo, estes estudos pouco têm permitido concluir quanto às relações existentes entre o uso do castigo físico por parte dos pais e os resultados que daí advêm.

A literatura especializada, acerca das consequências dos maus tratos, a curto e a longo prazo, tem posto em evidência a presença de distúrbios em várias funções, e em várias esferas da vida da criança como, por exemplo na aprendizagem, na manifestação da agressividade, na capacidade de socialização e de estruturação de vínculos interpessoais, no desenvolvimento da inteligência e das competências linguísticas.

O castigo físico pode ter várias consequências negativas, tais como um aumento da agressão na infância e desordens psiquiátricas na idade adulta.

Claussen e Crittenden (1991), afirmam que a agressão psicológica é mais nociva para as crianças que a agressão física. Alguns estudos (Gross & Keller, 1992, Wodarsky, Kurtz, Gaudin, Jr., & Howing, 1990), também afirmam que as crianças que foram sujeitas a abuso físico têm menor auto-estima do que as outras. Estudos retrospectivos mostram-nos que a agressão verbal está correlacionada positivamente com baixa auto-estima (Mullen, Martin, Anderson, Romano, & Nerbison, 1996).

Outros estudos também concluíram, que as crianças que experienciaram isoladamente abuso físico ou em conjunto com agressão psicológica têm desempenhos escolares mais baixos do que as crianças do grupo controle (Wodarsky, Kurtz, Gaudin, Jr., & Howing, 1990, Dodge, 1994; Christiansen, 1980; Eckenrode, Laird, & Doris, 1993; Leiter & Johnson, 1994; Perez & Spatz Widom, 1994).

As crianças que sentem que têm sido frequentemente vítimas de agressão verbal vêem-se a si próprias como menos competentes nos seus trabalhos escolares, têm problemas de comportamento e dificuldades de interacção com os pares. Um bom nível de auto-estima é fundamental para o modo de funcionamento das crianças. Ajuda-as a confiar em si próprias e a ver o mundo de forma mais positiva. As crianças com boa auto-estima são mais persistentes e progredem mais face a tarefas complexas, para as quais acreditam

existirem soluções. Por outro lado, uma criança com baixa auto-estima está mais predisposta a ser manipulada pelos outros e talvez tenha maior tendência a ter comportamentos disruptivos e a praticar actos delinquentes (Rogers, 1977).

Muitas das consequências negativas do abuso psicológico prevalecem quando a criança se torna adulta. Gross e Keller (1992), referiram consequências em adultos, com 22 anos de idade, num colégio. Os seus resultados, mostram que os indivíduos vítimas de abuso psicológico, têm maior predisposição a serem deprimidos e a terem menor auto-estima do que aqueles que foram vítimas de abuso físico.

Briere e Runtz (1988) mostraram que o abuso psicológico, cometido pelo pai, estava associado a longo termo a várias consequências tais como: à ansiedade, depressão, problemas interpessoais e dissociação. Mullen, et al., (1996), encontraram efeitos mais graves a longo prazo, em mulheres, quando o abuso emocional provinha do pai.

Solomon et al. (1999) apontam para a necessidade de educação parental para a população em geral, no domínio dos métodos positivos de formas de lidar com as crianças.

Resumindo os abusos físicos têm vindo a causar vários efeitos negativos, incluindo problemas de comportamento e de atenção, baixa auto-estima e agressividade (Wodarski et al, 1990). Particularmente, o abuso físico tem sido associado à depressão (Allen et al. 1989; Crittenden et al, 1994; Kaufman, 1991; Kazdin et al, 1985;Toth et al 1992). Em alguns casos,

crianças vítimas de abusos físicos, revelam desempenhos académicos normais, boas competências sociais e mostram-se capazes de seguir facilmente discussões (Farber & Egeland, 1987), ao passo que outras vítimas de negligência física têm manifestado muitos atrasos no desenvolvimento e falta de motivação (Crittenden 1985, 1988; 1994; Polansky, Hally & Polansky, 1975).

Embora estudos já realizados (Crittenden, 1985, 1988), tenham indicado que a negligência física tem um efeito prejudicial maior nas crianças de tenra idade e nas que frequentam a pré-escola que o abuso físico, o mesmo já não se passa na adolescência, talvez pelo facto dos adolescentes apresentarem maior capacidade para satisfazerem as suas próprias necessidades físicas.

Segundo Huesmann et al. (1984) e Strauss et al (1991), o uso parental do castigo físico na infância, especialmente o “castigo físico extremo” está associada com a agressão quer na infância, quer na idade adulta. Por outro lado para Carlson, (1991), estas práticas só estão associadas com a agressão ou na infância ou na idade adulta. Também num estudo efectuado por Cummings et al (1994) com crianças do sexo masculino que tinham sido vítimas de abusos físicos, estas revelaram maior agressividade comparativamente ao grupo controle e estes autores explicam o facto atribuindo-o aos modelos parentais extremamente agressivos, a que estas crianças estavam expostas no seu dia a dia.

As crianças maltratadas têm revelado serem mais ansiosas, deprimidas, agressivas, impulsivas, possuírem falta de atenção e preferirem isolar-se dos seus pares (Aber et al., 1989; Shields et al., 1994; Toth et al., 1992).

As crianças vítimas de abusos físicos tendem também a ter comportamentos disruptivos enquanto que as crianças vítimas de negligência física tendem a afastar-se mais dos colegas e da sociedade em geral (Hoffman et al., 1984) apresentando também, dificuldades de linguagem (Fox, Long e Langlois, 1988). Estes autores concluíram que a longa privação e a natureza desta experienciada pelas crianças negligenciadas pode ser o factor com maior peso e que conduz ao desenvolvimento das dificuldades de linguagem.

Contudo, existe um consenso crescente baseado no facto de que são os aspectos psicológicos do mau trato que provocam os efeitos mais prejudiciais (Claussen & Crittenden, 1991; Farber & Egeland, 1987; Garrison, 1987; Navarre 1987). Existem no entanto alguns estudos (Egeland, Sroufe, Erickson, 1983) que sugerem que crianças maltratadas psicologicamente, apresentam distorções nas relações com os seus pares, tão graves quanto as crianças que experienciaram maus tratos físicos.

Carlson (1991), diz-nos que “most people have their first experience with violence in their families of origin in the form of socially sanctioned physical discipline, usually before their first birthday”. Os estudos afirmam que o mau trato físico tende a ser acompanhado por mau trato emocional, (Claussen & Crittenden, 1991; Egeland et al., 1983; Barnett, Manly, & Cicchetti, 1991;

Garbarino & Vondra, 1987; Herrenkohl, Herrenkohl, & Egolf, 1983). A severidade do mau trato físico não está relacionado com aspectos desenvolvimentais das crianças, contrariamente à severidade do mau trato psicológico. As crianças mais novas, também parecem sofrer mais abusos físicos por parte dos pais, talvez devido à sua estatura (Claussen et al., 1991). Estes autores, no estudo que efectuaram, verificaram que a idade da criança não estava relacionada com a severidade das injúrias verbais, mas que contrariamente a severidade da negligência física estava relacionada com o mau trato psicológico, e muito especificamente a negligência emocional estava fortemente relacionada com atrasos no desenvolvimento cognitivo e social das crianças.

Egelund (1985), ao referir-se aos efeitos do mau trato emocional ocorrido na infância, diz-nos que as crianças que fizeram parte do seu estudo mostraram baixo funcionamento cognitivo e sócio-emocional. Mais tarde, no jardim de infância, estas crianças, quando comparadas com um grupo controle continuaram a ter um funcionamento inadequado, quer em tarefas académicas, quer a nível de competências sociais.

Kurtz et al., (1993) realizaram um estudo destinado a avaliar os efeitos dos maus tratos em 139 adolescentes e crianças em idade escolar. Neste estudo 22 elementos tinham sofrido abusos físicos, 47 tinham sofrido negligência e os restantes elementos constituíam o grupo controle. Foi avaliado o desempenho escolar, o desenvolvimento sócio-emocional e o comportamento adaptativo. As

crianças que tinham sofrido abusos revelaram problemas académicos e sócio-emocionais severos. As que tinham sido vítimas de negligência apresentaram resultados semelhantes às que não tinham sofrido abusos relativamente ao desenvolvimento sócio-emocional. Apresentaram porém, um desempenho escolar mais baixo que as que tinham sido vítimas de abusos físicos e este facto deve-se segundo Kurtz et al (1993) a que a negligência ocorre quase sempre durante um período de tempo mais extenso, e o desenvolvimento intelectual depende em grande medida da qualidade da interacção entre os pais e a criança, no seu dia a dia. A falta de competências dos pais negligentes representa um impedimento directo ao desenvolvimento intelectual da criança. Baixas expectativas, falta de motivação para aprender, pobre estimulação linguística, a não participação nas actividades escolares e a não responsabilização pelo desempenho das crianças, tudo isto condiciona negativamente o sucesso escolar.

As crianças negligenciadas e vítimas de abusos, neste mesmo estudo apresentaram bons resultados a nível do comportamento adaptativo.

Segundo Dodge, et al. (1986), os défices em vários skills cognitivos e sociais das crianças podem contribuir para dificuldades na interacção social. Estes défices podem ainda contribuir para que as crianças maltratadas apresentem comportamentos sociais problemáticos.

Igualmente num estudo efectuado por Gross et al., (1992), em adultos que tinham sido vítimas de abusos físicos e psicológicos durante a infância, foi

constatado que apresentavam uma grande tendência para a depressão, baixa auto-estima, mas não exibiam comparativamente ao grupo controlo (adultos que não tinham sido vítimas de abusos na infância) mais défices a nível do comportamento adaptativo. Segundo os autores a depressão e a baixa auto-estima são consequências a longo prazo das experiências de abuso infantil.

Segundo Beeghly e Cicchetti (1994), as crianças de 2 anos de idade, vítimas de maus tratos demonstram possuir atrasos significativos na linguagem e em “skills” de comunicação, relativamente aos grupos controlo. Mais tarde estas mesmas crianças, mostraram atrasos, particularmente em “skills” pragmáticos que se destinam a iniciar e a manter a conversação.

Os défices de linguagem apresentados pelas crianças maltratadas, bem como os atrasos na comunicação, encontrados em estudos feitos por Prizzant & Wetherby (1990) podem ser devidos, segundo Beeghly e Cicchetti (1994) ao ambiente linguístico e afectivo extremamente desorganizado que vivem no seio das famílias maltratantes e também ao facto destas famílias dispenderem menos tempo em conversações e diálogos, comparativamente às famílias não maltratantes. Silber (1990), diz-nos que durante uma tarefa de resolução de um conflito, as famílias que maltratam eram menos propensas a enveredar por tarefas centradas na interacção verbal e tinham filhos que eram menos propensos a iniciar diálogos, comparativamente às famílias não maltratantes.

Qasem et al., (1998) referem também, que o abuso físico em crianças, tem impactos a longo prazo na saúde e no seu modo de funcionamento. Mullen,

Martin, Anderson, Romans e Herbison (1996), apontavam nos seus estudos, para que toda e qualquer forma de abuso (físico, sexual, ou emocional) estava associado com níveis elevados de psicopatologia, dificuldades sexuais, baixa auto-estima, e problemas de relacionamento interpessoal.

Outras investigações têm igualmente permitido concluir, que as crianças vítimas de maus tratos, exibem comportamentos mal adaptativos ou socialmente indesejáveis na interacção com os seus pares, no grupo (Mueller & Silverman, 1989).

George et al., (1979), nas suas investigações verificaram que as crianças que tinham sofrido abusos eram mais agressivas que as outras. Durante observações feitas num jardim de infância, as crianças maltratadas exibiam mais agressão e menos comportamentos pró-sociais que o grupo de controlo (Haskett & Kistner, 1991; Herrenkohl & Herrenkohl, 1981; Howes & Eldridge, 1985; Howes & Espinosa, 1985; Klimes-Dougan & Kistner, 1990; Main & George, 1985). Também num estudo efectuado em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, as crianças maltratadas foram classificadas pelos seus professores como mais agressivas em relação aos seus pares (Reidy, Andereg, Tracy, & Cotler, 1980).

Em sessões efectuadas num laboratório, Jacobson e Straker (1982), observaram igualmente que, crianças maltratadas com idades compreendidas entre os cinco e os dez anos interagiam em menor quantidade e dispendiam menos afecto positivo comparativamente aos seus pares, embora não tivessem

manifestado mais comportamentos hostis. Kaufman e Cicchetti (1989), puderam também verificar que, crianças maltratadas com idades compreendidas entre os 5 e os 11 anos, apresentavam *scores* mais baixos nos *ratios* de comportamento pró-sociais e auto-estima mais baixa, comparativamente aos seus pares.

O estudo de Manion et al., (1998), demonstrou que as crianças vítimas de abuso sexual inflingido por um não familiar, revelaram problemas de ajustamento nos domínios emocional e comportamental.

O funcionamento no domínio social não se mostrou afectado nas crianças vítimas de E S A (Extra Familiar Sexual Abuse), ao contrário de outros estudos (Burgess, Hartman, & McCormack, 1987; Kelley, 1989). Os pais das crianças vítimas de E S A, contrariamente a estudos anteriores (Kelley, 1990) também não se mostraram tão afectados quanto as mães.

Segundo Manion et al., (1998), os resultados do seu estudo sugerem que as crianças que foram abusadas por alguém fora da família mais próxima, apresentam problemas no funcionamento emocional e comportamental. Embora sejam notadas melhorias no modo de funcionamento, um ano depois da ocorrência do abuso sexual, as crianças continuam a mostrar do ponto de vista clínico dificuldades de ajustamento. O trauma experienciado por estas crianças é partilhado pelos seus pais, com as mães a revelarem maior tendência para efeitos secundários.

6. Estratégias de prevenção e de intervenção

Existem indicadores bastante convincentes de que programas de prevenção para famílias de alto risco podem reduzir o abuso físico e a negligência (Olds et al., 1997; Olds, Henderson, Chamberlin & Tatelbaum, 1986; Olds, Henderson, Kitzman, & Cole, 1995) e produzir outros resultados nas crianças, mães e famílias (Armstrong, Fraser, Dadds, & Morris, 1999; Johnson, Howell, & Molloy, 1993; Olds, Henderson, & Kitzman, 1994).

Considera-se que existe um grande leque de variáveis sociodemográficas que constituem um risco para o abuso físico. A literatura diz-nos que nenhum factor de risco por si só é determinante. Existem sim uma série de indicadores bem definidos. Os mais citados frequentemente são a idade maternal muito jovem, a pobreza, a monoparentalidade, o isolamento social o abuso parental de substâncias, as doenças psiquiátricas, e a história de abuso na infância (Burrell, et al., 1994; Cadzow, 1999).

Os programas de prevenção primária, desenvolvidos junto dos grupos de alto risco, baseados em visitas domiciliárias, no sentido de promover as competências e aumentar o recurso de apoios sociais disponíveis no meio, desde que acompanhem devidamente as mães durante a gravidez e o pós-parto têm tido algum sucesso (Cadzow, op. cit.).

O período anterior ao parto é favorável à identificação de famílias em risco, pois ele permite que se iniciem atempadamente a adoção de medidas preventivas e o estabelecimento de uma verdadeira relação com a família.

Uma área onde a teoria da vinculação pode ter influência é na área da intervenção. Se a relação prestador de cuidados-criança é vista como uma relação que atenua os efeitos dos agentes stressantes, então devem ser desenvolvidos programas para tentar fortalecer esta relação. Alguns estudos têm procurado influenciar o desenvolvimento da vinculação, isto é, mudando uma relação insegura para uma relação de vinculação segura (Morton et al., 1998).

Outros estudos têm tentado incrementar a sensibilidade parental através da educação parental, modelagem e suporte, ou tendem a focalizar-se em modelos internos de representação da vinculação e na forma como eles podem influenciar as relações.

Qualquer programa desenvolvido para fazer um prognóstico e prevenir o mau trato à criança, necessita de reconhecer que estão envolvidos múltiplos factores. Também pelo facto de o sucesso da intervenção ser limitado depois de o abuso ter ocorrido, este programa necessita de ser capaz de prever quais as famílias que estão em risco, com problemas na função parental antes de ocorrer o mau-trato propriamente dito (Wolfe, 1984).

Igualmente, segundo Bonnet (1993) é necessário que a prevenção aos maus tratos, se inicie por vezes, ainda durante a gravidez. Só desta forma, é que

muitas crianças podem ser protegidas de possíveis riscos de violência ou negligência aquando do nascimento. A autora diz-nos ainda que a adopção no acto do nascimento da criança, poderá constituir uma medida preventiva e indispensável em certos casos, quando as mães apresentam problemas psicológicos muito graves e renunciam de forma deliberada à sua responsabilidade parental. O problema dos abusos à criança pode ser melhorado de forma significativa, se reflectirmos sobre as palavras de Briggs (1991), quando afirma que a chave para a prevenção deve ser a capacidade para identificar crianças vulneráveis e pais em famílias de alto risco e em situações sociais que predis põem para comportamentos violentos contra a criança.

Os programas de prevenção secundária desenvolvidos junto de famílias que vitimaram pelo menos um dos filhos, apresentam um grau de sucesso moderado, pois após a intervenção, pelo menos num em cada três casos continuam a verificar-se maus-tratos (Emery, 1989).

O estudo de Albarracin et al., (1997) aponta para a existência de uma influência directa do suporte social no abuso e na negligência. Existem fortes benefícios no “fortalecer positivo” e nas relações de suporte com a família nuclear e com a alargada para a prevenção do abuso e da negligência à criança.

As estratégias de prevenção deveriam incluir a educação dos pais no que concerne aos cuidados a prestar aos filhos recém-nascidos e durante a primeira infância, visitas de apoio ao domicílio que visassem o ensino de comportamentos e atitudes apropriados, suporte indispensável para superar as

graves carências económicas destas famílias de risco e a criação de legislação eficaz para as situações de mau trato à criança.

Segundo Elmer (1966); Gil (1970); Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver (1962), a medicina, a sociologia, a psicologia, os técnicos de serviço social e outros têm contribuído para a definição do problema dos maus tratos e para o desenvolvimento dos métodos de intervenção, no entanto, e apesar do contributo das várias ciências e dos vários técnicos, reconhece-se hoje que o problema dos maus tratos se deve a múltiplas causas. Os trabalhos de Blumberg (1977); Brant & Tisza (1977), Cohn (1979); Galleno & Oppenheim (1982); Grazio (1981); Green (1975); Green (1976), apontam para a necessidade de equipas compostas por pessoas com formação em várias áreas, para a investigação sobre a criança maltratada e para a realização de planos eficazes de prevenção e tratamento.

A maior parte dos programas postos em prática, nas situações de mau trato são programas de prevenção secundária (para reduzir os casos existentes) e de prevenção terciária (para reduzirem sequelas/complicações) e têm-se centrado principalmente nas crianças vítimas, que na grande maioria dos casos são retiradas à família a título provisório e muitas vezes, definitivo, apesar do nº6 do artigo 36º da Constituição da República Portuguesa nos dizer que “ os filhos não podem ser separados dos pais. Segundo Derdeyn, (1977) “(...) removal of the child from the parent-even a dangerous, abusive parent-is itself traumatic for the child”.

Com a colocação da criança numa outra família que não a sua, ou com a colocação institucional, a criança vê “amputadas” as suas relações com os pais e irmãos. Santos (1990) diz-nos que existe uma violência estrutural na situação de internamento ao deslocarem-se as crianças das pessoas, das terras, dos objectos significativos e perdem a sua identidade.

O tipo de actuação centrado essencialmente na retirada da criança em risco da sua família disfuncional, apresenta muitos efeitos negativos na medida em que vai reforçar os sentimentos de desvalorização e incompetência dos pais, os quais segundo Lopes dos Santos (1994) são pessoas susceptíveis de serem ajudadas. Estes na maior parte dos casos não tiveram experiências infantis estruturantes, antes pelo contrário poucos conheceram uma família normal (Herrenkohl, et al., 1983).

Um dos meios de protecção à criança maltratada deve ser um programa que apoie também a sua própria família. Alguns programas de prevenção primária do mau trato infantil, adoptaram a estratégia da intervenção na comunidade. Estes englobam forte apoio social às famílias de alto risco. O problema dos maus tratos segundo os técnicos do “Projecto de Apoio à Família e à Criança”, criado pela Resolução do Conselho de Ministros Português 30/92 de 18 de Agosto deve ser abordado na globalidade, compreendendo a situação da criança maltratada e do adulto maltratante de forma contextualizada do ponto de vista familiar e social.

É aos técnicos psicossociais (pessoas com competências sócio-psicológicas) que cabe a tarefa de interpretar as razões da violência, de avaliar a situação e de dar indicações úteis para a construção de programas que têm como principal objectivo a tutela de menores. Estes técnicos também devem fazer notar à família a sua responsabilidade jurídica para com os filhos (Cirillo e Blasio, 1991).

O estudo de Manion et al., (1998), sobre crianças e pais vítimas de ESA, (Extra Sexual Abuse) aponta que será útil e benéfico gerir a problemática dos maus tratos, segundo três dimensões:

- **Interacções clínicas com as famílias.** Os clínicos necessitam alargar o seu tratamento, para além das crianças vítimas às famílias traumatizadas. Na fase inicial da descoberta do abuso sexual, a criança está mais vulnerável e como tal, devem ser evitados comportamentos que, directa ou indirectamente contribuam para aumentar o sofrimento da criança e contribuam para problemas de ajustamento maiores.
- **Linhas orientadoras aos profissionais.** Programas educacionais e materiais proporcionados ao público em geral e aos pais em particular, devem ser de boa qualidade e eficazes. Estes programas devem transmitir as notícias encorajadoras de que muitas crianças que experienciaram maus tratos não parecem apresentar danos atribuídos a esse facto. São as percepções da criança acerca do abuso que melhor fazem prever o seu ajustamento, em vez dos aspectos objectivos do abuso.

- Planos de acção e planos administrativos. A informação útil necessita de ser proporcionada rapidamente a pais ansiosos e com dificuldades, visando reduzir o trauma potencial a toda a família.

Manion et al. (op. cit.) lembra-nos que não devemos considerar que todas as crianças que experienciaram abuso sexual, estão traumatizadas por esse facto. Em vez disso, deve ser assumido que a experiência representa um trauma potencial o qual será reforçado se existir uma falha em reconhecer o impacto da abuso sexual nos pais e proporcionar-lhes suporte. Do ponto de vista clínico é importante enfatizar as capacidades familiares quando se lida com este trauma.

6.1. Aspectos Básicos dos programas de Tratamento Familiar

Os Estados Unidos e o Canadá, têm implementado programas inovadores no campo da abordagem sistémica que partem do pressuposto, segundo Arruabarrena e Paúl (1994) que *“únicamente si se consigue um nivel de funcionamiento mínimamente adecuado en la familia en su conjunto y en los diferentes subsistemas y miembros individuales que la compoem, podrá posibilitarse la desaparición de la conducta maltratante, la estabilidad del núcleo familiar y el adecuado desarrollo del niño.”*

A terapia familiar sistêmica é uma teoria oposta à de óptica individual, como é o caso da terapia de orientação psicanalítica.

O quadro da página seguinte proposto por Sampaio (1991) resume as principais diferenças entre os dois tipos de terapia.

“Diferenças entre a terapia de orientação psicanalítica e a terapia de orientação sistémica”

TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA	TERAPIA DE ORIENTAÇÃO SISTÉMICA
•predominantemente centrada no indivíduo •predominantemente centrada no intrapsíquico •visando o equilíbrio individual •o sintoma como disfunção do indivíduo •utilizando a transferência e a interpretação e promovendo o “insight “ gerador de mudança	• centrada no sistema •sobretudo centrada no interpessoal •procurando a coerência sistémica •o sintoma como disfunção do sistema •estudando as regras do sistema de modo a modificar os processos de comunicação e os modelos de interacção que levam à disfunção do sistema
•terapia uma a várias vezes por semana •habitualmente sem observadores e sem registo audio ou vídeo	•terapia semanal de 3/3 semanas •muitas vezes com supervisão directa e registo audio e vídeo.

A terapia familiar sistémica é segundo Sampaio (1991) um método psicoterapêutico que utiliza como meio de intervenção sessões conjuntas com os diversos elementos de um sistema familiar.

A terapia familiar útil e indispensável nas situações de conflitos familiares e nas de maus tratos deve processar-se através de encontros regulares dos terapeutas com a família, após esta ter sido motivada para este tipo de intervenção. O objectivo é devolver à família a capacidade de resolução da

crise, através de uma renegociação das finalidades do sistema e em que o terapeuta surge como um criador de alternativas.

Whitaker (1981) considera objectivo da terapia familiar formar o sentimento de unidade de cada membro da família, em simultâneo com o processo de individualização de cada um. Sampaio (1991) destaca de entre as várias modalidades de intervenção usadas por Whitaker as seguintes:

- “aumentar o stress interpessoal, de modo a trazer à superfície situações de dificuldade relacional até aí ocultas;
- aumentar as relações da família nuclear com a família de origem;
- aumentar as relações da família com a comunidade
- contestar o mito da individualidade, “transmitindo à família a crença na unidade temperada com um forte sentimento do absurdo”.

Bath et al. (1993) falam de um modelo de intervenção terapêutica de apoio às famílias que maltratam, denominado “The Homebuilders Program”. Este começou em 1974 e pertence ao “Behavioral Sciences Institute” em Washington. Tem como principal objectivo promover a preservação da família prevenindo assim a colocação desnecessária da criança numa instituição.

O modelo de intervenção dos “homebuilders”, apresenta as seguintes características:

“ (...) the family is the unit of intervention, and the primary treatment environment is in the home; (...)service is multidimensional and includes crisis

intervention, family therapy, advocacy, home-management, life skills training, and the provision of concrete assistance, with the specific mix of services being tailored to a family's needs". (Bath et al, 1993).

Os terapeutas ao serviço nos "Homebuilders" são treinados numa gama variada de técnicas, tais como as de modificação do comportamento, terapia de intervenção durante as crises, terapia centrada nos clientes, clarificação de valores, treino de assertividade, terapia de multi-impacto e terapia emotiva racional. (Haapala et Kinney, 1988).

Um outro programa de intervenção *The Rethink Method: Anger Management for parents*, em uso no Colorado, ensina aos pais de foma clara, informação apropriada sobre o desenvolvimento dos filhos (bébés, crianças e adolescentes). Num estudo piloto, efectuado pelo "Institute for Mental Health Initiatives", com 18 famílias Americanas Africanas, em Washington DC, os pais diminuíram o uso do castigo físico e aumentaram as suas competências de gestão parental (Fetsch et al 1999).

Os objectivos do Programa "Rethink," são os seguintes:

1. Alargar o conhecimento dos participantes relativamente à função parental, ao desenvolvimento infantil e ao contrôle da ira (Fetsch, 1999);
2. Apoiar os participantes nas suas atitudes acerca da função parental e na forma de lidar com a ira (Fetsch, 1999);

3. Apoiar os participantes nas mudanças comportamentais positivas, por exemplo, no menor uso do castigo físico e no aumento de *skills* que permitam lidar com a ira, construtivamente (Fetsch, 1999);
4. Incrementar nos participantes os níveis de controlo da ira (Spielberger, 1996);
5. Diminuir as expectativas irrealistas dos participantes em relação aos seus filhos (Institute for Mental Health Initiatives, 1990 b); e
6. Diminuir os conflitos nas famílias dos participantes (Bloom, 1985; Bloom & Naar, 1994), a ira (Spielberger, 1996), e a violência (Straus, 1979).

6.2. Ensino de Competências Parentais

Para Lopes dos Santos (1994), a intervenção junto da criança vítima de maus tratos deverá, sempre que possível ter como objectivo a alteração dos padrões inadequados de comportamento dos pais. Desta forma, os programas de ensino de competências parentais, deverão ter também como objectivo principal ajudar os pais que maltratam a superar os défices que apresentam nas competências necessárias a tratarem dos filhos.

No caso de famílias negligentes, segundo Arruabarrena e Paúl (1994), tais défices afectam fundamentalmente o cuidado físico e emocional da criança, no caso das famílias abusivas afectam o manejo da conduta infantil.

Às famílias negligentes dever-lhe-ão ser ensinadas competências que estas não possuam ou que utilizam pouco frequentemente. Por seu lado, às famílias abusivas a intervenção deverá incidir no ensino de respostas de conduta alternativas.

Os programas de ensino de competências parentais deverão também incluir, segundo Arruabarrena e Paúl (1994) o contacto com estratégias de confrontação de problemas e competências sociais (competências para o estabelecimento e o desenvolvimento de relações sociais).

O ensino de competências parentais deve constituir uma parte fundamental dos programas de tratamento dos maus tratos, no entanto a aprendizagem destas técnicas só fará sentido quando já se tiverem dado mudanças significativas no ambiente familiar e social.

As capacidades mais trabalhadas, neste tipo de programas, deverão estar relacionadas com o ensino de:

- técnicas de auto-controle necessárias sobretudo em casos de mau trato físico;
- técnicas de disciplina alternativas ao castigo físico, no caso das famílias abusivas;

- respostas às condutas infantis, alternativas aos métodos disciplinares- a utilização do reforço positivo como técnica para conseguir que a criança tenha a conduta desejável;
- competências de comunicação e interacção -são necessárias porque permitem aumentar a frequência das interacções pais-filhos e aumentar as condutas positivas verbais e físicas dos pais para com os filhos.
- Cuidados físicos infantis- dirigidos essencialmente às famílias negligentes e que contemplam noções básicas de alimentação, higiene, roupa e calçado, cuidados médicos e identificação de doenças, e outros cuidados para com as crianças.
- Desenvolvimento evolutivo infantil- o conhecimento deste tema é importante para que os pais possam saber o que a criança necessita para ter um desenvolvimento e um crescimento físico, cognitivo, social e afectivo normal.

II PARTE

**Estudo de algumas variáveis associadas às concepções de
maus tratos de pediatras, psicólogos, professores, educadores
de infância e técnicos de Serviço social**

Introdução

A percentagem de crianças maltratadas é actualmente significativa e o mau trato é um fenómeno socialmente preocupante.

Há cerca de três décadas, que os profissionais de saúde mental e física têm colaborado no diagnóstico e tratamento das crianças mal tratadas (Shor, 1998). Neste âmbito, o diagnóstico médico feito por pediatras tem um importante papel. Tornou-se a chave para a descoberta do abuso e da negligência à criança, bem como a maneira para avaliar a severidade do acto abusivo (Murphy, 1995). É sobretudo na infância, que os pediatras têm um papel importante na sinalização das crianças em alto risco de abuso ou negligência. Eles são muitas vezes, os únicos profissionais que têm contactos frequentes com as famílias, o que lhes proporciona uma boa oportunidade para avaliar as estratégias de “coping” da família, a natureza das suas interacções e relações, e em que medida o bebé está a ser adequadamente alimentado e protegido (Dubowitz et al. 1987).

Embora os médicos, técnicos de Serviço social, psicólogos, professores e educadores ocupem uma posição favorável para poderem detectar sinais de abuso e negligência, antes deles atingirem estados mais sérios (Beezer, 1985, Barber & Burns, 1986); Eberlein & Swindlehurst, 1987; Abrahams et al.,

1992), os resultados de diversas investigações, nomeadamente as realizadas por Tite (1993), apontam para a escassez de informação relativamente ao modo como eles definem a criança vítima de maus tratos.

Ao longo da nossa carreira docente, tivemos ocasião de nos deparar com alguma frequência com casos de abusos e negligências. Esse contacto motivou-nos para o estudo do tema e o nosso estudo exploratório que vai ser apresentado ao longo das páginas seguintes constitui o nosso esforço para conhecer um pouco a posição de vários grupos profissionais, que à partida ocupam posições importantes para a prevenção e intervenção dos maus tratos.

Esta investigação tem como objectivo principal averiguar como diversos grupos profissionais (Psicólogos, Técnicos de Serviço Social, Médicos-Pediatras, Educadores e Professores), concebem os maus tratos à criança. Para além deste objectivo principal, visa também os seguintes:

- Obter informação sobre o conhecimento que os profissionais têm de situações de maus tratos a crianças.
- Averiguar em que medida as concepções dos participantes poderão estar associadas à idade dos inquiridos, ao número de filhos e à experiência tida com situações de maus tratos.
- Comparar as concepções de maus tratos dos diferentes grupos profissionais entre si.
- Explorar quais os factores que são valorizados pelos participantes, na formulação das suas concepções de maus tratos.

Método

1. Participantes

A amostra era constituída por 125 indivíduos recrutados entre os seguintes grupos profissionais: Pediatras, Professores do 1ºciclo, Educadores de infância, Técnicos de Serviço Social e Psicólogos. Ao escolhermos membros com estes estatutos ocupacionais, partimos do princípio que no exercício das suas funções ocupam uma posição privilegiada em termos do contacto com crianças e do ponto de vista do conhecimento efectivo de casos envolvendo situações de maus tratos infantis.

A selecção dos participantes teve por base o método intencional de amostragem (Almeida & Freire, 1977), contemplando 4 critérios definidos previamente:

- Os elementos recrutados deviam pertencer a um dos cinco grupos profissionais anteriormente definidos (Psicólogos, Técnicos de Serviço Social, Educadores, Professores do 1º Ciclo e Médicos/Pediatras).
- Todos os participantes deveriam ter experiência profissional com crianças. Se este critério estava desde logo assegurado nos pediatras, Professores do 1ºCiclo e Educadores de Infância, no caso dos psicólogos e

Assistentes sociais houve necessidade de nos certificarmos mediante sondagem prévia que a exigência era cumprida.

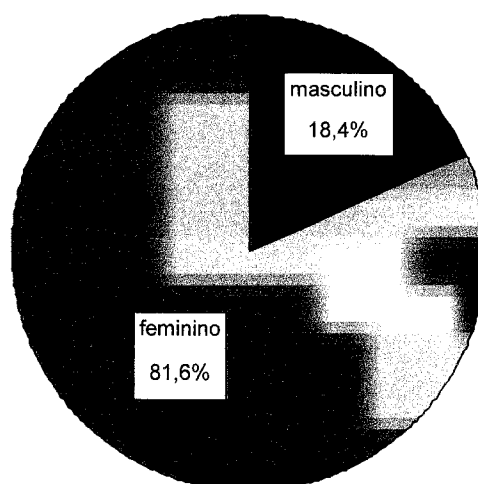
- Acessibilidade. Os sujeitos foram escolhidos visando a facilidade prevista dos contactos a realizar.
- Disponibilidade para participar na investigação. A participação dos sujeitos no estudo foi voluntária, tendo sido contactados muitos outros que não responderam ao inquérito (houve no total 58 recusas, perfazendo o valor de 31.6% de todos os contactados).

1.1. Sexo

Como se pode observar na Figura 1, trata-se maioritariamente de um grupo de sexo feminino (81.6%), havendo apenas 18.4% de casos pertencentes ao sexo masculino.

Figura 1

A distribuição dos participantes pelo sexo



Conforme o quadro 1 mostra, a prevalência maior de membros do sexo feminino encontra-se nos grupos dos educadores de infância e dos Técnicos de serviço Social. A menor surge-nos junto dos Pediatras.

Quadro 1: Os grupos profissionais que compõem a amostra segundo o sexo dos participantes

Grupos Profissionais					
Sexo	Pediatras	Professores	Educadores	T. Serviço Social	Psicólogos
masculino	8 (32.0%)	5 (20.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	6 (24.0%)
feminino	17 (68.0%)	20 (80.0%)	23 (92.0%)	23 (92.0%)	19 (76.0%)
Total	(100%) 25	(100%) 25	(100%) 25	(100%) 25	(100%) 25

1.2. Idade

Cerca de 2.4% dos sujeitos, situa-se na faixa etária “Menores de 25 anos”. 29.6% na faixa etária entre os 25 e os 35 anos. 40% entre os 36 e os 45 anos. 27.2% entre os 46 e os 55 anos e 0.8% na faixa “Maiores de 56 anos.

A idade média dos membros da amostra foi de 39.7 anos e o desvio padrão foi de 8.44. Nenhum dos grupos profissionais se diferenciou dos restantes em termos da média das idades.

1. 3. Estado civil

A maioria dos indivíduos da nossa amostra eram casados (82.4%). Podemos verificá-lo através do quadro 2 que considera os grupos profissionais.

Quadro 2: A distribuição dos grupos profissionais pelo estado civil

	Profissão				
	Pediatras	Professores	Educadores	T. S. Social	Psicólogos
solteiro	3 12.0%	4 16.0%	7 28.0%	4 16.0%	2 8.0%
casado	21- 84.0%	20 80.0%	18 72.0%	21 84.0%	23 92.0%
divorciado	1 4.0%	1 4.0%			
Total	25	25	25	25	25

1. 4. Estatuto parental

Conforme a Figura 2 ilustra, 22.4% dos sujeitos não tem filhos. 17.6% dos sujeitos têm um filho , 48.8% têm 2 filhos e 11.2% dos sujeitos têm 3 filhos.

Figura 2

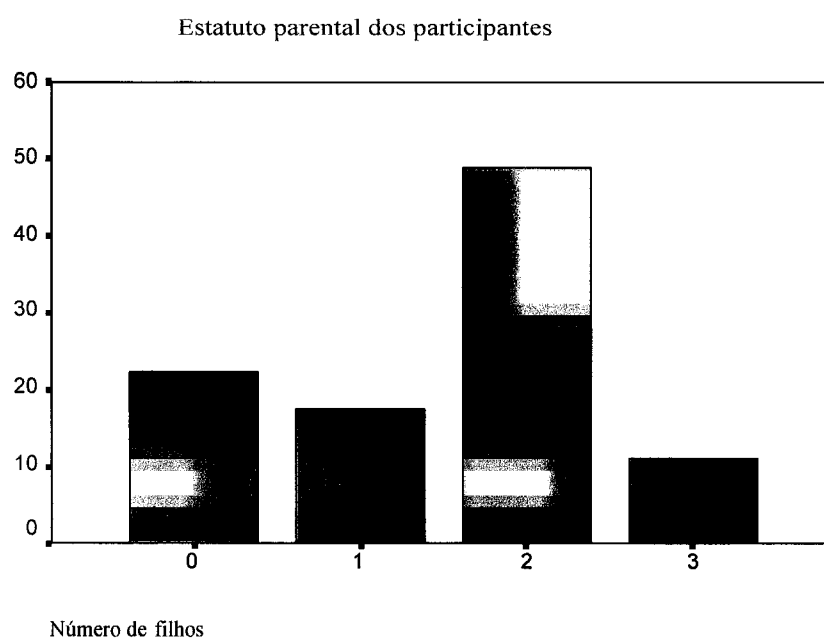
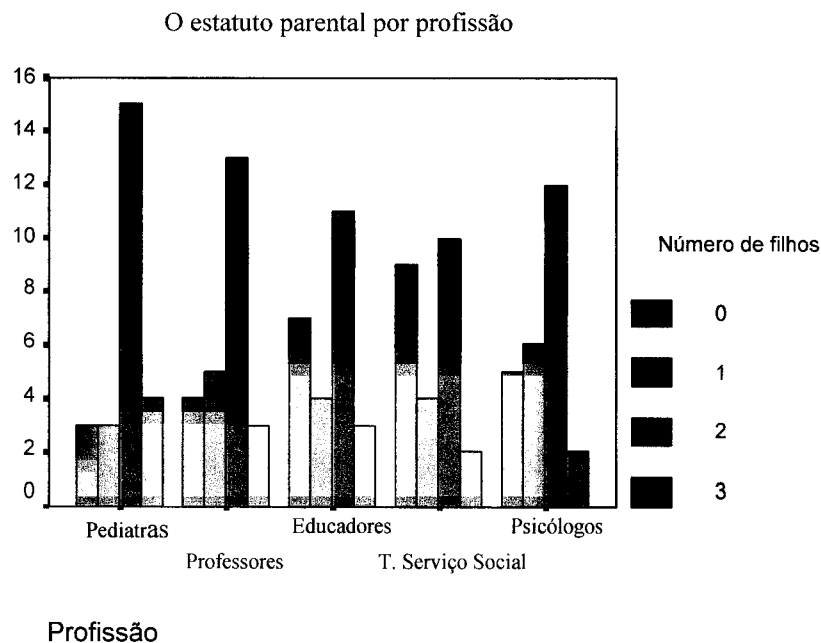


Figura 3



Na figura 3, é possível observar que, em todos os grupos profissionais, a maioria dos indivíduos têm 2 filhos: pediatras (60%); professores (52%); educadores (44%), técnicos de Serviço Social (40%); e psicólogos (48%).

1.5. As experiências pessoais dos sujeitos

A larga maioria de sujeitos (94.4%) diz que nunca cometeu actos de mau trato e 5.6% afirmou não ter a certeza de ter cometido tais actos.

92.8% dos sujeitos afirmaram nunca terem sido vítimas de maus tratos; 6.4% afirmou não ter a certeza de ter sido vítima e 0.8% respondeu que já tinha sido vítima de maus tratos.

Quadro 4: As experiências pessoais dos sujeitos

Grupos Profissionais	Foi Vítima de Maus tratos	Não foi vítima	Não tem a certeza	Cometeu actos
Psicólogos	1	24	0	0
Professores	0	22	3	0
Educadores	0	23	2	0
Pediatras	0	23	2	0
T. Serviço Social	0	24	1	0

O quadro 4 permite-nos verificar que um psicólogo, afirmou que tinha sido vítima de maus tratos; três professores, dois educadores, dois pediatras e um técnico de Serviço Social responderam que não tinham a certeza de terem sido vítimas de maus tratos, mas a larga maioria dos participantes respondeu que nunca tinha sido vítima de maus tratos. Nenhum sujeito indivíduo afirmou que já tinha cometido actos de maus tratos.

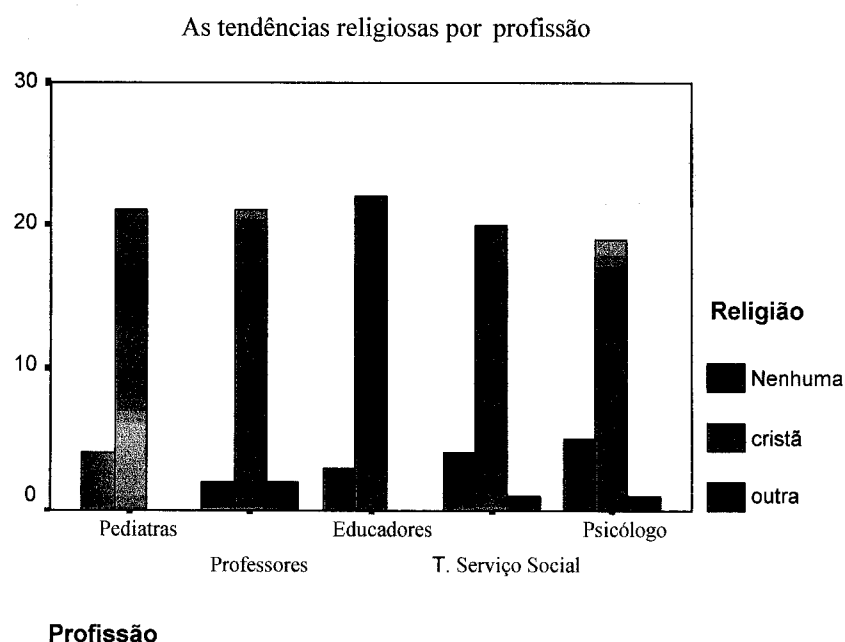
1.6. A religião

A grande maioria dos sujeitos da nossa amostra são cristãos (82.4%). 14.4% afirmaram que não tinham nenhuma religião e 3.2% afirmaram que tinham outra religião.

A Figura 4 permite-nos verificar que a religião cristã é a categoria que abarca a maioria dos sujeitos da nossa amostra e que todos os grupos profissionais sem excepção obtêm as maiores frequências nesta categoria. 88%

dos educadores, 84% dos pediatras e dos professores, 80% dos técnicos de Serviço Social e 76% dos psicólogos são cristãos., 20% dos psicólogos, 16% dos pediatras e dos técnicos de Serviço Social, 12% dos educadores e 8% dos professores não têm nenhuma religião. A categoria *outra* abrange apenas os professores (8%), os técnicos de Serviço Social e os psicólogos com (4%).

Figura 4



2. Instrumento

Neste trabalho, o material usado para efectuar a sondagem é composto por um questionário que comporta quatro secções. (Anexo 1). Este instrumento foi constituído a partir de tradução e adaptação de outros apresentados por Portwood (1998) (Anexo 2).

Um questionário escrito anónimo, elaborado para ser completado num período de 10 a 15 minutos, foi usado para averiguar as concepções e as atitudes dos sujeitos participantes, em relação a determinados comportamentos. O questionário continha quatro secções, a primeira das quais pedia informações aos participantes, acerca de dados demográficos básicos, incluindo a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão e a religião.

A secção dois dizia respeito às próprias experiências parentais dos participantes, bem como acerca das suas experiências como vítimas e /ou perpetradores de mau trato à criança. Nesta secção, perguntava-se aos participantes o número de filhos (incluindo enteados e crianças adoptadas que tivessem vivido em sua casa até à idade de 18 anos), bem como a idade do filho mais velho e do mais novo. Em seguida, perguntava-se se já tinham cometido um acto de abuso ou negligência à criança e se, já alguma vez tinham sido vítimas de abusos ou negligência. Na parte final desta secção os participantes eram inquiridos acerca da sua experiência pessoal relativamente a determinados actos de abuso ou negligência.

A secção três pedia aos respondentes para que cotassem a importância de 20 factores, derivados da literatura existente Barnett, Manly, Cicchetti, 1993; Giovanni & Becerra, 1979; Tite, 1993, Roscoe, 1990; Portwood 1998, para determinar em que medida um acto constituía abuso e/ou negligência, numa escala com 7 pontos, (1= "não de todo importante" e 7= "um dos factores mais importantes").

Na secção quatro, foi pedido aos participantes que cotassem cada uma, de uma série de 40 vinhetas, numa escala de 7 pontos (que ia de 1="definitivamente não é abuso ou negligência" a 7="definitivamente é abuso ou negligência"). Estas vinhetas incorporavam quatro factores, à luz dos quais as definições comuns de mau trato à criança têm sido baseadas (tipo e frequência do acto, consequências para a vítima, e intenção do perpetrador), bem como quatro factores adicionais (idade e sexo da vítima, sexo do perpetrador, e "consentimento").

3. Procedimento

Os questionários que não foram administrados pessoalmente pela investigadora ou por outros colaboradores, foram enviados pelo correio acompanhados de uma carta que continha a mesma informação introdutória que era apresentada verbalmente. Nas instruções era explicitamente indicado que se assegurava o anonimato dos respondentes. Os professores do 1º Ciclo, os educadores, os psicólogos e os técnicos de Serviço Social foram seleccionados por colegas de profissão, conhecidos pessoalmente pela investigadora. Em princípio, nenhum destes intermediários figurou como membro da amostra.

Os médicos pediatras foram contactados directamente ou por escrito, nos Serviços de Pediatria dos Hospitais Pedro Hispano, São João, Maria Pia, Hospital Pediátrico de Coimbra, Hospital de Vale do Ave, Hospital de S.

Bernardo em Setúbal, Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo, Hospital de Santo André em Leiria.

Resultados

Análises preliminares permitiram concluir que dados como o sexo dos respondentes, estado civil, religião, história de sofrimento ou cometimento de maus tratos não eram estatisticamente pertinentes ou não possuíam níveis de variabilidade que tornassem significativo o seu estudo. Por essa razão, no exame estatístico que se segue optámos por ignorá-los.

Por razões de maior clareza e comodidade a apresentação dos resultados será feita em três secções: a primeira analisará a experiência dos sujeitos inquiridos com situações de maus tratos; a segunda debruçar-se-á sobre os factores determinantes na avaliação do carácter maltratante dos actos; a terceira considerará a avaliação do valor maltratante dos actos descritos nas quarenta vinhetas.

Experiência com situações de maus tratos

Os participantes do nosso estudo deveriam, face à apresentação de onze situações indiciadoras de possíveis maus tratos (parte II do questionário), assinalar aquelas com as quais já se tinham deparado ao longo da sua vida. Como o **quadro 5** ilustra, perto de 9% dos inquiridos referiram que nunca contactaram com qualquer uma das situações. Em contrapartida, um número muito substancial (78.4% dos respondentes) indicou possuir conhecimento directo de casos referenciáveis a três ou mais das circunstâncias descritas.

Quadro 5. Quantidade de respondentes tendo em conta o número de possíveis situações de maus tratos directamente conhecidas

Número de situações contactadas	Quantidade de casos	Percentagem
<i>Contacto com nenhuma situação</i>	11	8.8
<i>Contacto com uma situação</i>	5	4.0
<i>Contacto com duas situações</i>	12	9.6
<i>Contacto com três situações</i>	15	12.0
<i>Contacto com quatro situações</i>	13	10.4
<i>Contacto com cinco situações</i>	20	16.0
<i>Contacto com seis situações</i>	24	19.2
<i>Contacto com sete situações</i>	11	8.8
<i>Contacto com oito situações</i>	9	7.2
<i>Contacto com nove situações</i>	4	3.2
<i>Contacto com dez situações</i>	1	0.8
<i>Contacto com onze situações</i>	0	0.0

As respostas estiveram relacionadas com o nível etário. De facto, as análises mostraram que a quantidade de situações conhecidas aumentou na razão directa da idade dos indivíduos da amostra ($r = .49$; $P < .000$). No que toca

ao estatuto ocupacional dos participantes (**quadro 6**), não se verificou qualquer relação entre a profissão exercida e o número médio de respostas afirmativas ($F= 2.12$; n.s.).

Quadro 6. Média de respostas afirmativas em função da ocupação profissional dos respondentes

Profissão	Respostas afirmativas	D.P.
<i>Pediatras</i>	4.52	1.73
<i>Professores</i>	4.96	3.14
<i>Educadores de infância</i>	3.80	2.72
<i>Assistentes sociais</i>	3.88	2.51
<i>Psicólogos</i>	5.44	1.56

Factores determinantes na avaliação do carácter maltratante dos actos

Era solicitado aos inquiridos que referissem até que ponto o seu juízo relativo à natureza maltratante dos comportamentos era afectado por vários factores apresentados na terceira parte do questionário. Relativamente a cada um deles, os sujeitos estimavam a sua importância, recorrendo a uma escala de tipo *Lickert* com variação de 1 a 7 pontos. A pontuação de um tinha, de acordo com as indicações fornecidas, o significado *de não de todo importante* e a de sete *um dos factores mais importantes* (cf. Anexo 1).

O **quadro 7** indica a média das respostas dadas por todos os respondentes nos diferentes factores (os itens encontram-se aí ordenados, em

sentido decrescente, tendo em conta os seus valores médios). Conforme se pode apreciar, a natureza sexual do acto, a efectiva constatação de danos físicos ou psicológicos e a intenção de fazer mal à criança correspondem aos quatro aspectos mais valorizados. A eventualidade de o comportamento deixar sequelas na criança bem como a frequência do acto mereceram, igualmente, da parte dos respondentes algum realce. Da mesma maneira, os inquiridos consideraram que a circunstância do perpetrador possuir doença mental, ser alcoólico ou abusar de droga eram dados susceptíveis de afectarem a avaliação do carácter maltratante dos actos.

Quadro 7. Médias das respostas em cada um dos factores

FACTORES	Média	D.P.
Se o acto é de natureza sexual	6.78	0.58
A existência de danos físicos observáveis na criança	6.72	0.60
A existência de danos psicológicos/emocionais observados na criança	6.64	0.63
Se o perpetrador teve intenção consciente de fazer mal à criança	6.54	0.65
Eventualidade de vir a sofrer danos psicológicos/emocionais	5.97	0.81
Eventualidade de vir a sofrer danos físicos	5.93	0.82
Doença mental do perpetrador	5.74	0.96
Abuso de drogas ou álcool da parte do perpetrador	5.60	0.97
Frequência do acto	5.58	1.12
Se a criança pensa que foi abusada	5.26	1.22
Se o perpetrador foi abusado enquanto criança	5.06	1.11
Se o perpetrador cresceu em família ou meio violento	4.92	1.31
Se o acto se enquadra na definição legal de abuso ou negligência	4.87	1.45
Se o acto é cultural ou socialmente aceitável	4.37	1.27
Se a própria criança consente o acto	4.18	2.10
A idade do perpetrador	3.90	1.60
A idade da criança	3.86	1.56
Se o perpetrador provem de uma família divorciada	2.87	1.45
O sexo do perpetrador	2.18	1.46
O sexo da criança	2.00	1.50

Com médias superiores a quatro (pontuação equidistante entre o máximo e o mínimo) ainda surgem o reconhecimento do carácter abusivo feito

pela própria criança, o facto de o perpetrador ter sido abusado na infância ou crescido em meio violento, a valoração social ou jurídica dos actos e o consentimento da vítima. Vários factores aparecem pontuados com nota inferior a quatro, sendo de presumir que os respondentes lhes atribuem pouco relevo. Incluem-se neste caso a idade, bem como o sexo da criança ou do perpetrador e a circunstância de o indivíduo maltratante provir de família divorciada.

Averiguámos até que ponto as respostas estavam associadas à idade dos inquiridos, ao número de filhos e à experiência tida com situações de maus tratos. Para o efeito procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação entre estas três variáveis e cada um dos vinte factores. Uma vez que o nosso N (125) é elevado, não utilizámos os níveis de significância como critério de reconhecimento da associação entre medidas. Seguindo os procedimentos adoptados por alguns investigadores (cf. McWilliams, 1999)⁴ consideramos que uma relação só merece realce quando a magnitude do r for igual ou superior a ± 0.30 . Ora, sucede que em nenhuma das circunstâncias analisadas tal se verificou. Por conseguinte, as estimativas dos sujeitos parecem ter sido genericamente independentes da sua idade, número de filhos ou a quantidade/diversidade da experiência com situações de maus tratos. A análise dos resultados em função do estatuto ocupacional dos participantes visou responder às seguintes questões:

⁴ Ideia defendida por este autor nas aulas do Módulo de Metodologia da Investigação que assegurou no âmbito do Mestrado em Psicologia, especialidade de Intervenção Precoce da FPCEUP.

- Quais os factores que contribuem mais decisivamente para a distinção dos vários grupos profissionais?
- Como se define a especificidade das respostas de cada grupo face aos restantes?
- Até que ponto os grupos profissionais se discriminam, efectivamente, no modo como avaliam a importância dos diferentes factores?

A fim de esclarecermos estas questões examinámos os dados com base na análise da função discriminante directa (DISCRIM). Este procedimento determinou (**quadro 8**) quatro funções discriminantes com um X^2 combinado = 437.15; $P = .000$. A segunda função ($X^2 = 250.97$; $P = .000$), a terceira ($X^2 = 109.31$; $P = .000$) e a quarta ($X^2 = 32.78$; $P > .02$) surgiram, igualmente, com um poder discriminante significativo. Conforme se pode apreciar no mesmo quadro, as funções são responsáveis, respectivamente, por 52.6%, 31.2%, 12.0% e 4.2% da variabilidade entre os grupos.

Quadro 8. Funções Discriminantes

Função	Valor próprio	% variância	Teste das funções	Wilks	X^2	g.l.
1ª	4.311	52.6	1ª até à 4ª	.020	437.151	80
2ª	2.562	31.2	2ª até 4ª	.105	250.965	57
3ª	0.986	12.0	3ª até 4ª	.375	109.309	36
4ª	0.342	4.2	4ª	.745	32.781	17

Conforme os valores do **quadro 9** mostram, a primeira função discriminante maximiza a separação entre os Assistentes Sociais e os grupos de Educadores de Infância, Pediatras ou Psicólogos. A segunda diferencia os Educadores de Infância e os Professores dos Pediatras e Psicólogos.

Quadro 9. Centróides dos grupos profissionais nas quatro funções discriminantes

	primeira função	segunda função	terceira função	quarta função
<i>Pediatras</i>	.897	2.485	1.101	.069
<i>Professores</i>	-.339	-.591	-.481	1.085
<i>Assistentes Sociais</i>	-2.513	2.127	.575	-.307
<i>Educadores de Infância</i>	3.627	-.666	.462	-.370
<i>Psicólogos</i>	.555	.899	-1.658	-.478

A terceira separa mais significativamente Psicólogos e Pediatras, ao passo que a quarta função estabelece a maior discriminação entre Professores e Assistentes Sociais.

A análise das correlações entre os factores e as funções discriminantes (**quadro 10**) indica que *o consentimento da criança relativamente ao acto* é o item mais importante na distinção entre os Assistentes Sociais, por um lado e os Educadores de Infância, Pediatras e Psicólogos por outro. De facto, conforme se pode apreciar no **quadro 11**, os profissionais do serviço social não atribuem, contrariamente ao que sucede com os outros três grupos, qualquer importância a este factor no reconhecimento da natureza maltratante dos actos.

Quadro 10. Matriz de correlação entre os factores e as funções discriminantes.

	FUNÇÃO			
	1	2	3	4
Se a própria criança consente o acto	.584	.071	-.013	.090
A idade do perpetrador	.328	.006	.297	-.148
Se o perpetrador cresceu em família ou meio violento	.255	.061	.102	-.159
Se o perpetrador foi abusado enquanto criança	.131	-.026	.034	-.046
Se o acto se enquadra na definição legal de abuso ou negligência	.205	.466	-.104	.235
O sexo da criança	.139	.373	.047	-.023
O sexo do perpetrador	.105	.318	.051	-.009
Se o perpetrador teve intenção consciente de fazer mal à criança	-.010	-.135	.442	.269
Se o acto é de natureza sexual	-.064	-.029	.409	.104
Frequência do acto	.095	-.065	.372	-.031
Doença mental do perpetrador	-.128	.104	.276	-.085
Se a criança pensa que foi abusada	.117	-.101	.231	.128
Abuso de drogas ou álcool da parte do perpetrador	.027	.064	.231	-.205
A existência de danos psicológicos/emocionais observados na criança	-.096	-.025	.184	.158
Eventualidade de a criança vir a sofrer danos psicológicos/emocionais	.164	.174	-.118	.489
Se o perpetrador provem de uma família divorciada	.175	.299	.246	.455
Eventualidade de a criança vir a sofrer danos físicos	.202	.009	-.174	.427
A idade da criança	.148	.277	.167	-.341
A existência de danos físicos observáveis na criança	-.046	-.220	.134	.250
Se o acto é cultural ou socialmente aceitável	-.006	-.074	-.197	.218

O papel da *definição legal de abuso ou negligência* marca a grande clivagem entre Educadores de Infância, ou Professores, por um lado, e Pediatras, Assistentes Sociais, ou Psicólogos, por outro. Na verdade, os membros das duas primeiras profissões atribuem a este factor uma importância mais elevada do que a reconhecida pelos restantes dois grupos (**quadro 11**). A *intenção de fazer mal à criança* e a *natureza sexual do acto* (itens melhor

correlacionados com a terceira função), embora muito pontuados por todos, são aspectos menos valorizados pela classe dos psicólogos do que por todos os outros grupos profissionais. Finalmente, a maior distinção entre Professores e Assistentes Sociais surge na valorização da *eventualidade de a criança vir a sofrer danos psicológicos/emocionais, do facto de o perpetrador provir de uma família divorciada* (reconhecido como pouco importante pelos Assistentes Sociais, mas como significativo pelos Professores –cf. **quadro 11**) e da *eventualidade de a criança sofrer danos físicos* (ênfatisada de forma mais clara pelos Professores).

Quadro 11. Médias obtidas pelos vários grupos profissionais nos itens mais discriminantes

	<i>Pediatras</i>	<i>Professor es</i>	<i>Assistente s Sociais</i>	<i>Educadores</i>	<i>Psicólogo s</i>	<i>F</i>
Se a própria criança consente o acto	5.12	4.40	1.20	5.92	4.68	44.59*
Se o acto se enquadra na definição de abuso ou negligência	3.68	5.44	4.24	6.40	4.60	23.04*
Se o perpetrador teve intenção consciente de fazer mal à criança	6.64	6.64	6.68	6.80	5.66	7.94*
Se o acto maltratante é de natureza sexual	6.96	6.76	7.00	6.84	5.78	5.66*
Eventualidade de a criança sofrer danos psicológicos/emocionais	6.32	6.28	5.28	5.84	6.42	8.07*
Se o perpetrador provem de uma família divorciada	4.32	4.04	1.80	2.64	2.56	14.74*
Eventualidade de a criança vir a sofrer danos físicos	5.96	6.28	5.20	6.12	6.08	8.07*

- $P < .000$

Até que ponto as respostas de cada grupo profissional permitem diferenciar globalmente os seus membros dos pertencentes aos restantes grupos? A fim de respondermos à questão, vimos se a classificação dos sujeitos, feita com base nos valores discriminantes, era minimamente coincidente com as categorias definidas a partir dos estatutos ocupacionais efectivos.

Ora, os resultados apresentados no **quadro 12** indicam que, globalmente, 92.0% dos respondentes foram correctamente agrupados nos seus grupos profissionais. Verifica-

Quadro 12. Classificação dos respondentes

		Classificação a partir dos valores discriminantes				
Estatuto efectivo	ocupacional	<i>Pediatras</i>	<i>Professores</i>	<i>Assistentes Sociais</i>	<i>Educadores</i>	<i>Psicólogos</i>
	<i>Pediatras</i>	23	0	0	0	2
	<i>Professores</i>	0	23	1	0	1
	<i>Assistentes Sociais</i>	0	0	25	0	0
	<i>Educadores</i>	2	0	0	22	1
	<i>Psicólogos</i>	1	2	0	0	22

se que há uma coincidência total no caso dos Assistentes Sociais e um nível elevado de acordo no tocante aos outros grupos profissionais (variando entre 88% e 92%).

Avaliação do valor maltratante dos actos

A última parte do questionário constava de 40 pequenas vinhetas onde se expunham diferentes situações susceptíveis de serem consideradas como exemplos de abuso ou negligência. Face a cada uma delas, os participantes deveriam indicar –com base numa escala de um a sete pontos– até que ponto avaliavam o caso descrito como sendo uma circunstância de mau trato.

Tendo em conta o estudo de Portwood (1998), os conteúdos expressos nas vinhetas representam potencialmente casos de abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico ou negligência. Adoptando esta classificação, procedemos ao agrupamento dos itens nas quatro grandes categorias (cf. **quadro 13**).

Quadro 13. Agrupamento das vinhetas nas categorias de negligência e abuso físico, sexual ou psicológico.

Abuso físico

- O pai bate no seu filho de 8 anos com um pau causando-lhe lesões ligeiras (vinh. 1)
- O pai bate no filho de 6 meses de idade depois de ele ter sido encontrado com uma caixa de fósforos (vinh. 8)
- O pai bate no seu filho de 8 anos com um pau não deixando marcas visíveis (vinh. 12)
- O pai bate no seu filho de 5 anos com um pau depois de ele ter sido encontrado a brincar com uma caixa de fósforos (vinh. 18)
- A mãe dá uma bofetada ao seu filho de 6 meses de idade (vinh. 36)
- A mãe dá uma bofetada à sua filha de 5 anos (vinh. 39)

Abuso sexual

- Numa ocasião, e uma só vez, a mãe teve contactos sexuais com o seu filho de 8 anos (vinh. 3)
- O pai faz sexo oral com a sua filha de 8 anos, mas somente depois de ela concordar (vinh. 6)
- Numa ocasião, e uma só vez, o pai teve contactos sexuais com a sua filha de 8 anos (vinh. 11)
- O pai mostra frequentemente revistas pornográficas ao filho de 8 anos (vinh. 13)
- Numa ocasião, e uma só vez, o pai tocou os órgãos genitais da filha de 8 anos, embora só depois de ela concordar (vinh. 14)
- Numa ocasião, e uma só vez, o pai mostra revistas pornográficas ao filho de 8 anos (vinh. 16)
- O pai beija frequentemente a filha de 8 anos nos lábios (vinh. 17)
- O pai mostra frequentemente revistas pornográficas à filha de 8 anos (vinh. 19)
- O pai mostra frequentemente revistas pornográficas à filha de 5 anos (vinh. 22)
- O pai toca frequentemente os órgãos genitais da filha de 8 anos, mas só depois de ela concordar (vinh. 23)
- O pai tem frequentemente contactos sexuais com a filha de 8 anos (vinh. 25)
- A mãe beija frequentemente a filha de 5 anos nos lábios (vinh. 26)
- O pai toca frequentemente os órgãos genitais do filho de 6 meses de idade (vinh. 27)
- Numa ocasião, e uma só vez, o pai mostrou revistas pornográficas à filha de 8 anos (vinh. 28)
- A mãe toca frequentemente os órgãos genitais do filho de 6 meses de idade (vinh. 31)

Abuso psicológico

- Os pais vestem o filho de 8 anos com roupas de rapariga (vinh. 10)
- Os pais vestem o filho de 6 meses de idade com roupas de rapariga (vinh. 24)
- Os pais dizem constantemente ao filho que deve obter melhores notas na escola tal como o irmão mais velho (vinh. 30)
- Os pais vestem a filha de 8 anos com roupas de rapaz
- Os pais discutem frequentemente em frente do filho (vinh. 35)
- A mãe grita à sua filha de 5 anos e insulta-a (vinh. 38)
- A mãe grita à sua filha de 6 meses de idade e insulta-a (vinh. 40)

Negligência

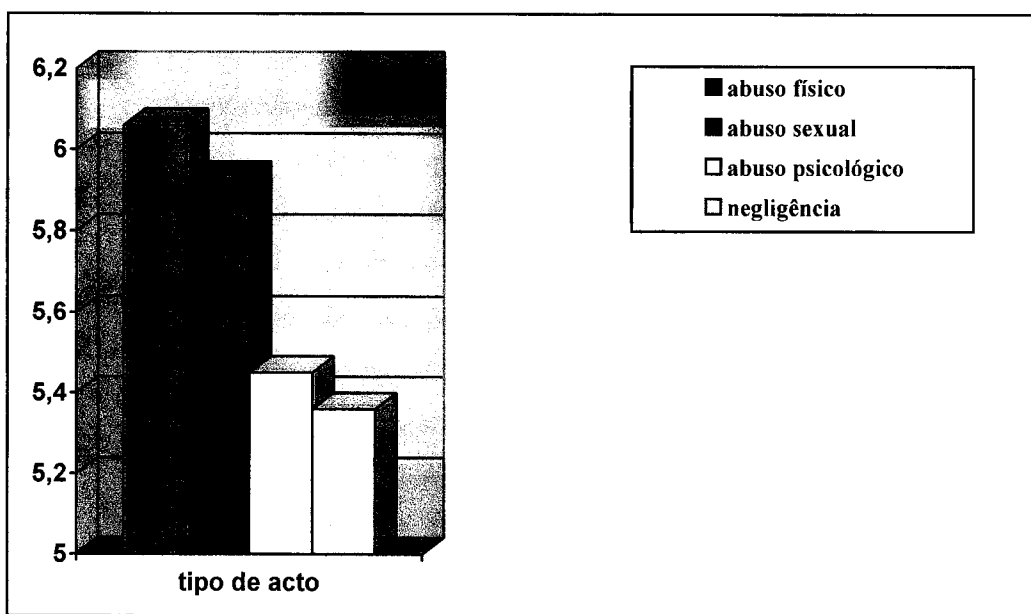
- Apesar das recomendações do professor, os pais recusam proporcionar ao seu filho tratamento psicológico (vinh. 2)
- Na sala onde o filho de 8 anos brinca frequentemente, existem janelas com vidros partidos e superfícies irregulares (vinh. 4)
- Os pais deixam frequentemente o filho de 8 anos sozinho durante várias horas (vinh. 5)
- Os pais esqueceram-se de guardar uma garrafa de Whisky, deixando-a facilmente acessível ao filho de 5 anos (vinh. 7)
- Os pais não lavam o cabelo do seu filho de 6 meses de idade, durante semanas (vinh. 9)
- Na sala onde o filho de 6 meses brinca frequentemente, existem janelas com vidros partidos e superfícies irregulares (vinh. 15)
- Os pais não lavam o cabelo do filho de 8 anos, durante semanas (vinh. 20)
- Numa ocasião, e uma só vez, os pais deixaram o filho de 8 anos sozinho em casa durante várias horas (vinh. 21)
- Numa ocasião, e uma só vez, os pais deixaram o filho de 5 anos sozinho em casa durante várias horas (vinh. 29)
- Os pais esqueceram-se de guardar uma garrafa de Whisky, deixando-a facilmente acessível ao filho de 6 meses de idade (vinh. 32)
- Apesar das recomendações do professor, os pais recusam-se a autorizar que o filho faça um teste de visão (vinh. 34)
- Os pais recusam mandar o filho para a escola (vinh. 37)

A classificação efectuada permitiu que incluíssemos as vinhetas em quatro sub-escalas, para a partir daí procedermos a um estudo mais global dos resultados. Com esse propósito, determinámos, para cada respondente, a média das pontuações obtidas nos quatro *clusters* de itens, fazendo com base nesses valores as análises que doravante se apresentarão.

A **figura 5** ilustra que as estimativas tendem a reconhecer, globalmente, um carácter mais maltratante às vinhetas incluídas nas categorias do abuso físico e sexual.

Embora as médias relativas aos itens da negligência e do abuso psicológico sejam elevadas (em ambos os casos superiores a 5.00) não atingem os mesmos níveis de magnitude ($F_{medidas\ repetidas} = 62.13$; $P = .000$).

Figura 5. Médias dos itens nas quatro sub-escalas



As estimativas dos respondentes variaram, nalgumas das sub-escalas, em função da variedade das situações de maus tratos contactadas ao longo da vida profissional, do número de filhos e da idade. Conforme se pode apreciar no **quadro 14**, quantos mais tipos de casos conhecidos directamente pelos sujeitos menor era a tendência para atribuir carácter maltratante aos actos de negligência e abuso psicológico. Relativamente à idade e ao número verificou-se idêntica propensão. É ainda de relevar que nenhuma destas variáveis manteve associações importantes com a distribuição dos resultados nas escalas de abuso físico e sexual.

Quadro 14. Coeficientes de correlação (r de Spearman) entre a variedade de casos contactados, a idade e o número de filhos

		Tipo de mau-trato			
		Abuso físico	Abuso sexual	Abuso psicológico	Negligência
Variedade de casos	de	.006	.130	-.318*	-.233*
Número de filhos		.006	.049	-.355*	-.313*
Idade		.022	.169	-.494*	-.482*

*P<.01

Importa referir que a *variedade das situações de maus tratos contactadas ao longo da vida profissional*, o *número de filhos* e a *idade dos inquiridos* estão fortemente correlacionadas entre si (**quadro 15**). Nesta ordem de ideias, a circunstância de se ter verificado que os três factores mantêm uma estreita ligação estatística com as escalas de abuso psicológico e de negligência

poderá assinalar uma situação de confusão entre variáveis. Por outras palavras, interessa saber se as relações encontradas decorrem de associações independentes de cada variável com ambas as escalas ou se estamos perante o facto de apenas uma das variáveis ser verdadeiramente relevante e as outras duas só terem tido valor preditivo porque estavam correlacionadas com a primeira.

Quadro 15. Coeficientes de correlação (r de Spearman) entre as variáveis predictoras

	Variedade de casos contactados	Número de filhos	Idade dos inquiridos
Variedade de casos contactados	1.000	—	—
Número de filhos	.344	1.000	—
Idade dos inquiridos	.446	.452	1.000

A fim de esclarecermos a questão, recorremos ao método de análise da regressão multilinear com procedimento *stepwise*. Graças a operações computacionais efectuadas segundo sequência passo a passo, esta técnica permite seleccionar progressivamente de entre um sistema de variáveis predictoras todas aquelas que trazem, relativamente a uma medida dependente, ganhos significativos na explicação da sua variância. No nosso caso, procurámos ver até que ponto a *variedade das situações*, o *número de filhos* e a idade dos inquiridos tinham efeitos estatísticos independentes sobre os resultados das sub-escalas de abuso psicológico e de negligência.

Foi possível apurar que as três variáveis explicam, no seu conjunto, 27.25% da variância total dos resultados da escala de negligência. Conforme o **quadro 16** indica, o maior peso nessa percentagem cabe ao factor idade que é responsável por 23.23%. O número de filhos (3.72%) e a variedade de casos contactados (0.30%) tiveram um contributo mínimo que, de acordo com o valor do F, não possui qualquer significância estatística.

Quadro 16. Dados da regressão multilinear relativa à escala de negligência

	Coefficiente <i>r</i>	Valor de Beta	Variância explicada	Valor de F
Idade	-.482	-.482	23.23%	37.31*
Número de filhos	-.313	-.119	3.72%	1.83 ^a
Variedade de casos contactados	-.233	-.013	0.30%	0.02 ^a

*P<.000

^a n.s.

Por sua vez, a variância da escala referente ao abuso psicológico é explicada em 34.13 % pelas mesmas três variáveis. Como se pode ver no **quadro 17** a idade volta, uma vez mais, a ter papel determinante, explicando 24.40 % da variância. A influência das

Quadro 17. Dados da regressão multilinear relativa à escala de abuso psicológico

	Coefficiente <i>r</i>	Valor de Beta	Variância explicada	Valor de F
Idade	-.494	-.494	24.40%	39.80*
Número de filhos	-.355	-.165	5.85%	3.59 ^a
Variedade de casos contactados	-.318	-.122	3.88%	1.94 ^a

*P<.000

^a n.s.

restantes duas variáveis não se revelou estatisticamente significativa., sendo, apenas, responsáveis por um total que ronda os dez por cento da variância explicada. Assim, tal como o diagrama da figura 6 ilustra, as análises efectuadas esclarecem que o *número de filhos* ou a *variedade das situações de maus tratos contactadas ao longo da vida profissional* só estiveram relacionadas com os resultados das sub-escalas de negligência e de abuso psicológico porque mantinham estreita associação com a *idade dos respondentes*.

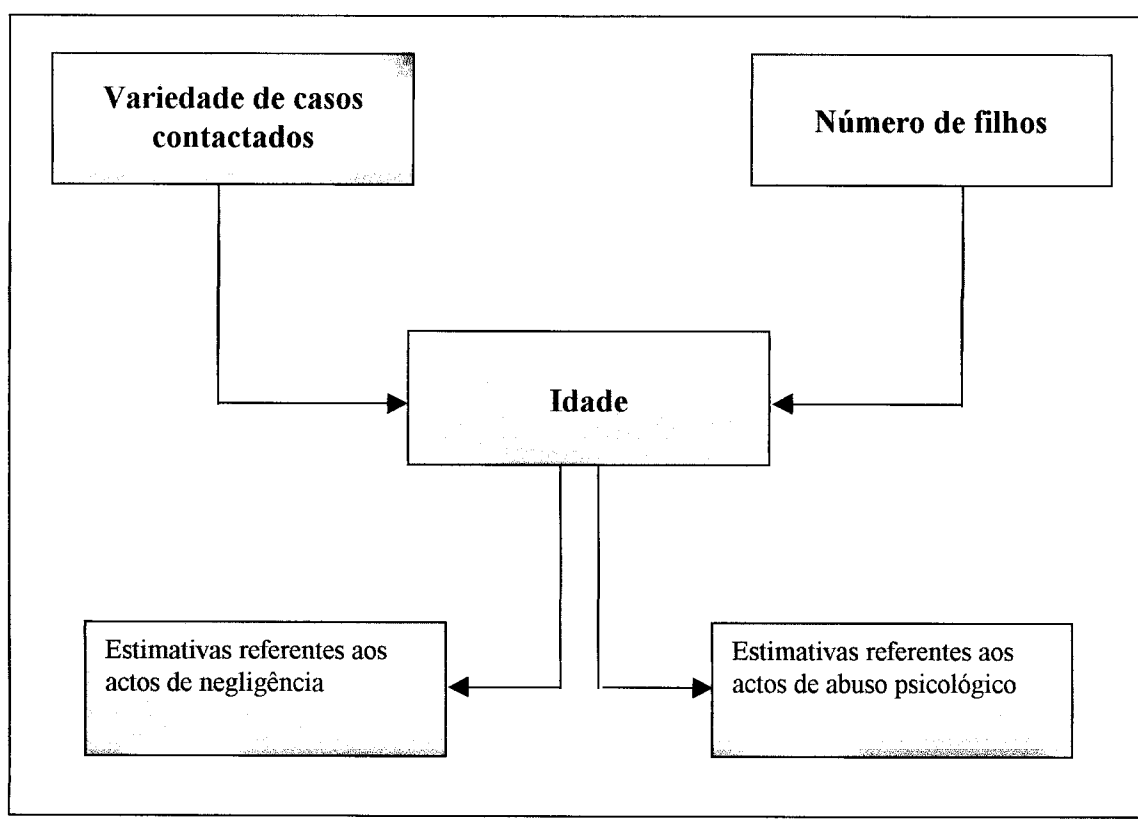


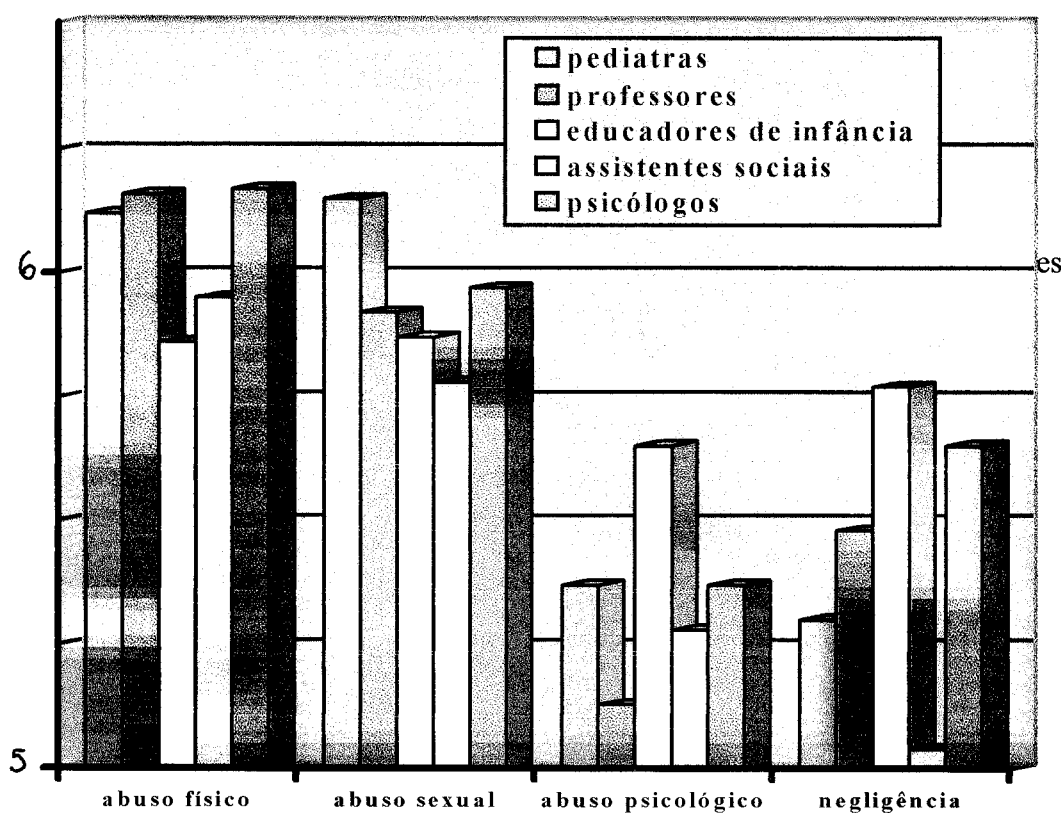
Figura 6. Estrutura das relações segundo os resultados da análise da regressão

O estudo das respostas em função dos grupos profissionais revelou que pediatras, professores, educadores de infância, psicólogos e assistentes sociais

reconheceram, genericamente, o carácter maltratante das situações descritas nas vinhetas. De facto, todos os grupos obtiveram, nas várias escalas, pontuações médias superiores a cinco (**figura 7**).

O teste de Scheffé para comparações múltiplas indicou que no caso das vinhetas referentes ao abuso físico não há diferenças significativas entre os diversos tipos de profissionais. Tal circunstância já não parece verificar-se nos outros casos.

Figura 7. Pontuações médias relativas às vinhetas das escalas de abuso físico, sexual, psicológico e de negligência em função dos grupos profissionais



Assim, na escala de abuso sexual ($F=3.70$; $P=.007$) os técnicos de Serviço Social e as educadoras tenderam a estimar o carácter maltratante das situações com pontuação mais baixa, diferindo significativamente dos pediatras. No que respeita ao abuso psicológico ($F= 6.43$; $P= .000$), o contraste significativo estabelece-se entre professores e educadores que valorizaram mais esta dimensão. Curiosamente, na escala de negligência ($F= 12.20$; $P= .000$), a média das estimativas feitas pelos educadores foi também, a mais elevada, diferindo significativamente da observada nos grupos de pediatras e assistentes sociais. O teste de Scheffe mostrou igualmente, que os resultados neste último grupo foram inferiores aos encontrados junto dos professores e psicólogos.

Em ordem a uma leitura mais adequada dos resultados, importa salientar que a idade média dos elementos de cada grupo profissional era muito aproximada. Efectivamente, as análises feitas através do teste de Scheffe não permitiram diferenciar nenhum dos grupos quanto ao nível etário.

Discussão

O presente estudo examinou alguns aspectos das concepções referentes aos maus tratos infantis da parte de vários profissionais que, no exercício do seu trabalho habitual, lidam com populações de crianças. Conforme pudemos apreciar, a esmagadora maioria dos inquiridos (cerca de 91%) referiu ter, em maior ou menor grau, contactado ao longo da vida com casos deste género. Curiosamente, nenhum grupo profissional se diferenciou no que respeita à variedade do tipo de situações observadas. Tais constatações parecem, desde logo, confirmar a sugestão de que professores, técnicos do serviço social, pediatras e psicólogos ocupam uma posição favorável para sinalizarem, no quotidiano, os fenómenos de mau trato e porem em prática correspondentes medidas preventivas.

A circunstância de um tão grande número de profissionais relatar o conhecimento de casos efectivos ou suspeitos de abuso e negligência enfatiza a necessidade de na sua formação ser dedicada atenção especial aos aspectos relacionados com a problemática dos maus tratos. Importa, nesse sentido, promover competências que os habilitem a melhor identificar os sintomas indiciadores de possíveis abusos ou negligência, a pesar a gravidade das situações, a avaliar os recursos presentes na família ou na comunidade a fim de poderem desempenhar um papel eficaz no planeamento das estratégias de

intervenção mais adequadas a cada caso. Interessa, também, que o processo de formação assegure o desenvolvimento de capacidades para o trabalho em equipas transdisciplinares de maneira a facilitar a adopção de perspectivas integradas nos processos de diagnosticar e dar resposta às necessidades da criança vítima de abuso e negligência.

O nosso trabalho procurou explorar que factores eram valorizados pelos sujeitos da amostra na formulação das suas concepções de maus tratos. De uma forma genérica, *a natureza sexual do acto, a presença de danos físicos na criança, a evidência de sequelas psico-emocionais e a intenção dolosa por parte do perpetrador* revelaram ser os factores mais determinantes nessa formulação. Tal constatação é similar à efectuada por vários autores que conduziram sondagens idênticas junto de outras populações (e.g. Portwood, 1998, 1999, 2000; Giovanni & Becerra, 1979; Finkelhor & Redfield, 1984).

Tendo, igualmente, em conta os dados da literatura (op. cit), não foi surpreendente verificar o significado diminuto reconhecido a aspectos como o sexo da criança ou do perpetrador.

Alguns factores de interpretação ambígua foram assinalados pelos inquiridos como possuindo uma certa importância. Contam-se, nomeadamente, entre eles a eventualidade de *doença mental do perpetrador, o abuso de álcool ou drogas por parte do mesmo, se o perpetrador foi abusado enquanto criança ou cresceu em contextos de violência*. A ambiguidade decorre, sobretudo, do modo como no questionário vêm formulados estes itens. De facto,

relativamente a cada um dos factores apresentados, os sujeitos deviam, apenas, indicar com a ajuda de uma escala de tipo *Lickert* se tais circunstâncias eram susceptíveis de influenciarem a avaliação pessoal acerca do carácter maltratante de actos de abuso ou negligência. Nestas condições, não dispomos de qualquer critério que nos permita ajuizar o verdadeiro significado das pontuações atribuídas. Será, por exemplo, que, na concepção do respondente, o abuso de álcool ou drogas por parte do perpetrador confere uma natureza mais maltratante ao acto, ou passar-se-á exactamente o contrário? A circunstância de quem exerce o comportamento ter sido abusado enquanto criança que importância terá na avaliação de um determinado acto? Empresta-lhe uma carga mais ou menos abusiva? Questões idênticas ganham toda a pertinência quando consideramos outros factores como, por hipótese, a consciência que a criança tem do abuso ou o consentimento que lhe deu.

Vemo-nos seguramente, aqui, perante uma limitação do instrumento que poderia ser ultrapassada com uma formulação mais adequada dos itens ou com a adopção de um procedimento que contemplasse a eventualidade de, em situação de entrevista, se precisar com exactidão o pensamento dos inquiridos. Não obstante, fazendo um exercício de indução inferencial, parece-nos plausível concluir que nas representações dos inquiridos sobressaem dois eixos de avaliação.

Há, assim, um registo substantivo que atende à configuração objectiva dos fenómenos. De acordo com este princípio, é a natureza do acto em si e as

suas repercussões que ditam a valoração dos comportamentos juízo de valor relativo ao seu carácter maltratante (*e.g.* "se o acto é de natureza sexual"; "a existência de danos físicos observáveis na criança"; "a eventualidade de vir a sofrer danos psicológicos/emocionais"; "a frequência do acto"...). Mas, paralelamente, transparece também um critério de relativização contextual decorrente da importância emprestada às condições mais ou menos subjectivas. Neste âmbito, as circunstâncias envolvendo os actos, o estado ou o ponto de vista do perpetrador e da vítima adquirem um certo relevo (*e.g.* "se o perpetrador teve intenção consciente de fazer mal à criança"; "se a criança pensa que foi abusada"; "se o perpetrador cresceu em família ou meio violento"; "se a própria criança consente o acto"; "abuso de drogas ou álcool da parte do perpetrador"...).

Julgamos que qualquer tentativa de estabelecer uma definição clara de mau trato à criança e das suas componentes deverá, pois, entrar em linha de conta com a complexa articulação dos dois eixos.

Quando, neste aspecto, examinámos os resultados em função dos grupos profissionais, verificámos que todos eles eram sensíveis às dimensões objectivas e subjectivas. Não obstante, os dados da análise da função discriminante revelaram algumas idiossincrasias associadas aos diferentes estatutos ocupacionais. Lembremos, a propósito, que a classificação dos respondentes feita com base no estudo estatístico dos padrões de resposta mostrou ser, em

grande parte, coincidente com o agrupamento realizável a partir dos seus estatutos ocupacionais efectivos.

Segundo o nosso ponto de vista, a avaliação das vinhetas constantes da última parte do questionário, indagando embora a opinião acerca do carácter maltratante das situações nelas descritas, fornece-nos, também, de modo implícito um juízo acerca da gravidade desses actos. Nesta ordem de ideias, os resultados mostram que os casos de abuso físico e sexual mereceram da parte dos inquiridos um julgamento mais severo. Aparentemente, os actos de abuso psicológico e de negligência foram vistos com menos carga maltratante.

Importa, contudo, ressaltar que a formulação das próprias vinhetas poderá ter funcionado, aqui, como eventual fonte de confusão. Efectivamente, referimos atrás que haveria dois grandes eixos na elaboração das concepções de maus tratos. Vimos, nomeadamente que um desses eixos implicaria a ponderação de condições subjectivas, englobando entre outros factores, a intenção e o consentimento da vítima. O outro, mais referenciado aos aspectos substantivos do comportamento não deixaria de envolver elementos potenciais de *nuance* como, por exemplo, a frequência do acto. Acontece que, na generalidade, estas facetas não surgem devidamente balanceadas no texto das vinhetas, podendo condicionar de maneira diversa as ponderações referentes às categorias da negligência e dos abusos físico, sexual ou psicológico. Ora, uma inequívoca interpretação das diferenças observadas exigiria um instrumento mais rigoroso onde controlos severos minimizassem estes efeitos potenciais de

erro. O ideal seria, pois, que todos os factores susceptíveis de influenciar as avaliações pudessem ser incluídos e variassem sistematicamente no conjunto das vinhetas. Interessa, contudo, reconhecer que isso produziria um instrumento de tamanho desproporcionado, talvez demasiado moroso para ser preenchido.

Mas independentemente de tais considerações, é curioso verificar que há um paralelo entre os padrões de resposta no nosso estudo e a própria evolução histórica dos dispositivos normativo-legais que têm enquadrado juridicamente a problemática dos maus-tratos. De facto, o despertar da consciência social para as questões da protecção e defesa dos menores foi primeiro acompanhada por produção legislativa contemplando o cometimento de actos de violência sobre a criança. Só mais recentemente as situações de negligência e de abuso psicológico começaram a ser alvo de tímidas tentativas de regulação na ordem jurídica (Lopes dos Santos, 1994). Será, então, legítimo aventar a hipótese de que os valores culturais que marcam o estágio presente da nossa civilização levam a olhar, comparativamente aos outros dois tipos, os fenómenos da negligência ou do mau trato psicológico com dose maior de tolerância.

Ao longo das duas últimas décadas, temos vindo a assistir a uma preocupação crescente pelas temáticas que se relacionam com o bem estar da criança. Este movimento é suportado por toda uma série de dispositivos simbólicos veiculados em muitos dos conteúdos da criação artística, da produção científica ou da reflexão filosófica que encontram eco privilegiado nos órgãos de difusão mediática e nos sistemas de ordenação jurídica dos

comportamentos. Para Lopes dos Santos (op. cit.) tal fenómeno inscreve-se no contexto de uma tecnosfera emergente, onde o investimento na educação e na promoção do desenvolvimento sócio-cognitivo dos indivíduos constituem requisitos fundamentais de uma nova racionalidade económica. Nesse sentido, importará entender a proliferação dos discursos em torno do bem estar e dos direitos da criança como factor que se integra nas estratégias de *socialização política* exigidas pela lógica de funcionamento das comunidades de hoje.

Segundo o autor, (...) "*o conceito de socialização política refere-se ao processo pelo qual o indivíduo adquire atitudes crenças ou valores harmonizados com os pressupostos do sistema de que é membro e sincronizados com os papeis que desempenha na comunidade*" (Lopes dos Santos, op. cit). Sendo certo que o equilíbrio de um corpo social está directamente relacionado com a capacidade de promover a socialização política dos seus elementos, percebe-se que a difusão e (...) "*interiorização dos discursos, onde a sensibilidade ao bem estar da criança é colocada na posição de valor proeminente, funciona na prática como regulador de um sistema de representações e de condutas cuja efectividade parece ser vital para a sobrevivência das sociedades tecnológicas*" (Lopes dos Santos, op. cit).

À luz destas ideias é plausível pensarmos que o grau de *irracionalidade* inerente às práticas de abuso psicológico e de negligência não se distinguirá muito do que caracteriza os actos de abuso físico e sexual. Por conseguinte, os enunciados que directa ou indirectamente apoiam os actuais processos de

socialização política tendem, comparativamente ao que sucedia no passado, a conferir mais importância aos actos de negligência parental e às dimensões psicológicas do mau trato. Assim, olhando de novo os nossos resultados, perceber-se-á melhor as razões pelas quais a percepção da gravidade das situações de negligência ou de abuso psicológico diminuía à medida que crescia a idade dos inquiridos. De facto, poderemos pensar que o desenvolvimento dos sujeitos mais novos teve uma probabilidade maior de ser marcado por componentes macro-sistémicas nas quais se vêm paulatinamente incorporando valores susceptíveis de determinarem outras ordenações de carácter axiológico.

A avaliação das vinhetas feita pelos vários grupos profissionais mostrou que, apesar das diferenças de ponderação encontradas, há da parte de todos eles uma tendência para reconhecerem a clara natureza maltratante dos actos incluídos nas escalas dos abusos e da negligência. Merece-nos, aqui, menção especial o caso dos Pediatras que com algumas flutuações de escala para escala não se distinguiram, flagrantemente, dos restantes grupos. Tal facto contrasta com os resultados de estudos efectuados nos Estados Unidos.

Giovanni e Becerra (1979), por exemplo, examinando em que medida vários grupos profissionais estavam de acordo quanto à severidade de actos específicos de mau trato, observaram que os pediatras tendiam a classificar menos severamente os actos do que o fizeram os técnicos do serviço social. Descobertas semelhantes foram feitas por Snyder e Newberger (1986) que realçaram o nível mais baixo das cotações de severidade junto dos médicos. Os

autores justificaram o facto com base na orientação biomédica destes profissionais que os leva a enfatizar a sintomatologia física e a excluir as dificuldades psicológicas, muitas vezes resultantes do mau trato. Snyder e Newberger (op. cit.) acentuam também a circunstância de o envolvimento dos médicos com a família ser relativamente mais pontual quando comparado com o das enfermeiras e outros técnicos.

Shor (1998) sublinha que os dados da investigação sugerem a necessidade de os pediatras integrarem a abordagem psicossocial e a perspectiva biomédica no diagnóstico e tratamento da criança maltratada. Os nossos resultados levam-nos a supor que os pediatras da amostra observada poderão estar, efectivamente, a caminhar no sentido de integrarem a perspectiva psicossocial no seu enfoque biomédico.

Antes de terminar a discussão não quereremos deixar de realçar uma das limitações que parece inerente ao método das vinhetas. Tal como noutros trabalhos que se socorreram da mesma estratégia para investigar as concepções dos sujeitos no domínio dos maus tratos, surge sempre a questão de sabermos até que ponto os indivíduos respondem aos casos hipotéticos da mesma forma que reagiriam a situações similares encontradas na vida real. Colocam-se, assim, possíveis questões referentes à validade ecológica dos factos observados que só o recurso a outros métodos complementares (*e.g.*, pesquisa de memórias narrativas), poderão começar a esclarecer.

Conclusão

O nosso estudo pretendeu contribuir para o conhecimento de uma problemática que tem sido pouco trabalhada em Portugal. Ao longo da nossa carreira docente, deparámos com um número substancial de casos de mau trato infantil. Esse contacto motivou-nos para o estudo do tema.

Na maior parte das situações que observámos, encontrámos crianças e famílias que necessitavam de apoio efectivo. Despertadas por essa experiência foi nosso propósito centrar a atenção sobre um dos aspectos cruciais a contemplar em qualquer implementação de uma política de prevenção dos maus tratos.

O presente estudo constitui, assim, o nosso esforço para conhecer um pouco a posição de diversos grupos profissionais face a esta problemática, pois de acordo com a literatura especializada existe informação escassa relativamente ao modo como esses grupos concebem e valorizam os fenómenos do mau tratamento. Isto embora os autores sejam unânimes em considerar que professores, educadores de infância, pediatras, técnicos do serviço social e psicólogos ocupam uma posição favorável para a sinalização e encaminhamento destas crianças.

O panorama deslindado está longe de ser deprimente. De uma forma geral, os grupos inquiridos mostraram possuir uma clara consciência do carácter

multidimensional dos fenómenos de mau trato, denotando inequívoca propensão para reconhecerem a gravidade dos casos de abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e negligência. Poderá, contudo, suceder que entre o que é reconhecido como abusivo ou maltratante sob o ponto de vista teórico e o que é formalmente sinalizado ou denunciado não exista uma relação clara. Há, pelo menos, em Portugal a convicção generalizada que uma boa percentagem de crianças maltratadas permanecem abandonadas à sua sorte sem qualquer assistência ou intervenção.

Uma vez que o nosso trabalho sugere que os vários profissionais que atendem a criança possuem uma percepção razoável da gravidade dos problemas, urge aproveitar este capital para se conseguirem organizar eficazmente respostas abrangentes e integradas às necessidades da população de crianças vítimas de maus tratos.

Referências Bibliográficas

Aber; J. L., & Zigler, E. (1981). Developmental considerations in the definition of Child maltreatment. In R. Rizley & D. Cicchetti (Eds.), *Developmental approaches to child maltreatment*. San Francisco: Jossey-Bass.

Aber; J. L., Allen, J. P. (1987). Effects of maltreatment on young children's socioemotional development: An attachment theory perspective. *Developmental Psychology*, **23**, 406-414.

Aber; J. L., Allen, J. P., Carlson, V., & Cicchetti, D. (1989). The effects of maltreatment on development during early childhood: Recent studies and their theoretical, clinical, and policy implications. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New Work Cambridge University Press.

Abrahams; M; Casey Kathleen; Daro Deborah (1992). Teachers' knowledge, attitudes, and beliefs about child abuse and its prevention. *Child Abuse & Neglect*, **16**, pp 229-238.

Adjukovic, Marina; Petak O.; & Mrcic's (1993). Assessment of professional's and non professionals' attitudes toward child abuse in Croatia. *Child Abuse & Neglect*, **17** pp, 549-556.

Ainsworth, M. N. ;Blehar, M.;Watter, E.; Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, Ny: Erlbaum.

Ainsworth, M. D. S. (1980). Attachment and child abuse. In G. Gerbner, C. J. Ross, & E. Zigler (Eds.). *Child abuse: An agenda for action*, pp 35-47. New York: Oxford University Press.

Albarracin Dolores, Repetto J. Martin, Albarracin Marta (1997). Social Support in Child Abuse and Neglect: Support Functions, Sources, and contexts. *Child Abuse & Neglect*, **21**, N°7, pp. 607-615.

Allen, O. M., & Tarnowski, K. J. (1989). Depressive characteristics of physically abused children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **17** (1), pp 1-11.

Almeida, L. e Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.

Alpher, Victor S.; France, Anne Claire (1993). Interpersonal complementarity and appeasement in relationships with initiators of childhood psychosocial trauma. *Psychotherapy*, **30** (3), pp 502-511.

Altemeier, W.; O' Connor, S.; Serrod, K.; Yeager, T., Vietz, P. (1985). A strategy for managing nonorganic failure to thrive based on a prospective study of antecedents. In D. Drotar (Ed.), *New directions in failure to thrive: Implications for research and practice*. New York, Plenum.

Alter, C. F. (1985). Decision-making factors in cases of child neglect. *Child welfare*, **64**, 99-111.

Araújo, S. H. (1994). Incesto: um problema familiar. *Inter-Diálogos- Boletim do PAFAC*, **2**, pp 2-3

Armstrong, K., Fraser, J., Dadds, M., & Morris, J. (1999). A randomized controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35, 237-245.

Arruabarrena, M^a. Ignacia; & De Paúl, Joaquín (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide, S. A. Madrid.

Bahr, Sister R. T. (1981, August). The battered elderly: Physical and psychological abuse. *Family and Community Health*, 61-69.

Baily, T. F., & Baily, W. F. (1986). *Operational definitions of child maltreatment: Final report*. In Project, Bureau of Social Services, Maine Department of Human Services, Augusta.

Barber, P. M., & Burns, G. E. (1986). -An approach to the prevention of child abuse: Pre-service training. *Education Canada*, Spring, pp 18-23.

Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1991). Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment. *Development and Psychopathology*, 3, 19-30.

Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy*, pp. 7-73. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corp.

Bates, J. E., Maslin, C. A. & Frankel, K. A. (1985). Attachment security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior-problem ratings at age 3 years. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points of*

attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **50**, (1-2, Serial N°209 pp. 167-193). US Government Monograph.

Bath I. Howard and Haapala A. D. (1993). Intensive family preservation services with abused and neglected children: An examination of group differences. *Child Abuse & Neglect*, **17**, pp. 213-225.

Bauer, W. D., & Twentyman, C. T. (1985). Abusing, neglectful, and comparison mothers' responses to child related and nonchild related stressors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **53**, 335-343.

Beeghly, Marjorie; Cicchetti, Dante (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, **6**, pp 5-30.

Beezer, B. (1985). Reporting child abuse and neglect: responsibility and your protection. *Phi Delta Kappan*. February, pp 434-436.

Belsky, J., & Vondra, J. (in press). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In C. Cichetti & Carlson (Eds), *Handbook of Child maltreatment: Theory and research*. Boston, M A : Cambridge University Press.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, **35**: pp 320-335.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, **55**, pp 83-96.

Belsky, J., Rovine, M., & Taylor, D. G. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, III: The origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child Development*, **55**, 718-728.

Belsky, J. (1993). Etiology of Child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, **114**, pp 413-434.

Besharov, D. J. (1981). Toward better research on child abuse and neglect: Making definitional issues and explicit methodological concern. *Child Abuse & Neglect*, **5**, pp 383-390.

Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W.A Collins (Ed.), *Minnesota symposia on child psychology*: Vol. 13. Development of cognition, affect, and social relations (pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bloom, B. L. (1985). A factor analysis of self-report measures of family functioning. *Family Process*, **24**, 225-239.

Bloom, B. L., & Naar, S. (1994). Self-report measures of family functioning: Extensions of a factorial analysis. *Family Process*, **33**, 203-216.

Blumberg, M. (1977). Treatment of the abused child and the child abuser. *American Journal of Psychotherapy*, **31**, 204-215.

Bonnet, Catherine (1993). Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse & Neglect*, **17**, pp 501-513.

Bowlby, John (1969). *Attachment and loss*. Volume I: Attachment. London, U K: Hogarth Press.

Bowlby, John (1973). *Attachment and loss*. Volume II: Separation: Anxiety and anger. London, U K: Hogarth Press.

Bowlby, John (1980). *Attachment and loss*. Volume III. Loss: Sadness and depression. London, U K: Hogarth Press.

Brant, R. T., & Tisza, V. (1977). The sexually misused child. *American Journal of Orthopsychiatry*, **47**, 80-90.

Brassard, M. R.; Germain, R. & Hart, S. (Eds.) (1987). *Psychological maltreatment of children and Youth*. New york: Pergamon Press.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the society for Research in Child Development, 50 (1-2, Serial N°209 pp. 3-35). U S Government Monograph.

Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university woman *Child Abuse and Neglect*, **12**, 331-341.

Briggs, Susan E. (1991). *Medical issues with child victims of family violence: Case studies in family violence*. (Robert T. Ammerman, Michel Hersen, Eds.), Plenum Press, New York, Ny, Us.

Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental Research, Public Policy and the Ecology of Childhood, in *Child Development*, **45**, 1-5

Brown Jocelyn, Cohen Patricia, Johnson G. Jeffrey, & Salzinger Suzanne (1998). A longitudinal Analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17 year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect *Child Abuse and Neglect*, **22**, nº **11**, pp 1065- 1078.

Browne, D. H. (1988): High risk infants and child maltreatment: conceptual and research model for determining factors predictive of child maltreatment, *Early Child Development and care*, **31**, 43-53.

Browne, D. H., & Saqi, S. (1988^a). Mother-infant interaction and attachment in physically abusing families. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **6**, 163-182.

Buchanan, A.(1996). *Cycles of child maltreatment*. Chichester, U K: John Wiley & Sons.

Burgess, R.; Conger, R. (1978). Family interaction in abusive, neglectful, and normal families. *Child Development*, **49**, 1163-1173.

Burgess, A, Hartman, C., & McCormack, A (1987). Abused to abuser: Antecedents of socially deviant behaviors. *American Journal of Psychiatry*, **144**, 1431-1436.

Burnett, B. Bruce (1993). The psychological abuse of latency age children: A survey, *Child Abuse & Neglect*, **17**, 441-454.

Burrell, B., Thompson, B., & Sexton, D. (1994). Predicting child abuse potential across family types. *Child Abuse & Neglect*, **18**, 1039-1048.

Cadzow P. Susan; Armstrong L. Kenneth; Fraser Jennifer (1999). Stressed parents with infants: Reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse & Neglect*, **23**, nº 9, pp 845-853.

Camras, A. Linda; Rappaport Sol (1993). Conflict behaviors of maltreated and nonmaltreated children. *Child Abuse & Neglect*, **17**, pp 455-469.

Cantos L Arthur, Neale M John, and O'Leary Daniel K. (1997). Assessment of coping strategies of child abusing mothers. *Child Abuse & Neglect*, **21**, nº 7, pp 631-636.

Carey, W. (1986). The difficult child. *Pediatrics in Review*, **8** pp 39-45.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, **25**, 521-531.

Carlson, E. Bonnie (1991). Emotionally disturbed children's beliefs about punishment. *Child Abuse & Neglect*, **15**, pp 19-28.

Casanova, G. M., Domanic, J., McCanne, T. R., & Milner, J. S. (1992). Physiological responses to nonchild related stressors in mothers at risk for child abuse. *Child Abuse & Neglect*, **16**, 31-44.

Chaffin, M., Kelleher K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, **20**, 191-203.

Chess, S.; Thomas A. (1983). Dynamics of individual behavioral developmental. In M. Levine, W. Carey, A. Crocker & R. Gross (Eds), *Developmental-behavioral pediatrics*, Philadelphia, Saunders.

Christiansen, J. (1980). *Educational and psychological problems of abused children*. Saratoga, C A: Century Twenty-one.

Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, **11**, 32-59.

Cicchetti, D., & Olsen, K. (1990). *The developmental psychopathology of child maltreatment*. Handbook of Developmental Psychopathology. New York: Plenum Press.

Cicchetti, D., Lynch, M., Shonk, S., & Manly, J. T. (1992). An organizational perspective on peer relations in maltreated children. In R. Parke & G. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 345-383). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cicchetti, D., & Barnett, D. (1992). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, **3**, 397-411.

Cicchetti, D., Rogosch, M. L., & Holt, K. D., (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, **5**, 626-647.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 541-565.

Cirillo, Stefano; Di Blasio Paola (1991). *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Ediciones Paidós Barcelona. Buenos Aires-México.

Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, **15**, pp 5-18.

Cohen, L. (1995). Debate about parents right to spank causes divisions among MDs. *The Canadian Medical Association Journal*, **153**, 73-75.

Cohn, A (1979). Effective treatment of child abuse and neglect. *Social Work*, **24**, 513-519.

Conger, R., Burgess, R., & Barrett, C. (1979). Child abuse related to life change and perception of illness: Some preliminary findings. *The family Coordinator*, **28**, 73-78.

Constituição da República Portuguesa (1976). -Imprensa Nacional, Casa da Moeda. Lisboa.

Cook, Donelda A. (1991). College Students from emotionally neglectful homes. *New Directions for Student Services*, **54**, pp 77-90.

Corboz, R. J. (1985). Kindesmißhandlung aus Kinderpsychiatrischer Sicht. In W. T. Heassler (Ed.), *Kindesmißhandlung*. Verlag Ruegger, Gruesch.

Corral Verdugo, V., Frías- Armenta, M., Romero, M., & Munoz, A(1995). Validity of a scale measuring beliefs regarding the positive effects of punishing children: A study of Mexican mothers. *Child Abuse & Neglect*, **19**, 669-679.

Coster, W., Gersten, M. S., Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1989). Communicative functioning in maltreated toddlers. *Developmental Psychology*, **25**, 1020-1029.

Crittenden, P. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, **26**, 85-96.

Crittenden, P. (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment*. New York, Lawrence Erlbaum.

Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). New York: Cambridge University Press.

Crittenden, P. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: Na interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect*, **16**, 329-343.

Crittenden, M. Patricia; Claussen, H. Angelika; Sugarman, & B. David, (1994). Physical and Psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, **6**, pp 145-164.

Crockenberg, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, **52**, pp 859-865.

Cruz, Gallardo, J. A. (1994). *Maus tratos à criança*. Porto Editora, Lda. Porto.

Cummings Mark E.; Hennessy, D. Kevin; Rabideau, J. Gerald; & Cicchetti Dante (1994). Responses of physically abused boys to interadult anger involving their mothers. *Development and Psychopathology*, **6**, pp. 31-41.

Derdeyn, A.P. (1977). Child abuse and neglect: The rights of parents and the needs of children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **47**, 377-387.

Dinwiddie, S. H., & Bucholz, K. K. (1993). Psychiatric diagnoses of self-reported child abusers. *Child Abuse & Neglect*, **17**, 465-476.

Dodge, K., Pettit, G., McClaskey, C., & Brown, M. (1986). *Social competence in children. Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial N°213, **51**(2), 1-85.

Dodge, K., Pettit, G.; Bates, E. J. (1994). Effects of physical maltreatment on the development of peer relations. *Development and Psychopathology*, **6**, pp. 43-55.

Drotar, D., Eckerle, D. (1989). The family environment in non-organic failure to thrive: A controlled study. *Journal of Pediatric Psychology*, **14**, pp 245-257.

Dubowitz, H., Hampton, R. L., Bithony, W. G., & Newberger, E. H. (1987). Inflicted and noninflicted injuries: Differences in child and familial characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, **57**, 525-535.

Dubowitz, H.; Black, M., Starr, R. H.; Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of Child Neglect. *Criminal Justice and Behavior*, **20**, pp 8-27.

Eberlein, L., & Swindlehurst, B. M. (1987). *Child abuse and the teacher*. In L. Stewin, & s. J. H. McCann (Eds), Contemporary educational issues: The Canadian mosaic. Toronto, Ontario: Copp Clark Pitman Ltd.

Eckenrode, J., Laird, M., & Doris, J. (1993). School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental psychology*, **29**, 53-62.

Egan, T. G., Monaghan, S. M., Muir, R. C., Gilmore, R.J., Clarkson, J. E., & Crooks, T. J. (1990). Prenatal screening of pregnant mothers for parenting difficulties: Final results from the Queen Mary Child Care Unit. *Social Sciences and Medicine*, **30**, 289-295.

Egeland, B.(1979). Preliminary results of a prospective study of the antecedents of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, **3**, 279-283.

Egeland, B.; Sroufe, A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development*, **52**, pp 44-52.

Egeland, B.; Sroufe, L. A. & Erikson, M. (1983). The developmental consequences of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 7, pp 459-469.

Egeland, B., Farber, E. (1984). Infant-mother attachment: factors related to its development on changes over time. *Child Development*, 55, 753-771.

Egeland, B., Jacobvitz, D., & Papatola, K. (1987). Intergenerational continuity of abuse. In R. J. Gelles, & J. B. Lancaster (Eds.) *Child Abuse & Neglect: Biosocial dimensions*, pp 255-276. New York: Aldine De Gruyter.

Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A., (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59, 1080-1088.

Egeland, B. (1991). A longitudinal study of high risk families: Issues and findings. In R. H. Starr, & D. A. Wolfe (Eds.), *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*, pp. 33-56. London, UK: Guilford Press.

Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L., A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.

Egelund, B. (1985). *The consequences of physical and emotional neglect on the development of the young child*. Washington, DC: Clearing House on Child Abuse and Neglect Information, U.S. Department of Health and Human Services.

Elmer, E. (1966). Hazards in determining child abuse. *Child Welfare*, 45, 28-33

Emery, R. E. (1989). Family violence. *American Psychologist*, 442, 321-328.

Erickson, M., Egeland, B., Sroufe, L. A. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high risk sample. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research . Monographs of the Society for Research in Child Development*, **50**, (Serial nº 209), 147-186.

Estroff, T. W. Herrera, C. Jaimes, R., Shaffer, D., Gould, M. Green, A. (1994). Maternal psychopathology and perception of child behavior in psychiatrically referred and child maltreatment families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **23**, pp 649-652.

Falshaw, L Browne, K: D. & Hollin, (1996). Victim to offender: A review. *Aggression and Violent Behavior*, **1**, 389-404.

Falshaw, L., & Browne, K. D. (1997). Adverse childhood experiences and violent acts of young people in secure accomodation. *Journal of mental Health*, **6**, 443-455.

Farber, E. A. & Egeland, B. (1987). Invulnerability among abused and neglected children. In E. J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.

Feldman, W. Kenneth; Monastersky, Caren; Feldman, K. George (1993). When is Childhood drowning Neglect. *Child Abuse & Neglect*, **17**, pp 329-336.

Fetsch J. Robert, Schultz J. Carol, Wahler J. James (1999). A preliminary evaluation of the Colorado rethink parenting and anger management program. *Child Abuse & Neglect*, **23**, nº4 pp 353-360.

Figueiredo B. (1997). Maus-tratos da criança e do adolescente: (1) Situação e enquadramento da problemática. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, in press.

Finkelhor, D., & Redfield, D. (1984). How the public defines sexual abuse. In D. Finkelhor (Ed.), *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.

Finkelhor, D., Williams, L. M., & Burns, N. (1988). *Nursery crimes: Sexual abuse in day care*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Finkelhor, D.; Hotaling, G.; Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, **14**, pp 19-28.

Finkelhor, D. (1993). The main problem is still underreporting, not overreporting. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence*, pp. 273-287. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Fox, L.; Long, S. H., & Langlois, A. (1988). Patterns of language comprehension deficit in abused and neglected children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, **53**, pp 239-244.

Friedrich, W. N., & Boriskin, J. A. (1976). The role of the child in abuse: A review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, **46**, 580-590.

Frodi, A., & Lamb, M. E. Leavitt, L. ^a, & Donovan, W. L. (1978). Father's and mother's responses to infant smiles and cries. *Infant Behavior and Development*, **1**, 181-198.

Frodi, A., & Lamb, M. (1980). Child abusers' responses to infant smiles and cries. *Child Development*, **51**, 238-241.

Frodi (1983). Attachment behavior and sociability with strangers in premature and full-term infants. *Infant Mental Health Journal*, **4**, pp 13-22.

Gaensbauer, T. J., & Harmon, R. J. (1981). Clinical assessment in infancy utilizing structured playroom situations. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **20**, 264-280.

Gaines, R., Sandgrund, A., Green, A., & Power, E. (1978). Etiological factors in child maltreatment: A multivariate study of abusing, neglecting and normal mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, **87**, 531- 540.

Gallardo, J. A. (1994). *Maus tratos à criança*. Porto Editora, Lda. Porto.

Galleno, H., & Oppenheim, W. (1982). The battered child syndrome revisited. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, **162**, 11-19.

Garbarino, J. (1980). Defining emotional maltreatment: The message is the meaning. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, **2**, pp 105-110.

Garbarino, J., Guttman, E., & Seeley, J. (1986). *The psychologically battered child: Strategies for identification, assesment and intervention*. San Francisco, C A: Jossey-Bass

Garbarino, J., & Vondra, J. (1987). Psychological maltreatment: Issues and perspectives. In M. R. Brassard, R. B. Germain, & S. N. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 25-44). New York: Pergamon Press.

Garbarino, J.; Kostelny, K. (1992). Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse & Neglect*, **16**, pp 455-464.

Garrison, E. G. (1987). Psychological maltreatment of children: An emerging focus for inquiry and concern. *American Psychologist*, **42**, 157-159.

Gelles, R. J. (1973). Child abuse as psychopathology: A sociological critique and reformulation. *American Journal of Orthopsychiatry*, **43**, 611-621.

George, C., & Main, M. (1979). Social interactions of young abused children: Approach, avoidance and aggression. *Child Development*, **50**, 306-318.

Gersten, M., Coster, W., Schneider-Rosen, K., Carlson, V., & Cicchetti, D. (1986). The socio-emotional bases of communicative functioning: Quality of attachment, language development, and early maltreatment. In M. E. Lamb, A.L. Brown, & B. Rogoff (Eds.), *Advances in developmental psychology*, **4**, pp. 105-151). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gil, D. (1970). *Violence against children*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Giovanni, J. M., & Becerra, R. M. (1979). *Defining child abuse*. New York: The Free Press.

Grazio, T. (1981). New perspectives on child abuse/neglect community education. *Child Welfare*, **60**, 679-707.

Green, F. (1975). Child abuse and neglect: A priority problem for the private physician. Symposium on childhood trauma. *Pediatric Clinic of North America*, **22**, 329.

Green, AH. (1976). A psychodynamic approach to the study and treatment of child-abusing parents. *Journal of the American Academy of Child Psychology*, **15**, 414-442.

Gross, Amy B.; Keller, Harold, R. (1992). Long- term consequences on Childhood Physical and psychological maltreatment. *Aggressive behavior*, **18** (3), pp 174-185.

Guterman B. Neil (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "Universal versus targeted" Debate: A meta- analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse & Neglect*, **23**, Nº. 9, pp 863-890.

Haapala, D. A., & Kinney, J. M. (1988). Avoiding out-of-home placement of high-risk status offenders through the use of intensive family preservation services. *Criminal Justice and Behavior*, **15**, pp 334-343.

Haeringen Van R. Alison, Dadds Mark, Kenneth L. Armstrong (1998). The child abuse lottery- Will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect *Child Abuse & Neglect*, **22**, Nº 3, pp 159-169.

Haskett, M., & Kistner, J. (1991). Social interactions and peer perceptions of young physically abused children. *Child Development*, **62**, 979-990.

Haskett, M. E., Johnson, C. A. & Miller, J. W. (1994). Individual differences in risk of child abuse by adolescent mothers: Assessment in the perinatal period. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **35**, 461-475

Heller Scott Sherryl, Larrieu A. Julie, D'Imperio Rhonda, & \Boris W. Neil (1999). Research on Resilience to Child Maltratment: Empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, **23**, Nº 4, pp 321-338.

Herrenkohl, R., & Herrenkohl, E. (1981). Some antecedents and developmental consequences of child maltreatment. In R. Rizley & D. Cicchetti (Eds.), *New directions for child development (Vol. II): Developmental perspectives on child maltreatment* (pp. 57-76). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., & Egolf, B., (1983). Circumstances surrounding the occurrence of child maltreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 424-431.

Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., & Egolf, B., (1994). Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal o Orthopsychiatry*, **64**, 301-309.

Himelein M. J. & McElrath, J. A. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect*, **20**, 747-758.

Hoffman-Plotkin, D. & Twentyman, C. (1984)- A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abuse and neglected preschoolers. *Child Development*, **55**, pp 794-802.

Howes, C., & Eldredge, R. (1985). Responses of abused, neglected and nonmaltreated children to the behaviors of their peers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, **6**, 261-270.

Howes, C., & Espinosa, M. (1985). The consequences of child abuse for the formation of relationships with peers. *Child Abuse & Neglect*, **9**, 397-404.

Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz, M. M., & Walder, L. O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, **20**, pp 1120-1134.

Institute for Mental Health Initiatives. (1990b). *Knowledge of parenting and child development*. Washington, DC: Author.

Jacobson, R. S. & Straker, G. (1982). Peer group interaction of physically abused children. *Child Abuse & Neglect*, **6**, pp 321-327.

Jason, J., Williams, S. L., Burton, A., & RoCHAT, R. (1982). Epidemiologic differences between sexual and physical abuse. *Journal of the American Medical Association*, **247**, 3344-3348.

Johnson, B., & Morse, H. A (1968). Injured children and their parents. *Children*, **15**, 147-152.

Johnson, Z., Howell, F., & Molloy, B. (1993). Community mothers' programme: Randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *British Medical Journal*, **306**, 1449-1452.

Jones, H. P. David (1991). Ritualism and Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, **15**, pp 163-164.

Justice, B., & Duncan, D. (1976). Life crisis as a precursor to child abuse. *Public Health Reports*, **91**, 110-115.

Kadushin, A., & Martin, J. A. (1988). *Child Welfare services* (4th ed.). New York: Macmillan.

Kaufman, Marylou (1983). Physical Abuse, Neglect, and Sexual Abuse: Dimensions And Frameworks. In *Child Abuse & Neglect: A Guide with case studies for treating the child and Family*. Great Road, Littleton, Massachusetts 01460, U.S.A.

Kaufman, J. Cicchetti, D. (1989). Effects of maltreatment on school aged children's socioemotional development: Assessments in a day camp setting. *Developmental Psychology*, **25** (4), pp 516-524.

Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *American Journal of Child Adolescent Psychiatry*, **30**, pp 257-265.

Kazdin, A. E., Moser, J., Colbus, D., & Bell, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Psychology*, **94**, pp 298-307.

Kelley, S. J. (1988). Ritualistic abuse of children: Dynamics and impact. *Cultic Studies Journal*, **5**, 228-236.

Kelley, S. J. (1989). Stress responses of children to sexual abuse and ritualistic abuse in day care centers. *Journal of Interpersonal Violence*, **4**, 502-513.

Kelley, S. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. *Nursing Research*, **39**, 25-29.

Kelley, J. Susan; Brant, Renee; Waterman, Jill (1993). Sexual abuse of Children in day care centers. *Child Abuse & Neglect*, **17**, pp 71-89.

Kempe, C. H., Silverman F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H.K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, **181**, 17-24.

Kinard, E. M. (1996). Social support, competence, and depression in mothers of abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **66**, 449-461.

Klimes-Dougan, B., & Kistner, J. (1990). Physically abused preschoolers' responses to peers' distress. *Developmental Psychology*, **26**, (4), 599-602.

Klosinski, Gunther (1993). Psychological maltreatment in the context of separation and divorce. *Child Abuse & Neglect*, **17**, pp 557-559.

Knutson, John F.; Schartz, H. ^a, & Zaidi, L. Y. (1991). Victim risk factors in the physical abuse of children. In R. Baenninger (Ed.), *Targets of violence and aggression*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Knutson, John F.; Sullivan, & Patricia M. (1993). Communicative disorders as a risk factor in abuse. *Topics in Language Disorders*, **13** (4), pp 1-14.

Kotch J. B., Browne; D. C., Ringwalt, C. L., Stewart, P. W., Ruina, E., Holt, K., Lowman, B., & Jung, J.W. (1995). Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children. *Child Abuse & Neglect*, **19**, 1115-1130.

Kotch J. B., Browne; D. C., Ringwalt, C. L., Dufort, V., Ruina, E., Stewart, P. W., & Jung, J.-W. (1997). Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse & Neglect*, **21**, 1025-1037.

Kotch B. Jonathan, Browne C. Dorothy, Dufort Vincent, Winsor Jane, Catellier Diane (1999). Predicting Child Maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. *Child Abuse & Neglect*, **23**, nº4, pp 305-319

Kurtz, David P.; Gaudin, M. James; Wodarski, S. John; Howing, T. Phyllis (1993). Maltreatment and the school aged child: School performance consequences. *Child Abuse & Neglect*, **17**, pp 581-589.

Lahey, B. B., Conger, R. D., Atkeson, B. M. Y Treiber, F. A(1984). Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **52**, 1062-1071.

Lamb, M. E. (1982). Parent-infant interaction, attachment, and socioemotional development in infancy. In R. N. Emde, & R. J. Harmon (Eds.), *The*

development of attachment and affiliative systems (pp. 195-211). New York: Plenum Press.

Lamb, M. E. (1987). Predictive implications of individual differences in attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**, 817-824.

Laury, G. V., & Meerloo, J. AM. (1967). Mental cruelty and child abuse. *Psychiatric Quarterly*, **41**, 203-354.

Leiter, J., & Johnson, M. C. (1994). Child maltreatment and school performance. *American Journal of education*, **102**, 154-189.

Letourneau, C. (1981). Empathy and stress: How they affect parental aggression. *Social Work*, **9**, 383-389.

Lopes dos Santos, P. (1994). O mau tratamento psicológico da criança. *Perspectivar Educação*, **1**, pp 12-15.

Lourie, M. D., & Stefano, L. (1978). *On defining emotional abuse. Child abuse neglect: Issues in innovation and implementation*. Proceedings of the Second Annual National Conference on Child Abuse and Neglect. Washington, DC: Government Printing Office.

Lung, C., & Daro, D. (1996). *Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1995 annual fifty state survey*. Working paper number 808. Chicago, IL: National Committee to prevent Child Abuse.

Luthar, S. S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, **61**, 6-22

Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H., Botein, S., & Zoll, D. (1984). Maternal family history, maternal caretaking, and infant attachment in multiproblem families. *Journal of Preventive Psychiatry*, **2**, 403-425.

Lyons-Ruth, K., Connell, D., Zoll, D., & Stohl, J. (1987). Infant at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behaviour, and infant attachment behaviour. *Developmental Psychology*, **23**, 223-232.

Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services and mediators of infant development and sensitivity of attachment. *Child Development*, **61**, 85-98.

Machado, C. (1996). Maus tratos de Menores, Vitimização e Poder: Proposta de um modelo integrado de Análise. *Psicologia: teoria, Investigação e Prática*, **1**, pp 133-148.

Main, M., & Weston, D. (1981). The quality of the toddler's relationships to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, **52**, 932-940.

Main, M., & George, C. (1985). Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates. *Developmental Psychology*, **21**(3), 407-412.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized /disoriented attachment pattern: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In M. Yogman, & B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy*, pp 95-124. Norwood, N J: Alex Publishing Corporation.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment during the preschool years*, pp 121-160. Chicago, IL: Chicago University Press.

Manion Ian, Firestone Philip, Cloutier Paula, Ligezinska Malgorzata, McIntyre Joanne and Ensom Ron (1998). Child extrafamilial sexual abuse: Predicting parent and child functioning. *Child Abuse and Neglect*, **22**, nº 12 pp. 1285-1304.

Manly, Todd Jody, Cicchetti, Dante, & Barnett Douglas (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, **6**, pp 121-144.

Margolin, L. (1990). Fatal Child neglect. *Child Welfare*, **69**, 309-319.

Martin, J., Anderson, J., Romans, S., Mullen, P., & O'Shea, M. (1993). Asking about child sexual abuse: Methodological implications of a two-stage survey. *Child Abuse & Neglect*, **17**, 383-392.

Mash, E. J.; Wolfe, D. A. (1991). Methodological issues in research on physical child abuse, *Criminal Justice and behavior*, **18**, pp 8-30.

Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, **2**, 425-444.

McClure & Choonara, I. (1992). Parental attitudes towards discipline. *Acta Paediatrica*, **81**, 441-442.

McCrone, R. Edward; Egeland, Byron; Kalkoske Mark; & Carlson A. Elizabeth (1994). Relations between early maltreatment and mental representations of relationships assessed with projective storytelling in middle childhood. *Development and Psychopathology*, **6**, pp 99-120.

McGee, R. A., & Wolfe, D. A. (1991). Psychological maltreatment: Toward an operational definition. *Development and Psychopathology*, **3**, 3-18

McIntyre, T. C. (1987). Teacher awareness of child abuse and neglect. *Child Abuse and neglect*, **11**, pp 133-135.

Miller, A. (1983). *For your own good*. New York: Farrar, Straus, Giroux.

Miller V. Barbara, Fox R. Barry, Beckwith Garcia Lloyd (1999). Intervening in severe physical child abuse cases: Mental Health, Legal, and Social Services. *Child Abuse and Neglect*, **23** (9), pp 905-914.

Milner, J. S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico Y abuso sexual infantil. *Infancia y sociedad*, **2**, 5-15.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family therapy*, Tavistock Pub, Londres.

Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy Techniques*, Harvard Univ. Press, Massa.

Miyake, K., Chen, S., & Campos, J. J. (1985). Infant temperament, mother's mode of interaction, and attachment in Japan: An interim report. In Bretherton, & E. Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **50**, (1-2, Serial nº 209 pp 276-297). US Government Monograph.

Moeller, Tamerra P.; Bachmann Gloria A.; Moeller, James R. (1993). The combined effects of physical, sexual and emotional abuse during childhood: Long-term health consequences for women. *Child Abuse and neglect*, **17** (5), pp 623-640.

Moran P. B., & Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, **16**, 743-754.

Morris, J. L. Johnson, C. F., & Clasen, M. (1985). To report or not to report: Physicians attitudes towards discipline and child abuse. *American Journal of Disease of Children*, **139**, 194-197.

Morrisset, C.; Barnard, K. E.; Greenberg, M. T. , Booth, C. L., & Spieker, S. (1990). Environmental influences on early language development: The context of social risk. *Development and Psychopathology*, **2**, pp 127-149.

Morton Nicola, Browne D. Kevin (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review *Child Abuse and Neglect*, **22** nº11, pp 1093-1104.

Mueller, E., & Silverman, N. (1989). Peer relations in maltreated children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment* (pp. 529-578). Cambridge, U K: Cambridge University Press.

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse and Neglect*, **20**, 7-21.

Murphy, A.D., & Davis, S. O. (1979). Modifications of a mother's verbal abuse. *Child Abuse and Neglect*, **3**, 1087-1092.

Murphy, Michael J.; Jellinek, Michael; Quinn Dorothy, Smith Gene, Poitras, G. Francis, and Goshko Marilyn (1991). Substance abuse and serious child mistreatment: Prevalence, risk and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect*, **15**, pp 197-211.

Murphy, M. (1995). *Working together in child protection*. Hampshire, England: Arena.

National Center for Child Abuse and Neglect. (1993). *National child abuse and neglect data system: Working paper 2-1991 Summary data component* (Contract N° ACF-105-91-1802). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Navarre, E. L. (1987). Psychological maltreatment: The core component of child abuse. In M. R. Brassard, R. B. Germain, & S. N. Hart (Eds.), Psychological maltreatment of children and youth (pp 45-56). New York: Pergamon press.

Nesbit, Wayne (1991). Emotional abuse: Vulnerability and developmental delay. Special Issue: Perspectives on exceptionality. *Developmental - Disabilities- Bulletin*, **19** (2), pp 66-80.

Ney, Philip, G.; Fung, Tak, Wickett, Adele, Rose (1993). Child neglect: The precursor to child abuse. *Pre-and- Peri-Natal-Psychology-Journal*, **8** (2) pp 95-112.

Oates, M. (1996). Psychiatric services for women following childbirth. *International Review of Psychiatry*, **8**, 87-98.

Oldershaw, L., Walters, G. C., & Hall, D. K. (1986). Control strategies and noncompliance in abusive mother- child dyads: An observational study. *Child Development*, **57**, 722-732.

Olds, D. L., Henderson, C. R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized controlled trial of home nurse visitation. *Pediatrics*, **78**, 65-78.

Olds, D. L., Henderson, C. R., & Kitzman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have anduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, **93**, 89-98.

Olds, D., Henderson, C. R., Kitzman H., & Cole, R. (1995). Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*, **95**, 365-372.

Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettit, L. M., & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association*, **8**, 637-643.

Olson, D. e M. C. McCubbin, H. (1983). *Families: What makes them work*, Sage Public. Beverly Hills.

O'Toole Richard, O'Toole W. Anita, Webster Stephen, & Lucal Betsy (1997). Influence of Perpetrators' Account on Nurses' Recognition and Reporting of Child Abuse. *Journal of Family Violence*, **12**, nº 1, 1997.

Pelcovitz, D. A. (1980). *Child Abuse as viewed by suburban elementary school teachers*. Saratoga, CA: Century Twenty- One Publishing.

Perez, C. M, & Spatz Widom, C. (1994). Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect*, **18**, 617-633.

Pesso, Albert (1991). Moving psychotherapy: *Theory and application of Pesso System/Psychomotor Therapy*. Brookline Books. Inc, Cambridge, MA, US. Philadelphia, Saunders.

Peters, S.D., Wyatt, G. E., & Finkelhor, D. (1986). Prevelence. In D. Finkelhor (Ed), *Sourcebook on child sexual abuse*, pp. 15-59. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Pianta, R., Egeland, B., & Erickson, M. (1989). The antecedents of maltreatment: Results of the Mother-child interaction research project. In: D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, pp 203-253. New York: Cambridge University Press.

Polansky, N.A., Hally, C., & Polansky, N. F. (1975). *Profiles of neglect. A survey of the state of knowledge of child neglect*. Washington, D C: Social and Rehabilitative services, Community Services Administration, H E W.

Polansky, N.A., Gaudin, J. M., Ammons, P. W., & Davis, K. B. (1985). The psychological ecology of the neglectful mother. Special issue: Henry Kempe memorial research issue. *Child Abuse & Neglect*, **9**, 265-275.

Portwood G. Sharon (1998). The impact of individuals' Characteristics and experiences on their definitions of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, **22**, nº 5, pp 437-452.

Portwood G. Sharon (1999). Coming to terms with a consensual definition of child maltreatment. *Child Maltreatment*, **4**, 56-58.

Portwood G. Sharon, Grady T. Mary, Dutton E. Susanne (2000). Enhancing law enforcement identification and investigation of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, **24**, nº 2, pp 195-207.

Prizant, B. M., & Wetherby, A. M. (1990). Toward an integrated view of early language and communication development and socioemotional development. *Topics in Language Disorders*, **10**, pp 1-16.

Qasem S. Fatma, Mustafa A. Ahlam, Kazem A. Nafeesa, & Shah M. Nasra, (1998). Attitudes of Kuwaiti parents towards physical punishment of children *Child Abuse & Neglect*, **22**, nº12, pp 1189-1202.

Reese, R. M., & Grodin, M.A(1985). Recognition of nonaccidental injury. *Pediatric Clinics of North America*, **32**, 41-57.

Reidy, T. J., Andereg, T. R., Tracy, R. J., & Cotler, S. (1980). Abused and neglected children: The cognitive, social and behavioral correlates. In G. J. Williams & J. Money (Eds.), *Traumatic abuse and neglect of children at home* (pp. 284-290). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Ribeiro dos Santos, M. (1990). O internato enquanto instituição potencializadora de abusos sexuais, *Planeamento Familiar*, **46**, pp 3-6.

Ribeiro dos Santos, M. (1993). Abuso sexual na infância. *Revista Pais*, **30**, pp 65-66.

Ricks, M. H. (1985). The social transmission of parent behavior: Attachment across generations. In I. In Bretherton, & E. Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, (1-2, Serial nº 209 pp 211-227). US Government Monograph.

Robinson, M. J., & Robertson, D.M. (Eds.) (1994). *Practical paediatrics*. Melbourne, Australia: Churchill Livingstone.

Rogers, D. (1977). *Child psychology* (2 rd ed.) Monterey, CA: Brooks/ Cole.

Rohrbeck, C.A., & Twentyman, C. T. (1986). Multimodal assessment of impulsiveness in abusing, neglecting, and nonmaltreating mothers and their preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54**, 231-236.

Romano, N. (1989). *A future filled with healthy minds and bodies: A call to abolish corporal punishment in schools*. Chicago: National Committee for Preventive of Child Abuse.

Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., O' Shea, M. L., & Mullen, P. E. (1995). Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. *Psychological Medicine*, **25**, 127-142.

Roscoe, B. (1990). Defining child maltreatment: Ratings of parental behaviors. *Adolescence*, **99**, 517-524.

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress. In M. W. Kent, & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology (vol.3). Social competence in children* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.

Sack, W. H.; Mason, R.; Higgins, J. E. (1985). The single-parent family and abusive child punishment. *American Journal of Orthopsychiatry*, **55**, pp 252-259.

Salsbury, F. T. & Campbell, R. E., (1985). Evaluation of child abuse reporting by physicians. *American Journal of Disease of children*, **139**, 393-395.

Salzinger, S., Samit, C., Krieger, R., Kaplan, S., & Kaplan, T. (1986). A controlled study of the life events of the mothers of maltreated children. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*, **25**, 419-429.

Sameroff, A. J.; Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr- Salapatek; G. Siegel (Eds) *Review of Child Development Research*, **4**, Chicago. University of Chicago Press.

Sameroff, A. J. (1989). Models of developmental regulation: The envirotype. In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on development psychopathology* (vol 1.) (pp 41-68). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Sameroff, A. J.; Fiese, B. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. J. Meisels; J P. Shonkoff, (Eds) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sampaio, Daniel (1991). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. 5ª. Edição, Editorial Caminho, AS, Lisboa.

Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1984). The relation between affect and cognition in maltreated children: Quality of attachment and the development of visual self recognition. *Child Development*, **55**, 648-658.

Schneider-Rosen, K., Braunwald, K., Carlson, V., Cicchetti, D. (1985). Current perspectives in attachment theory. Illustration from the study of maltreated infants. In: I. Bretherton & E. Waters (eds). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **50**, 194-210.

Seifer, R., Sameroff, A. J., Baldwin, C., P., & Baldwin, A. (1992). Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**, 893-903.

Sherrod, K., O'Connor, S.; Vietze, P., Altemeir, W. (1985). Child health and maltreatment. *Child Development*, **55**, 1174-1183.

Shields, M. Ann; Cicchetti Dante, Ryan M. Richard (1994). The development of emotional and behavioral self-regulation and social competence among maltreated school-age children. *Development and Psychopathology*, **6**, pp 57-76.

Shor, R., & Haj-Yahia. M. (1996). The approach of Israeli health and mental health students towards child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, **20**, pp 425-435.

Shor Ron (1998). Pediatricians in Israel: Factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse and Neglect*, **22**, nº2, pp 143-153.

Silber, S. (1990). Conflict negotiation in child abusing and nonabusing families. *Journal of Family Psychology*, **3**, 368-384.

Silva, M. M. P. M. (1997). *O impacto da vitimização em crianças fisicamente abusadas*. Seminário de Investigação em Psicologia da Justiça e da Reinserção Social, Braga, Universidade do Minho.

Snyder, J. C., & Newberger, E. H. (1986). Consensus and differences among hospital professionals in evaluating child maltreatment. *Violence and Victims*, **1**, 125-139.

Solomon Ruth C, Serres Françoise (1999). Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. *Child Abuse and Neglect*, **23**, nº4, pp 339-351.

Spielberger, C. D. (1996). *State-trait anger expression inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Starr, R. H. (1979). Child Abuse. *American Psychologist*, **34**, 872-878.

Strauss, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, **41**, 75-85.

Straus, M. A. (1991). Discipline and deviance: Physical punishment of children and violence and other crime in adulthood. *Social Problems*, **38**, 133-154.

Tite, Rosonna (1993). How teachers define and respond to child abuse: the distinction between theoretical and reportable cases. *Child Abuse and Neglect*, **17**, pp 591-603.

Toth, S. L., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1992). Child maltreatment and vulnerability to depression. *Development and Psychopathology*, **4**, pp 97-112.

Toth, S. L., & Cicchetti, D. (1996 a). Patterns of relatedness, depressive symptomatology, and perceived competence in maltreated children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**, 32-41.

Toth, S. L., & Cicchetti, D. (1996 b). The impact of relatedness with mother on school functioning in maltreated children. *Journal of School Psychology*, **34**, 247-266.

United States Department of Health and Human Services. (1993). *The third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington, DC: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information.

Valentine, L., & Feinauer, L. L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy*, **21**, 216-224.

Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *The American Journal of Orthopsychiatry*, **59**, 77-85.

Whipple, E. E., & Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse and Neglect*, **15**, 279-291.

Whitaker, C. Keith, D. (1981). *Symbolic - Experimental Family Therapy in Gurmanand Kniskeen* (Ed.), Handbook of Family Therapy, Brunner Mazel, Nova Iorque

White, R., Benedict, M. I., Wulff, L., & Kelley, M. (1987). Physical disabilities as risk factors for child maltreatment: A selected review. *American Journal of Orthopsychiatry*, **57**, 93-101.

- Whiting, L. (1976). Defining emotional neglect. *Children Today*, January-February, 2-5
- Whitmore Weerts, A. E.; Kramer R. John; Knutson F. John (1993). The Association between punitive childhood experiences and hyperactivity. *Child Abuse and Neglect*, 17 pp. 357-366.
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244, 160-166.
- Wodarski, J. S.; Kurtz, P. D.; Gaudin, J. M., & Howing, P. T. (1990). Maltreatment and the school-aged Child. *Social Work*, 35, pp 506-513.
- Wolfe, D., & Manion, I. (1984). Impediments to child abuse prevention: Issues and directions. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 6, 47-62.
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97, pp 462-482.
- Wolfe, A., Taylor L., Melnicoe, L., Andolsek, K., Dubowitz, H., De vos, E., & Newberger, E. (1988). What residents know about child abuse: Implications of a survey of knowledge and attitudes. *American Journal of Disease of children*, 142, 668-672.
- Wolfe, David A. (1991). *Preventing physical and emotional abuse of children*. Guilford Press; New York, NY, US.
- Wolfner D. G.; Gelles Richard (1993). A Profile of violence toward children: A national study. *Child Abuse and Neglect*, 17, pp. 197-212.

Zellman, G. (1990). Linking schools and social services: The case of child abuse reporting. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, **12**, (1), pp 41-55.

Zellman, G. (1990). Report decision- making patterns among mandated child abuse reporters. *Child Abuse and Neglect*, **14**, pp 325-336.

Zuravin, S. J., & Greif, G. (1989). Normative and child-maltreating AFDC mothers. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, **74**, 76-84.

Anexos

Anexo 1

Questionário

I Parte: Dados Pessoais. Este questionário é completamente anónimo. Contudo nós gostaríamos que nos fornecesse as informações abaixo pedidas, relativas aos seus dados pessoais para podermos ter uma visão geral acerca dos participantes neste estudo.

1. Que idade tem?

2. Qual é o seu sexo?

Masculino ☐

Feminino ☐

3. Qual é o seu estado civil?

Solteiro ☐

Casado ☐

Divorciado ☐

Viúvo ☐

Outro ☐

4. Habilitações literárias:

5. Qual é a sua religião?

Nenhuma ☐

Cristã ☐

Outra ☐

6. Qual é a sua profissão?

Pediatra ☐

Professor ☐

Educador ☐

T Serviço Social ☐

Psicólogo ☐

7. O seu emprego alguma vez o/a colocou em contacto com um caso, ou um caso suspeito de uma criança vítima de maus tratos?

Sim ☐

Não ☐

II Parte: Experiência em cuidar de crianças. Nesta secção as questões são colocadas para nos darem uma visão acerca das experiências dos participantes neste estudo, quando eram crianças e também da forma como eles cuidam de crianças. Mais uma vez asseguramos que as respostas são completamente confidenciais.

1. Quantos filhos tem (incluindo qualquer filho enteado ou criança adoptada que tenha vivido em sua casa até à idade de 18 anos)?

2. Se tiver filhos qual é a idade (em anos) do seu filho mais novo ?

3. Se tiver filhos qual é a idade (em anos) do seu filho mais velho ?

4. Já alguma vez foi vítima de maus tratos?

Sim

Não

Não tenho a certeza

5. Já alguma vez cometeu um acto de maus tratos?

Sim

Não

Não tenho a certeza

- Assinale quais as situações com que já se deparou no seu dia a dia

Situações	Não	Sim
• a) Suspeitar que uma criança teve contactos sexuais com o seu pai.		
• b) Uma criança cujo comportamento na sala de aula é frequentemente auto-destrutivo não poder receber tratamento psicológico porque os pais não permitem.		
• c) Suspeitar que uma ferida na cara de uma criança possa ter sido infligida pela mãe		
• d) Os pais de uma criança recusaram que esta fizesse um teste de visão e de audição contrariando a recomendação do professor para o fazer.		
• e) Uma criança tem uma séria dificuldade de aprendizagem, mas não pode ser avaliada psicologicamente porque os pais recusam dar-lhe permissão.		
• f) Suspeitar que uma criança está muito apática porque os pais têm frequentemente conflitos violentos um com o outro, na sua presença.		
• g) Suspeitar que uma criança é deixada sozinha em casa depois da escola até que os pais regressem do trabalho.		
• h) Notar que a cara de uma criança, os pés e as roupas estão sujas, usualmente.		
• i) Uma criança ter mostrado várias revistas pornográficas, as quais disse pertencerem aos seus pais.		
• j) Uma criança ter-lhe dito que o seu pai lhe tinha batido muito pelo facto de ter ido a casa de um amigo sem permissão.		
• l) Suspeitar que uma criança passe fome diariamente.		

Parte III: Atitudes para com o mau tratamento das crianças. Utilize, por favor, a escala abaixo transcrita para indicar em que medida os seguintes factores são susceptíveis de influenciarem a sua avaliação pessoal, relativamente ao reconhecimento do carácter maltratante de actos de abuso ou negligência praticados sobre a criança.

1
Não de todo importante

6 7
Um dos factores mais importantes

1. A eventualidade da criança vir a sofrer danos físicos	
2. A eventualidade da criança vir a sofrer danos psicológicos e emocionais	
3. A existência de danos físicos observáveis na criança	
4. A existência de danos psicológicos ou emocionais observáveis na criança	
5. A frequência do acto	
6. Se o acto é de natureza sexual	
7. Se o perpetrador (pessoa que comete o acto) foi abusado quando era criança	
8. Se o perpetrador provém de uma família divorciada	
9. Se o perpetrador cresceu numa família violenta ou num meio violento	
10. Se o perpetrador está a tomar drogas ou álcool	
11. Se o perpetrador tem uma doença mental	
12. Se o perpetrador teve a intenção consciente de fazer mal à criança	
13. A idade do perpetrador	
14. O sexo do perpetrador	
15. A idade da criança (vítima) envolvida	
16. O sexo da criança	
17. Se a criança pensa que foi abusada	
18. Se a própria criança consente o acto	
19. Até que ponto o acto é culturalmente ou socialmente aceitável (por exemplo: bater)	
20. Até que ponto o acto se enquadra na definição legal de abuso ou negligência	

Parte IV: Classificar determinados actos como mau trato à criança. Por favor use a escala em baixo transcrita para indicar se considera ou não cada um dos actos da lista, abuso à criança ou negligência.

1	2	3	4	5	6	7
Seguramente			Eu não sei			Seguramente é
não é						abuso ou negligência
abuso ou negligência						

1. O pai bate no seu filho de 8 anos de idade com um pau, causando-lhe algumas lesões ligeiras.	
2. Apesar das recomendações do seu professor, os pais recusam proporcionar tratamento psicológico ao seu filho.	
3. Numa determinada ocasião, e uma vez só, uma mãe teve contactos sexuais, com o seu filho de 8 anos de idade.	
4. Os pais vivem numa velha casa com o seu filho de 8 anos. Na sala de estar onde o seu filho brinca frequentemente, existem várias janelas com vidros partidos e muitas superfícies irregulares.	
5. Os pais deixam frequentemente o seu filho de 8 anos de idade sozinho durante várias horas.	
6. Um pai faz sexo oral com a sua filha de 8 anos de idade, mas somente depois de ela ter dito "okay."	
7. Os pais esqueceram-se de guardar uma garrafa de whisky, deixando-a facilmente acessível ao seu filho de 5 anos de idade.	
8. O pai bate no seu filho de seis meses de idade depois de ele ter sido encontrado com uma caixa de fósforos.	
9. Os pais não lavam o cabelo do seu filho de 6 meses de idade, durante semanas.	
10. Os pais vestem o seu filho de 8 anos de idade com roupas de rapariga.	
11. Numa determinada ocasião, e uma só vez, um pai teve contactos sexuais com a sua filha de 8 anos de idade.	
12. O pai bate no seu filho de 8 anos de idade com um pau não deixando marcas visíveis.	
13. Um pai mostra frequentemente revistas pornográficas ao seu filho de 8 anos de idade.	
14. Numa determinada ocasião, e uma só vez, um pai tocou nos órgãos genitais da sua filha de 8 anos de idade, embora só depois de ela lhe ter dito "okay."	
15. Os pais vivem numa velha casa com o seu filho de 6 meses. Na sala de estar onde o seu filho brinca frequentemente, há várias janelas com vidros partidos e muitas superfícies irregulares.	
16. Numa determinada ocasião, e uma só vez, um pai mostra revistas pornográficas ao seu filho de 8 anos de idade.	
17. Um pai beija frequentemente a sua filha de 8 anos de idade nos lábios.	
18. Um pai bate ao seu filho de 5 anos de idade com um pau depois de a criança ter sido encontrada a brincar com uma caixa de fósforos.	
19. Um pai mostra frequentemente revistas pornográficas à sua filha de 8 anos de idade.	

20. Os pais não lavam o cabelo do seu filho de 8 anos de idade durante semanas.	
21. Numa determinada ocasião, e uma vez só, os pais deixaram o seu filho de 8 anos de idade sozinho em casa durante várias horas.	
22. Um pai mostra frequentemente revistas pornográficas à sua filha de 5 anos de idade.	
23. Um pai toca frequentemente nos órgãos genitais da sua filha de 8 anos de idade, mas somente depois de ela lhe ter dito "okay."	
24. Os pais vestem o seu filho de 6 meses de idade com roupas de rapariga.	
25. Um pai tem frequentemente contactos sexuais com a sua filha de 8 anos de idade.	
26. Uma mãe beija frequentemente a sua filha de 5 anos de idade nos lábios.	
27. Um pai toca frequentemente nos órgãos genitais do seu filho de 6 meses de idade.	
28. Numa determinada ocasião, e uma vez só, um pai mostrou revistas pornográficas à sua filha de 8 anos de idade.	
29. Numa determinada ocasião, e uma vez só, os pais deixaram o seu filho de 5 anos de idade sozinho em casa durante várias horas.	
30. Os pais dizem constantemente ao seu filho que ele ou ela deve obter melhores notas na escola, tal como o seu/sua irmã ou irmão mais velho.	
31. Uma mãe toca frequentemente os órgãos genitais do seu filho de 6 meses de idade.	
32. Os pais esqueceram-se de guardar uma garrafa de whisky, deixando-a facilmente acessível ao seu filho de 6 meses de idade.	
33. Os pais vestem a sua filha de 8 anos de idade com roupas de rapaz.	
34. Apesar das recomendações do seu professor, os pais recusam-se autorizar que o seu filho seja submetido a um teste de visão.	
35. Frequentemente os pais discutem em frente do seu filho.	
36. Uma mãe dá uma bofetada ao seu filho de 6 meses de idade.	
37. Os pais recusam mandar para a escola o seu filho.	
38. Uma mãe grita à sua filha de 5 anos de idade e insulta-a.	
39. Uma mãe bate na cara da sua filha de 5 anos de idade.	
40. Uma mãe grita à sua filha de 6 meses de idade e insulta-a.	

Anexo 2

Child Maltreatment: Coming to Terms with Issues of Definition

QUESTIONNAIRE

Part I: Personal Background. This questionnaire is completely anonymous; however, we would appreciate your providing the following information about your personal background to give us a general picture of the participants in this study.

1. How old are you (in years)? _____

2. What is your gender?

_____ Male
_____ Female

3. What is your racial background?

_____ Native American	_____ Biracial
_____ Asian or Pacific Islander	_____ Hispanic
_____ Afro-American	_____ Other
_____ White	

4. What is your marital status?

_____ Never Married	_____ Widowed
_____ Divorced	_____ Other
_____ Married	

6. What was the overall gross (before taxes) income for your household in 1994?

_____ Less than \$12,500
_____ \$12,500 to \$24,999
_____ \$25,000 to \$37,499
_____ \$37,500 to \$49,999
_____ \$50,000 or more

7. Have you ever received public assistance of any kind (for example: AFDC, food stamps)?

_____ Yes
 _____ No

8. Please indicate the highest level of education that you have completed.

_____ Eighth Grade
 _____ Some High School
 _____ High School Diploma
 _____ Some College or Associate's Degree
 _____ College / Bachelor's Degree
 _____ Some Graduate School or Master's Degree
 _____ Law Degree
 _____ Medical Degree
 _____ Ph.D. or Multiple Master's Degrees

9. What is your religion?

_____ None	_____ Eastern
_____ Catholic	_____ Mormon
_____ Jehovah's Witness	_____ Jewish
_____ Christian Science	_____ Muslim
_____ Protestant	_____ Other

10. What is your occupation?

_____ Mental health professional (including psychologist, social worker, counselor, & other professional employed in a mental health center)
 _____ Legal professional
 _____ Medical professional
 _____ Elementary or Preschool Teacher, Administrator, or other faculty member
 _____ Other
 _____ None

11. Has your job ever brought you into contact with a case or suspected case of child maltreatment?

_____ Yes
 _____ No

Part II: Childrearing Experience. Questions in this section are designed to give us a picture of participants' experiences both as children and in raising children. Again, all responses are completely anonymous.

1. How many children do you have (including any step-children or foster children who have lived in your home while under age 18)? _____
2. If you have children, what is the age (in years) of your youngest child?
(A child under one year of age should be indicated as "0.") _____
3. If you have children, what is the age (in years) of your oldest child?
(A child under one year of age should be indicated as "0.") _____
4. Have you ever been a victim of child maltreatment?

_____ Yes.
_____ No.
_____ I'm not sure.
5. Have you ever committed an act of child maltreatment?

_____ Yes.
_____ No.
_____ I'm not sure.

Please use the following numbered categories to indicate whether you have ever done any of the following acts with/to a child and whether you ever had an adult do any of the following acts with/to you before age 18:

- (1) Never
- (2) Once
- (3) 2 or 3 times
- (4) 4 to 10 times
- (5) More than 10 times

		<u>I have done this</u>	<u>This was done to me</u>
6.	Spanking	_____	_____
7.	Ignoring	_____	_____
8.	Failing to get recommended medical treatment	_____	_____
9.	Failing to get recommended psychological treatment	_____	_____
10.	Fondling genitals or having oral sex	_____	_____
11.	Sexual intercourse	_____	_____
12.	Comparing to a brother or sister	_____	_____
13.	Accidentally causing physical harm	_____	_____
14.	Intentionally causing physical harm	_____	_____
15.	Showing pornography	_____	_____
16.	Leaving alone for several hours at a time (before age 12)	_____	_____
17.	Abandoning	_____	_____
18.	Threatening with physical harm or abandonment	_____	_____
19.	Criticizing severely	_____	_____
20.	Placing in a dangerous situation	_____	_____

Part III: Attitudes Toward Child Maltreatment. Please use the scale below to indicate how the following factors would influence your personal feelings as to whether a particular act is abuse or neglect.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|--|---|---|---|---|---|-----------------------|
| | Not at all | | | | | | One of the |
| | important | | | | | | <u>most</u> important |
| | | | | | | | factors |
| 1. _____ | A possibility that the child will be harmed physically | | | | | | |
| 2. _____ | A possibility that the child will be harmed psychologically or emotionally | | | | | | |
| 3. _____ | Demonstrated or actual physical harm to the child | | | | | | |
| 4. _____ | Demonstrated or actual psychological or emotional harm to the child | | | | | | |
| 5. _____ | Seriousness of the act | | | | | | |
| 6. _____ | Frequency of the act | | | | | | |
| 7. _____ | Whether the act is sexual in nature | | | | | | |
| 8. _____ | Whether the perpetrator (person committing the act) was abused as a child | | | | | | |
| 9. _____ | Whether the perpetrator comes from a divorced family | | | | | | |
| 10. _____ | Whether the perpetrator grew up in a violent home or neighborhood | | | | | | |
| 11. _____ | Whether the perpetrator is taking drugs or alcohol | | | | | | |
| 12. _____ | Whether the perpetrator has a mental illness | | | | | | |
| 13. _____ | Whether the perpetrator intends to harm the child | | | | | | |
| 14. _____ | The age of the perpetrator | | | | | | |
| 15. _____ | The sex of the perpetrator | | | | | | |
| 16. _____ | The age of the child (victim) involved | | | | | | |
| 17. _____ | The sex of the child | | | | | | |
| 18. _____ | Whether the child thinks that he or she has been abused | | | | | | |
| 19. _____ | Whether the child consents to the act | | | | | | |
| 20. _____ | The extent to which the act is culturally or socially acceptable (for example: spanking) | | | | | | |
| 21. _____ | Whether the act meets the legal definition of abuse or neglect | | | | | | |

Part IV: Deciding Whether Particular Acts are Child Maltreatment. Please use the scale below to indicate whether or not you consider each of the listed acts to be child abuse or neglect.

1	2	3	4	5	6	7
Definitely			I don't know			Definitely
is <u>not</u> abuse						is abuse or
or neglect						neglect

1. _____ Father spans his 8-year-old son with a stick, causing some minor bruising.
2. _____ Despite the recommendations of his teacher, parents refuse to get psychological treatment for their child.
3. _____ On one occasion, a mother has sexual intercourse with her 8-year-old son.
4. _____ Along with their 8-year-old child, parents live in an old house. In the living room where their child often plays, there are several windows with broken glass and very jagged edges.
5. _____ Parents frequently leave their 8-year-old son home alone for several hours.
6. _____ A father has oral sex with his 8-year-old daughter, but only after she has said that it is "okay."
7. _____ Parents forget to put away a bottle of whiskey, leaving it within easy reach of their 5-year-old son.
8. _____ Father spans his 6-month old son with a stick after the child is found playing with a book of matches.
9. _____ Parents do not wash their 6-month-old child's hair for weeks at a time.
10. _____ Parents dress their 8-year-old son in girl's clothing.
11. _____ On one occasion, a father has sexual intercourse with his 8-year-old daughter.
12. _____ Father spans his 8-year-old son with a stick, leaving no visible injuries.
13. _____ A father often shows pornographic pictures to his 8-year-old son.
14. _____ On one occasion, a father touches his 8-year-old daughter's genitals, but only after she has told him that it is "okay."
15. _____ Along with their 6-month-old child, parents live in an old house. In the living room where their child often plays, there are several windows with broken glass and very jagged edges.
16. _____ On one occasion, a father shows pornographic pictures to his 8-year-old son.
17. _____ A father often kisses his 8-year-old daughter on the lips.

Part IV (continued)

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--|---|--------------|---|---|---|
| Definitely
is <u>not</u> abuse
or neglect | | | I don't know | | | Definitely
<u>is</u> abuse or
neglect |
| 18. _____ | A father spans his 5-year-old son with a stick after the child is found playing with a book of matches. | | | | | |
| 19. _____ | A father often shows pornographic pictures to his 8-year-old daughter. | | | | | |
| 20. _____ | Parents do not wash their 8-year-old child's hair for weeks at a time. | | | | | |
| 21. _____ | On one occasion, parents leave their 8-year-old son home alone for several hours. | | | | | |
| 22. _____ | A father often shows pronographic pictures to his 5-year-old daughter. | | | | | |
| 23. _____ | A father frequently touches his 8-year-old daughter's genitals, but only after she has told him that it is "okay." | | | | | |
| 24. _____ | Parents dress their 6-month-old son in girl's clothing. | | | | | |
| 25. _____ | A father frequently has sexual intercourse with his 8-year-old daughter. | | | | | |
| 26. _____ | A mother often kisses her 5-year-old daughter on the lips. | | | | | |
| 27. _____ | A father frequently touches his 6-month old son's genitals. | | | | | |
| 28. _____ | On one occasion, a father shows pornographic pictures to his 8-year-old daughter. | | | | | |
| 29. _____ | On one occasion, parents leave their 5-year-old son home alone for several hours. | | | | | |
| 30. _____ | Parents constantly tell their child that he or she should make better grades in school, like his or her older brother or sister. | | | | | |
| 31. _____ | A mother frequently touches her 6-month old son's genitals. | | | | | |
| 32. _____ | Parents forget to put away a bottle of whiskey, leaving it within easy reach of their 6-month-old son. | | | | | |
| 33. _____ | Parents dress their 8-year-old daughter in boy's clothing. | | | | | |
| 34. _____ | Despite the recommendations of his teacher, parents refuse to have their child's vision tested. | | | | | |
| 35. _____ | Parents often argue in front of their child. | | | | | |

Part IV (continued)

- | | | | | | | |
|---------------------|---|---|--------------|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Definitely | | | I don't know | | | Definitely |
| is <u>not</u> abuse | | | | | | <u>is</u> abuse or |
| or neglect | | | | | | neglect |
36. _____ A mother slaps her 6-month-old child in the face.
37. _____ Parents refuse to send their child to school.
38. _____ A mother screams at her 5-year-old daughter and calls her names.
39. _____ A mother slaps her 5-year-old child in the face.
40. _____ A mother screams at her 6-month-old daughter and calls her names.

Part V: Comments. We would appreciate any comments that you have about these questions or the subject of this questionnaire.