

MES

MESTRADO EM
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Susana Raquel Silva Ribeiro

A Perceção de Profissionais que Intervêm com Crianças e Jovens com Multideficiência face à Problemática dos Maus Tratos

Porto, setembro 2012

MES

MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Susana Raquel Silva Ribeiro

A Perceção de Profissionais que Intervêm com Crianças e Jovens com Multideficiência face à Problemática dos Maus Tratos

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de
Mestre em Educação para a Saúde sob orientação da
Professora Doutora Preciosa Teixeira Fernandes

Porto, setembro 2012

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Preciosa Fernandes, orientadora desta dissertação, por toda a disponibilidade, incentivo, paciência, apoio científico e por me ter feito acreditar que eu era capaz, quando desacreditei.

Aos professores, técnicos de saúde e assistentes operacionais que colaboraram neste estudo, por toda a disponibilidade, e sem os quais esta investigação não seria possível.

Aos meus amigos, por serem como são e por estarem sempre presentes e com uma palavra amiga e encorajadora, nos momentos menos fáceis.

Aos meus familiares, por toda a força dada ao longo deste ano.

Aos meus pais, por tudo o que me ensinaram e proporcionaram ao longo da minha vida, por terem sempre acreditado em mim, pelo constante amparo, pela paciência, pelos sábios conselhos e pelo apoio incondicional, quando mais precisei.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	ii
ÍNDICE GERAL	iii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
ÍNDICE DE QUADROS	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	viii
RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	6
CAPÍTULO I – OPÇÕES METODOLÓGICAS	7
Notas introdutórias	7
I.1. A problemática	7
I.2. Questões e objetivos que orientam o estudo	9
I.3. Paradigma de investigação de base ao estudo	10
I.4. Técnicas de recolha e de tratamento de informação	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
CAPÍTULO II – A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS	15
Notas introdutórias	15
II.1. Violência, maus tratos, abuso e negligência: Que conceitos? Que relações?	15
II.2. A extensão do problema dos maus tratos	21
II.3. Um olhar focado na realidade portuguesa	22
II.4. O caso dos maus tratos a crianças e jovens com deficiência	23
CAPÍTULO III – DEFICIÊNCIA E EDUCAÇÃO ESPECIAL	25
Notas introdutórias	25
III.1. Deficiência e Educação Especial: um olhar a partir de alguns documentos de referência internacional	25
III.2. O percurso da Educação Especial em Portugal	28
III.3. Integração e inclusão: que sentidos?	31
III.4. Clarificando o conceito de multideficiência	34
CAPÍTULO IV – PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS COM DEFICIÊNCIA	36
Notas introdutórias	36
IV.1. Enquadramento legislativo da problemática dos maus tratos	36
IV.2. O papel da escola na Promoção da Saúde e do Bem Estar das crianças e jovens com deficiência	40
IV.2.1. Prevenção primária e Educação para a Saúde	41
IV.2.2. Prevenção secundária e terciária	42
IV.3. Fatores de risco	44
IV.4. Formas de maus tratos e sinais de alerta	49
ESTUDO EMPÍRICO	57

CAPÍTULO V – DOS CONTEXTOS DE INVESTIGAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	58
Notas introdutórias	58
V.1. Respostas educativas a crianças com NEE: breve enquadramento até às UAEEAMS, como contexto de investigação	58
V.2. A amostra	60
V.2.1. Caraterização dos professores de Educação Especial	60
V.2.2. Caraterização dos assistentes operacionais	62
V.2.3. Caraterização dos técnicos de saúde	64
V.3. Procedimentos metodológicos	66
V.3.1. A construção do inquérito por questionário e a realização do pré-teste.	66
V.3.2. Procedimentos éticos	67
V.3.3. A organização da informação	68
CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	70
Notas introdutórias	70
VI.1. Perceções dos professores de Educação Especial	70
VI.1.1. Perceções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	70
VI.1.1.1. <i>Importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos</i>	70
VI.1.1.2. <i>Maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência</i>	77
VI.1.1.3. <i>Contextos de ocorrência de maus tratos</i>	79
VI.1.1.4. <i>Fatores de risco associados aos maus tratos</i>	81
VI.1.2. Perceções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	84
VI.1.2.1. <i>Contacto com situações de maus tratos e grau de importância de sinais de alerta</i>	84
VI.1.3. Atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	87
VI.1.3.1. <i>Atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos</i>	87
VI.1.3.2. <i>Denúncia de situações de maus tratos</i>	89
VI.1.3.3. <i>Conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia</i>	91
VI.2. Perceções dos assistentes operacionais	93
VI.2.1. Perceções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	93
VI.2.1.1. <i>Importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos</i>	93
VI.2.1.2. <i>Maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência</i>	98
VI.2.1.3. <i>Contextos de ocorrência de maus tratos</i>	99
VI.2.1.4. <i>Fatores de risco associados aos maus tratos</i>	101
VI.2.2. Perceções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	102
VI.2.2.1. <i>Contacto com situações de maus tratos e grau de importância de sinais de alerta</i>	102
VI.2.3. Atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	105
VI.2.3.1. <i>Atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos</i>	105

VI.2.3.2. <i>Denúncia de situações de maus tratos</i>	107
VI.2.3.3. <i>Conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia</i>	108
VI.3. Perceções dos técnicos de saúde	110
VI.3.1. Perceções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	110
VI.3.1.1. <i>Importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos</i>	110
VI.3.1.2. <i>Maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência</i>	116
VI.3.1.3. <i>Contextos de ocorrência de maus tratos</i>	119
VI.3.1.4. <i>Fatores de risco associados aos maus tratos</i>	122
VI.3.2. Perceções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	124
VI.3.2.1. <i>Contacto com situações de maus tratos e grau de importância de sinais de alerta</i>	124
VI.3.3. Atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	127
VI.3.3.1. <i>Atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos</i>	127
VI.3.3.2. <i>Denúncia de situações de maus tratos</i>	129
VI.3.3.3. <i>Conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia</i>	131
VI.4. Discussão dos dados	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXOS	158
ANEXO 1 – Inquérito por questionário	159
ANEXO 2 – Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João	164
ANEXO 3 - Pedido de autorização aos Agrupamentos	167
ANEXO 4 - Documento de informação ao participante	168
ANEXO 5 – Declaração de consentimento informado	169
ANEXO 6 – Guião orientador da análise de conteúdo das perguntas abertas	170
ANEXO 7 - Tabela organizadora da análise da informação por categoria	171

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Distribuição dos professores de EE por género	61
Gráfico nº2 – Distribuição dos professores de EE por faixa etária	61
Gráfico nº3 – Distribuição dos professores de EE por anos de serviço em UAEEAMS ...	62
Gráfico nº4 – Distribuição dos assistentes operacionais por género	62
Gráfico nº5 – Distribuição dos assistentes operacionais por faixa etária	63
Gráfico nº6 – Distribuição dos assistentes operacionais por anos de serviço em UAEEAMS	63
Gráfico nº7 – Distribuição dos técnicos de saúde por género	64
Gráfico nº8 – Distribuição dos técnicos de saúde por profissão	64
Gráfico nº9 – Distribuição dos técnicos de saúde por faixa etária	65
Gráfico nº10 – Distribuição dos técnicos de saúde por anos de serviço em UAEEAMS ..	65
Gráfico nº11 - Contextos de ocorrência de maus tratos de acordo com os professores de EE	79
Gráfico nº12 - Confronto dos professores de EE com situações de maus tratos	84
Gráfico nº13 - Conhecimento dos professores de EE sobre legislação	91
Gráfico nº14 - Conhecimento dos professores de EE sobre os procedimentos legais que sucedem uma denúncia	91
Gráfico nº15 - Contextos de ocorrência de maus tratos de acordo com os assistentes operacionais	100
Gráfico nº16 - Confronto dos assistentes operacionais com situações de maus tratos ...	102
Gráfico nº17 - Conhecimento dos assistentes operacionais sobre legislação	108
Gráfico nº18 - Conhecimento dos assistentes operacionais sobre os procedimentos legais que sucedem uma denúncia	108
Gráfico nº19 - Contextos de ocorrência de maus tratos de acordo com os técnicos de saúde	119
Gráfico nº20 - Confronto dos técnicos de saúde com situações de maus tratos	124
Gráfico nº21 - Conhecimento dos técnicos de saúde sobre legislação	131
Gráfico nº22 - Conhecimento dos técnicos de saúde sobre os procedimentos legais que sucedem uma denúncia	131

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Dimensões e categorias de análise	69
Quadro nº2 – Grau de importância dos diferentes tipos de maus tratos de acordo com os professores de EE	71
Quadro nº3 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso físico de acordo com os professores de EE	71
Quadro nº4 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso emocional de acordo com os professores de EE	72
Quadro nº5 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso sexual de acordo com os professores de EE	74
Quadro nº6 – Grau de gravidade das diferentes formas de negligência de acordo com os professores de EE	75
Quadro nº7 – Grau de importância de sinais de alerta de maus tratos de acordo com os professores de EE	85
Quadro nº8 – Grau de importância dos diferentes tipos de maus tratos de acordo com os assistentes operacionais	93
Quadro nº9 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso físico de acordo com os assistentes operacionais	94
Quadro nº10 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso emocional de acordo com os assistentes operacionais	95
Quadro nº11 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso sexual de acordo com os assistentes operacionais	96
Quadro nº12 – Grau de gravidade das diferentes formas negligência de acordo com os assistentes operacionais	96
Quadro nº13 – Grau de importância de sinais de alerta de maus tratos de acordo com os assistentes operacionais	103
Quadro nº 14 – Grau de importância dos diferentes tipos de maus tratos de acordo com os técnicos de saúde	110
Quadro nº15 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso físico de acordo com os técnicos de saúde	111
Quadro nº16 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso emocional de acordo com os técnicos de saúde	112
Quadro nº17 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso sexual de acordo com os técnicos de saúde	113
Quadro nº18 – Grau de gravidade das diferentes formas negligência de acordo com os técnicos de saúde	114
Quadro nº19 – Grau de importância de sinais de alerta de maus tratos de acordo com os técnicos de saúde	125

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACJF - Alabama Civil Justice Foundation

CCAN - Committee on Child Abuse and Neglect

CCD - Committee on Children with Disabilities

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CJM – crianças e jovens com multideficiência

CNPCJR - Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CRI – Centro de Recursos para a Inclusão

DGIDC - Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular

DGS – Direção Geral da Saúde

ECAE - Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos

EE – Educação Especial

EUA – Estados Unidos da América

FENACERCI - Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social

ISPCAN - International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect

LBSE - Lei de Bases do Sistema Educativo

LPCJP - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

NRCCAN - National Resource Center on Child Abuse and Neglect

NICHCY - National Dissemination Center for Children with Disabilities

NEE – Necessidades Educativas Especiais

NEECP - Necessidades Educativas Especiais de Caráter Prolongado

OCDE - Organização Comunitária de Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCAA - Prevent Child Abuse America

PEI – Programa Educativo Individual

PIT – Plano Individual de Transição

SAP – Sala de Apoio Permanente

UAEEAMS - Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira

UEM - Unidades Especializadas em Multideficiência

UIE - Unidades de Intervenção Especializada

RESUMO

Os maus tratos a crianças é um problema à escala mundial que tem despertado a atenção não só das autoridades políticas e da comunidade científica como também da sociedade em geral. Todavia, esta problemática assume particular importância quando as vítimas são crianças com multideficiência. Estando estas crianças integradas a tempo inteiro em escolas, e dadas as limitações a nível cognitivo, comunicativo, motor e sensorial que apresentam e que as impedem de poder denunciar situações de maus tratos, os profissionais que com elas interagem desempenham um papel importante, nomeadamente na identificação e sinalização dessas situações.

Foi no quadro destes pressupostos que elaborámos o presente trabalho, estruturado em torno da seguinte questão/problema: *em que medida os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, têm constituído objeto de atenção por parte dos professores de Educação Especial, técnicos de saúde e assistentes operacionais que trabalham com estas crianças em contexto escolar.* Orientados por esta questão, constituíram objetivos deste estudo, entre outros: contribuir para aprofundar o conhecimento sobre os maus tratos; sensibilizar os profissionais que trabalham com crianças com multideficiência para a problemática dos maus tratos; ampliar o seu conhecimento sobre sinais de alerta, modos de atuação e de denúncia perante situações de maus tratos.

Para tal, recorremos à aplicação de um inquérito por questionário com perguntas abertas e fechadas, recorrendo, para o seu tratamento, à análise de conteúdo e à análise descritiva dos dados. Esse inquérito foi aplicado a 18 professores de Educação Especial, a 13 assistentes operacionais e a 19 técnicos de saúde a exercer funções em 9 Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira (UAEEAMS) integradas em Agrupamentos de Escolas dos concelhos do Porto, Maia, Matosinhos, Gondomar, Valongo e Vila Nova de Gaia.

O estudo permitiu-nos constatar que, de modo geral, os profissionais percecionam os diferentes tipos de maus tratos como extremamente importantes e a casa como sendo o contexto onde ocorrem mais frequentemente situações destas. Verificámos também que as perceções se dividem quanto aos maus tratos a crianças/jovens sem e com deficiência: se para uns, ambas as situações são graves, para outros, os maus tratos a crianças/jovens com multideficiência assumem maior gravidade devido à sua maior vulnerabilidade decorrente das limitações que apresentam. Os dados permitiram ainda apurar, no caso dos contextos onde realizamos esta investigação, não existir um procedimento acordado entre todos os profissionais, para ser seguido em situações de suspeição de maus tratos.

Palavras-chave: maus tratos, criança/jovem, multideficiência, profissionais, escola

ABSTRACT

The child abuse is a worldwide problem that has attracted the attention not only of political authorities and the scientific community but also of the society in general. However, this issue is particularly important when the victims are children with multiple disabilities. Once these children are integrated into schools in a full time basis, and given their limitations in cognitive, communicative, motor and sensory level, that prevent them from reporting abuse situations, professionals who interact with them play an important role, especially in identifying and signaling these situations.

It was under these assumptions we have drawn up the present work, structured around the following question/problem: *to what extent the maltreatment of children and youth with multiple disabilities constituted the object of attention by the special education teachers, operational health professionals and operational assistants who work with these children in the school context.* Oriented by this issue this study aimed at, among others, the following objectives: to contribute to deepen the knowledge about maltreatment; awareness among professionals working with children with multiple disabilities to the problem of abuse, expanding their knowledge of warning signs, ways of acting and denouncement in situations of abuse.

To this purpose, we resorted to the use of a questionnaire with open and closed questions, using for its processing, the content analysis and the descriptive data analysis.

This survey was applied to 18 special education teachers, 13 operational assistants and 19 operational health professionals, working on 9 Specialist Support Units for the Education of Students with Deafblindness and Multiple Disabilities (UAEEAMS), integrated in School Groups of the municipalities of Porto, Maia, Matosinhos, Gondomar, Valongo and Vila Nova de Gaia.

The study allowed us to conclude that, in general, professionals perceive different types of maltreatment as extremely important and home as the context in which these situations more often occur. We also found that perceptions are divided about the maltreatment of children/young people with and without disabilities: if for some, both situations are serious, for some others, cruelty to children/young people with multiple disabilities assumes more severe proportions due to its greater vulnerability because of the limitations they present. The data also allowed to establish, in the case of the contexts where we conduct this investigation, the absence of a procedure, to be followed in cases of suspected abuse, agreed by all.

Keywords: abuse, child/youth, multiple disabilities, professionals, school

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o fenómeno dos maus tratos a crianças tem merecido um lugar de destaque por parte da comunicação social. Todos os dias somos confrontados com a denúncia de situações que causam grande impacto social. Segundo o documento *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, elaborado em 2006 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com a *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN), estima-se que, a nível mundial, em 2002 tenham morrido, devido a homicídio, 31000 crianças com idade inferior a 15 anos, salvaguardando no entanto, que este valor pode estar subestimado, dado que muitas vezes as mortes decorrentes de maus tratos não são identificadas.

Devido à constatação de que o número de casos tem vindo a aumentar nos últimos anos, a comunidade científica e as autoridades políticas e sociais têm-se debruçado sobre o assunto, no intuito de compreender o fenómeno e tomar medidas que agilizem a prevenção e a deteção dos casos de maus tratos a crianças (Magalhães, 2010a). É dentro desta linha de pensamento que o Mestrado em Educação para a Saúde da Faculdade de Medicina, em colaboração com a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade do Porto apresenta no seu plano de estudos, a Unidade Curricular “Determinantes e Prevenção da Violência”.

Foi no decorrer das aulas desta Unidade Curricular que fomos tomando maior consciência de que este é um fenómeno complexo e envolto num conjunto de variáveis, contextos e fatores que interferem e dificultam a sua deteção e encaminhamento. O alerta para esta problemática, fez-nos questionar sobre a mesma, despoletando em nós, enquanto terapeutas da fala a exercer funções numa Unidade de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira (UAEEAMS), o interesse em aprofundar conhecimentos na área, pelo facto de lidarmos diariamente com crianças¹ e jovens² com multideficiência (CJM) que apresentam limitações comunicativas, motoras, sensoriais e cognitivas. Nesta opção, tivemos também em conta os estudos de Ammerman e Baladerian (1993, citados por Hibbard *et al*, 2007) ao considerarem que, apesar da identificação de sinais de alerta ser, por si só, uma tarefa complexa, no caso das crianças com deficiência torna-se ainda mais difícil, pois o comprometimento cognitivo e as dificuldades de comunicação que muitas vezes as mesmas apresentam, não lhes permite contar e perceber que foram vítimas de maus tratos. Igualmente, o facto de estas crianças/jovens passarem a maior parte do seu dia na escola, contribuiu para a decisão de

¹ Doravante, neste trabalho, será utilizado o termo “crianças” em detrimento de “alunos” uma vez que a autora não é professora.

² Doravante, neste trabalho será utilizado o termo “jovens”, dado que algumas das UAEEAMS de 1º ciclo acompanham um público com faixas etárias compreendidas entre os 6 e os 16 anos.

considerarmos os profissionais envolvidos na sua educação em contexto escolar, como os principais participantes deste estudo porquanto se prevê deverem estar atentos a estas situações, protegendo-as e tomando medidas sempre que se deparem com situações de maus tratos (Moreira, 2007).

Foi no quadro desta situação, e destas ideias, que questionámos até que ponto os profissionais que trabalham diariamente com estas crianças/jovens, estão sensibilizados e preparados para identificar situações de maus tratos e para tomar as diligências necessárias quando se confrontam com as mesmas.

É neste contexto que situamos esta investigação, pretendendo compreender o modo como os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência são percecionados pelos profissionais (professores de Educação Especial, técnicos de saúde e assistentes operacionais) que com elas interagem diariamente. Paralelamente, foi também nosso intuito contribuir para aumentar o conhecimento destes profissionais sobre sinais de alerta relativamente a situações de maus tratos, bem como compreender como atuam perante uma situação de maus tratos identificada.

Após alguma pesquisa bibliográfica, verificámos que existem ainda poucos estudos sobre a problemática dos maus tratos a crianças com deficiência, e mais especificamente, sobre o papel dos profissionais que trabalham diariamente com estas crianças. Neste sentido, o estudo que realizámos ganhou maior pertinência, pretendendo, assim, contribuir para a produção de conhecimento neste domínio.

Selecionámos as UAEEAMS como contexto de investigação, por ser um local onde trabalham profissionais com diferentes formações, nomeadamente professores de Educação Especial, assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e psicólogos (e por isso enriquecer o estudo) e por ser o contexto onde a autora exerce, atualmente, funções. O estudo realizou-se em 9 UAEEAMS, pertencentes à região do Grande Porto. Tendo por base estas opções e objetivos referidos, recorremos ao inquérito por questionário, com perguntas abertas e fechadas (Quivy e Campenhoudt, 2008) que aplicámos aos profissionais que trabalham naquelas 9 UAEEAMS.

O conceito de “maus tratos”, como ao longo do trabalho explicitamos, é um conceito envolto em alguma controvérsia, sendo utilizado muitas vezes como sinónimo de abuso e violência. Contudo, após alguma pesquisa sobre o tema, que no capítulo II é analisada, optámos por recorrer neste trabalho ao conceito de maus tratos definido pela Organização Mundial da Saúde e pela *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (2006), segundo o qual:

“Maus tratos à criança constitui todas as formas de abusos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente ou exploração comercial ou outra, que resulte em danos potenciais ou reais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento

ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, verdade ou poder”³⁴(p.7).

No que diz respeito à estrutura deste documento que formaliza a nossa investigação, esta é constituída por três partes. A primeira, respeitante ao enquadramento metodológico, integra o capítulo I, no qual se apresentam as opções metodológicas, nomeadamente a definição da problemática, as questões e objetivos que orientam o estudo, o paradigma de investigação subjacente e as técnicas de recolha e tratamento da informação. O enquadramento teórico, que constitui a segunda parte deste estudo, contempla os capítulos II, III e IV. O capítulo II foca a problemática dos maus tratos e tem como objetivos clarificar os conceitos de violência, maus tratos, abuso e negligência; e refletir sobre o estado da arte relativo aos maus tratos a crianças a nível internacional e nacional e aos maus tratos a crianças com deficiência. No capítulo III, fazemos um enquadramento breve dos conceitos de deficiência e Educação Especial; explicitamos a influência de alguns documentos de referência a nível internacional e nacional, na forma de pensar a educação das crianças/jovens com deficiência; estabelecemos relações entre os conceitos de integração e inclusão tendo por base a evolução legislativa da Educação Especial e, por último, clarificamos o conceito de multideficiência. Posteriormente, no capítulo IV, focamo-nos na promoção dos direitos e proteção das crianças/jovens com deficiência, dando conta dos documentos internacionais e nacionais que promovem os direitos e protegem as crianças em geral e com deficiência; analisamos ainda o papel da escola na promoção da Educação para a Saúde e bem estar das mesmas; e explicitamos os fatores de risco e os sinais de alerta de maus tratos a esta população. A terceira parte, respeitante ao estudo empírico, inclui os capítulos V e VI. No capítulo V descrevemos a UAEEAMS como contexto de investigação, apresentamos a caracterização dos participantes no estudo e damos conta dos procedimentos metodológicos que orientaram a nossa investigação. A apresentação e discussão dos dados é realizada no capítulo VI, onde, num primeiro momento, apresentamos os dados recolhidos de acordo com cada grupo profissional e posteriormente, na discussão, cruzamos os diferentes discursos procurando estabelecer pontos comuns e divergentes entre os mesmos. Para finalizar, apresentamos as considerações finais decorrentes do estudo realizado.

³ Tradução realizada pela autora.

⁴ Apesar do conceito de “maus tratos” incluir o abuso físico, o abuso emocional, o abuso sexual, a negligência e a exploração comercial, nesta investigação focar-nos-emos unicamente no abuso físico, no abuso emocional, no abuso sexual e na negligência como formas de maus tratos.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO I – OPÇÕES METODOLÓGICAS

Notas introdutórias

Este primeiro capítulo inicia-se com a definição da problemática em estudo e com a explicitação das questões e dos objetivos que o orientam. Posteriormente, caracterizamos o paradigma de investigação subjacente ao estudo e descrevemos as opções metodológicas referentes às técnicas de recolha e de tratamento de informação.

I.1. A problemática

Os maus tratos a crianças tornou-se, nos últimos anos, um fenómeno com grande visibilidade na nossa sociedade.

Todavia, apesar de este fenómeno ser veemente condenado pela mesma, novos casos continuam a ser notícia diariamente (Magalhães, 2010a). Na verdade, e como sublinha Magalhães (2010a), vivemos numa sociedade que transporta consigo uma herança cultural de violência que domina as mentalidades daqueles que maltratam as crianças, daqueles que são maltratados e inclusive do cidadão comum. Numa visão complementar (Moreira, 2007) sustenta que “o facto de as gerações anteriores terem sido vítimas de maus tratos potencia a repetição sobre os seus filhos dos modelos de interação observados nos seus pais” (p.5). Este fenómeno é agravado pela dificuldade encontrada em realizar um diagnóstico correto e atempado destas situações. Na opinião de Magalhães (2010a), esta dificuldade é devida a inúmeros fatores, nomeadamente,

“factores socioculturais (como tradições, preconceitos e mitos associados a muitas práticas, particularmente os castigos corporais), mas também, pela ocultação dos abusos, que geralmente ocorrem no âmbito de uma especial relação de proximidade entre a criança ou jovem e o seu abusador” (p.5).

Esta problemática assume proporções ainda maiores quando as crianças vítimas de maus tratos são crianças portadoras de deficiência. Como salienta Ferreira (2008) “a pessoa com deficiência é um alvo de agressores e constitui uma vítima fácil porque pode ser incapaz de se expressar (...), pode estar imobilizada (...) ou pode até mesmo não reconhecer o agressor...” (p.120). Na esteira do mesmo autor, estas crianças constituem um grupo vulnerável, característica sustentada por dois fatores “... primeiro a sua invisibilidade na malha social e, segundo, o facto de que a condição ‘deficiência’ oferece segurança ao perpetrador (...) porque ele tem consciência que o risco de desvelamento do crime e de denúncia é insignificante...” (p.120).

Alguns estudos relativos aos maus tratos a crianças com deficiência têm sido realizados a nível internacional. A este propósito, Hibbard *et al* (2007) relatam que crianças com deficiência, apresentam um risco aumentado de sofrerem maus tratos. Também Fisher (2009), numa análise de literatura, refere um estudo de Sullivan e Knutson (2000) que mostra que “comparando com crianças sem deficiência, as crianças com deficiência foram maltratadas em taxas mais elevadas (31% vs 9%) e experienciaram mais vezes múltiplas formas de maus tratos (63% vs 54.9%)”⁵ (p.2).

Na mesma linha, Govindshenoy e Spencer (2006) demonstram através de uma revisão sistemática que,

“Crianças com alguns tipos de limitações, não todas, estão em maior risco de abuso e/ou negligência. Crianças com problemas psicológicos e emocionais, particularmente perturbação de conduta, e dificuldades de aprendizagem parecem estar em maior risco. Crianças com paralisia cerebral parecem apresentar risco aumentado de abuso físico ou negligência...”⁶(p.556).

No entanto, acrescentam que não podem concluir que as crianças com deficiência apresentam maior risco de sofrerem maus tratos dado que a revisão sistemática realizada se apoia em poucos estudos populacionais (Govindshenoy e Spencer, 2006).

Face a estes dados torna-se imperativo, como alerta Moreira (2007), que a comunidade em geral e educadores, professores e técnicos, em particular, assumam uma posição, e protejam estas crianças, acautelando que estas recebam os cuidados que merecem. O mesmo ponto de vista é assumido por Ferreira (2008) que defende que,

“A invisibilidade que fomenta a vulnerabilidade de crianças com deficiência é um assunto de extrema gravidade e tema que deve urgentemente constituir foco de atenção mundial para políticos, educadore(a)s, gestore(a)s, pesquisadore(a)s, terapeutas e sociedade civil organizada.” (p.129).

Tendo por base os autores supracitados, e também pela forma como a noção de família se está a modificar e pelo facto de a criança passar a maior parte do seu tempo na escola, esta e os profissionais que aí intervêm, assumem assim um papel fundamental na deteção de situações de risco e no seu encaminhamento (Moreira, 2007). Ainda de acordo com Moreira (2007),

“Pelo facto de, frequentemente, os professores estarem inseridos na comunidade e de conhecerem bem as famílias das crianças (...) permite-lhes considerar os problemas e as especificidades de cada família e de cada criança no sentido de utilizarem estratégias que as ajudem nos domínios em que mais precisem, como também ajudar as famílias na procura de recursos que as possam ajudar a lidar com as suas dificuldades” (p.63).

⁵ Tradução realizada pela autora.

⁶ Tradução realizada pela autora.

Efetivamente, da pesquisa bibliográfica que realizámos, é consensual a ideia de que os profissionais que trabalham com crianças com deficiência assumem um papel importante no que diz respeito à prevenção e deteção precoce de situações de maus tratos, uma vez que, como referimos anteriormente, e como sustentam os autores convocados, as limitações sensoriais, cognitivas e motoras que estas crianças apresentam, comprometem largamente essa prevenção e deteção.

Em síntese, este estudo visa compreender até que ponto os profissionais da educação que trabalham diretamente com crianças com multideficiência, estão sensibilizados para o fenómeno dos maus tratos, conhecem os sinais de alerta e sabem como atuar em situações de risco.

1.2. Questões e objetivos que orientam o estudo

Tomando como ponto de partida as ideias apresentadas no ponto anterior, o presente estudo desenvolve-se em torno da seguinte pergunta de partida:

- Em que medida os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, tem constituído objeto de atenção por parte dos profissionais que trabalham em contexto escolar (professores de Educação Especial, técnicos de saúde e assistentes operacionais)?

Com vista a facilitar a compreensão deste problema, formulámos um conjunto de questões subsidiárias da questão central:

- Quais as perceções que os profissionais (professores de Educação Especial, técnicos de saúde e assistentes operacionais) têm relativamente ao fenómeno dos maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?
- Qual o conhecimento que os profissionais têm sobre sinais de alerta de maus tratos e crianças/jovens com multideficiência?
- Como atuam os profissionais perante a deteção de uma situação de maus tratos, a uma criança/jovem com multideficiência?
- Qual o conhecimento que os profissionais têm sobre legislação e sobre procedimentos legais após denúncia de maus tratos?

Para a concretização destas questões, definimos como objetivo geral:

- Compreender em que medida os maus tratos a crianças/jovens com multideficiência, tem constituído objeto de atenção por parte de profissionais que trabalham com estas crianças em contexto escolar (professores de Educação Especial, técnicos de saúde e assistentes operacionais).

E como objetivos específicos:

- Identificar percepções que os profissionais têm sobre os maus tratos a crianças/jovens com multideficiência;
- Contribuir para aumentar o conhecimento dos profissionais que trabalham com crianças/jovens com multideficiência sobre sinais de alerta relativamente a situações de maus tratos a essas crianças/jovens;
- Compreender modos de atuação de profissionais que trabalham com crianças/jovens com multideficiência perante uma situação de maus tratos identificada;
- Identificar os conhecimentos que os profissionais têm sobre legislação e procedimentos após uma denúncia de maus tratos.

I.3. Paradigma de investigação de base ao estudo

Tendo subjacente a problemática de base ao estudo e a questão e objetivos que o orientam, consideramos ser o paradigma de investigação qualitativo o que melhor se adequa às características da pesquisa. De acordo com Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa pretende compreender o comportamento e as experiências do indivíduo, ou seja, tenta “compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem significados e descrever em que consistem esses mesmos significados” (p.70). Da mesma forma, neste estudo pretendemos conhecer de que modo é que os profissionais que trabalham com crianças/jovens com multideficiência percebem o fenómeno dos maus tratos, e como agem perante a deteção de uma situação.

Ainda de acordo com Bogdan e Biklen (1994), as abstrações vão surgindo, à medida que se associam os dados individuais que se foram recolhendo; não sendo por isso objetivo da investigação qualitativa a recolha de dados ou provas com vista a confirmar ou infirmar hipóteses anteriormente elaboradas. Também esta característica do paradigma qualitativo se enquadra nesta investigação, uma vez que pretendemos compreender o ponto de vista dos participantes no estudo face ao fenómeno dos maus tratos a crianças/jovens com multideficiência. Dito de outro modo, pretendemos construir conhecimento sobre o fenómeno em estudo, a partir do estudo aprofundado de uma situação específica.

Apoiando-se em Geertz (1973), Bogdan e Biklen (1994) referem que os investigadores qualitativos “tentam penetrar no mundo concetual dos sujeitos, com o objetivo de compreender como e qual o significado que constroem para os acontecimentos das suas vidas” (p.54). Do mesmo modo, a forma como os profissionais percebem os maus tratos e o significado que lhe atribuem, são objeto de estudo desta investigação, o que converge com as características do paradigma qualitativo.

Assim, é objetivo último da investigação qualitativa produzir conhecimento aprofundado sobre determinado contexto. Pretende-se desta forma gerar teoria, descrever ou compreender um determinado fenómeno (Bogdan e Biklen, 1994).

I.4. Técnicas de recolha e de tratamento de informação

De acordo com as características do paradigma qualitativo de investigação em que se situa o estudo e após alguma pesquisa sobre técnicas de recolha de informação, o inquérito por questionário, com perguntas abertas e fechadas, revelou ser aquele que melhor se ajustou aos objetivos da pesquisa. Esta opção é sustentada por Quivy e Campenhoudt (2008), que consideram que o inquérito por questionário,

“Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos (...) uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores” (p.188).

Os inquéritos por questionário foram assim aplicados aos profissionais que trabalham nas Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira (UAEEAMS) e recorremos à administração direta, pese embora, este processo esteja sujeito à má interpretação das perguntas e ao fraco número de respostas obtidas (Quivy e Campenhoudt, 2008). No entanto, apesar destas limitações, esta constituiu a forma mais adequada devido ao elevado número de participantes contemplado nesta investigação.

Com vista a suprimir algumas das limitações desta técnica de recolha de dados, nomeadamente a superficialidade das respostas que não permitem a análise de determinados processos e a obtenção de resultados meramente descritivos, vazios de elementos de compreensão penetrantes (Quivy e Campenhoudt, 2008), optamos por um inquérito de perguntas fechadas e abertas. As perguntas fechadas dão ao inquirido um conjunto de respostas alternativas entre as quais o mesmo tem que escolher, a que melhor se adequa a si (Hill e Hill, 2008). Este tipo de perguntas tem a vantagem de permitir uma análise mais fácil das respostas, no entanto, por vezes a informação obtida é pouco “rica” (Hill e Hill, 2008). As perguntas abertas implicam que o respondente construa a resposta pelas suas próprias palavras (Hill e Hill, 2008). Como sustentam Quivy e Campenhoudt (2008),

“Trata-se de levar a pessoa interrogada a exprimir-se de forma livre acerca dos temas sugeridos (...) para deixar o campo aberto a respostas diferentes daquelas que o investigador teria podido explicitamente prever no seu trabalho de construção” (p. 183).

Assim, estas perguntas podem-nos facultar informação mais “rica”, mais detalhada e por vezes inesperada, no entanto, apresentam também algumas desvantagens, nomeadamente, ser necessário, por vezes, interpretar as respostas ou a sua codificação exigir muito tempo (Hill e Hill, 2008).

A opção por este tipo de inquérito permite, assim, recolher dados de cariz quantitativo e qualitativo.

Relativamente ao tratamento e análise da informação, Bogdan e Biklen (1994) afirmam que este processo,

“envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros” (p.205).

Assim, tomando como linha de partida os objetivos definidos para este estudo, optamos pela utilização de duas técnicas: a análise estatística e a análise de conteúdo.

A análise estatística foi utilizada para as perguntas fechadas. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008) “a análise estatística impõe-se em todos os casos em que estes últimos são recolhidos por meio de um inquérito por questionário” (p.224). Este processo de tratamento de informação permite assim apresentar os mesmos dados de variadas formas incrementando a qualidade das interpretações. Por conseguinte, a estatística descritiva e a expressão gráfica dos dados constituem-se como métodos que vão muito mais além da simples exposição de resultados (Quivy e Campenhoudt, 2008). Ainda de acordo com Quivy e Campenhoudt (2008),

“quando os dados a analisar foram especialmente recolhidos para responder às necessidades da investigação graças a um inquérito por questionário, (...), as análises são geralmente mais aprofundadas, visto que os dados são, em princípio, mais completos.” (p. 223).

O tratamento estatístico utilizado na investigação fez-se através de uma análise descritiva dos dados. Contudo, como qualquer outra técnica, a análise estatística apresenta também algumas limitações, merecendo especial ênfase o facto de haver aspetos que o investigador pretende compreender, mas que não são por si só factos mensuráveis e por isso não são passíveis de ser analisados através deste método (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Como referimos, para colmatar esta lacuna, o inquérito por questionário conteve igualmente perguntas abertas, que foram tratadas a partir da análise de conteúdo. Este método, segundo Quivy e Champenhoudt (2008) “... oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade...” (p. 227). Na opinião de Bardin (1979) a análise de conteúdo “Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e aplicado a um

campo de aplicação muito vasto: as comunicações” (p.33). A autora acrescenta ainda que “pertencem, pois, ao domínio da análise de conteúdo todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais mas complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo” (p.44). Face às características supracitadas, foi nosso intuito, analisar com detalhe as respostas dadas pelos diferentes profissionais, de forma a tentar perceber o verdadeiro sentido da mensagem por eles transmitida.

Este método contempla três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e sua interpretação (Bardin, 1979). De acordo com a autora, a pré-análise “corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (p.121). Nesta etapa deve proceder-se a uma leitura “flutuante” dos documentos, para se construírem as primeiras ideias sobre o que consta no documento; bem como à definição das categorias e dos indicadores (Bardin, 1979). A exploração do material consiste na aplicação das decisões tomadas na etapa anterior, ou seja, aqui procede-se a operações de categorização (agrupar os elementos em categorias) e de codificação (Bardin, 1979). A mesma autora, sustenta que a codificação consiste na “transformação (...) dos dados em bruto no texto (...) que permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (p.129). Este processo tem ligado a si a definição das unidades de registo (segmento de conteúdo, com significado que se vai codificar) e de contexto (segmento da mensagem que permite enquadrar e compreender a unidade de registo) (Bardin,1979). A última etapa, o tratamento dos resultados, visa, a partir dos dados obtidos, inferir sobre os mesmos e interpretá-los, com o intuito de dar orientações para uma nova análise ou recorrer aos mesmos com fins teóricos ou pragmáticos (Bardin, 1979).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO II – A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS

Notas introdutórias

Os conceitos de violência, maus tratos, abuso e negligência são conceitos comumente utilizados de forma um pouco indiscriminada na literatura sendo-lhe atribuídos significados análogos. Por isso, no âmbito da problemática em estudo, tornou-se essencial proceder a uma clarificação destes conceitos e identificar relações que entre eles podem ser estabelecidas. Pretendemos, com a clarificação destes conceitos, evitar erros ou sobreposições conceituais que dificultem a compreensão da problemática em estudo.

Pretendemos também aqui compreender a extensão da problemática dos maus tratos a nível internacional e nacional e, posteriormente, analisar alguns estudos realizados no âmbito dos maus tratos da criança com deficiência, tema central deste trabalho.

II.1. Violência, maus tratos, abuso e negligência: Que conceitos? Que relações?

De modo geral, quando a comunidade científica e os profissionais se referem a comportamentos sociais relacionados com maus tratos, violência, abuso e negligência na infância utilizam estes diferentes termos de forma um pouco indistinta, recorrendo ora a uns, ora a outros. Todavia, estes conceitos nem sempre coincidem entre si e nem mesmo com a nomenclatura jurídica dos crimes perpetrados neste âmbito. (Magalhães, 2010b)

Na verdade, após alguma pesquisa bibliográfica, constatamos que a grande maioria dos estudos sobre esta problemática, começam por referir que a definição destes conceitos é, por si só, uma tarefa complexa, envolta numa profunda controvérsia.

Em 1989, a *Convenção Sobre os Direitos das Crianças* define, no artigo 19º, o conceito de violência como “... todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada.”

Mais tarde, em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define, no *World Report on Violence and Health* (OMS, 2002), o conceito de violência como “o uso intencional da força física ou poder, potencial ou real, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico mau desenvolvimento ou privação”⁷ (p.5). Esta definição exclui a violência

⁷ Tradução realizada pela autora.

não intencional, usada para designar acidentes. A inclusão da palavra "poder" na definição, tem como objetivo ampliar a natureza do ato violento e expandir a convencional compreensão da violência. Desta forma, o conceito de violência passa a incluir os atos que resultam de uma relação de poder, nomeadamente ameaças e intimidação, bem como a negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais óbvios de comissão. Assim, a expressão "o uso da força física ou de poder" pretende englobar a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e emocional, bem como o suicídio e outros atos autoinfligidos (OMS, 2002).

Ainda relativamente ao conceito de violência, a OMS (2002), no *World Report on Violence and Health* caracteriza três tipos de violência, de acordo com o contexto em que acontece:

- *violência autoinfligida*: "violência infligida a si mesmo/a. (...) Esta subdivide-se em suicídio e auto-abuso"⁸ (p.6);
- *violência interpessoal*: Em relação a este tipo de violência, o documento que analisamos refere o seguinte:

"violência infligida por outra pessoa ou por um pequeno grupo de indivíduos. (...) Está dividida em duas subcategorias: a violência familiar/por parceiro íntimo (violência principalmente entre membros da família e parceiros íntimos, geralmente, embora não exclusivamente, a ter lugar em casa) e violência na comunidade (entre indivíduos que não estão relacionados, e que podem ou não conhecer-se uns aos outros, geralmente levando lugar fora de casa). A primeira inclui o abuso infantil, a violência por parceiro íntimo e abuso de idosos. A segunda engloba a violência juvenil, atos de violência, violação e abuso sexual por estranhos e violência em contextos institucionais como escolas, locais de trabalho, prisões e lares de idosos." ⁹(p.6);

- *violência coletiva*: "violência infligida por grupos maiores, como grupos políticos organizados, grupos de milícias e organizações terroristas (...). Esta subdivide-se em violência social, política e económica"¹⁰ (p.6).

Transversal a estas categorias é a natureza destes atos violentos. Assim, a OMS defende ainda que os atos violentos podem ser de natureza física, sexual, psicológica ou de negligência (OMS, 2002).

Um outro ponto de vista é defendido por Magalhães (2010b) que define violência interpessoal como sendo:

"...um comportamento voluntário, directo ou indirecto, que surge num contexto de interacção ou relação entre duas (ou mais) partes envolvidas, em situação de desigualdade e poder, e que se caracteriza pelo uso da força, coacção ou intimidação, de carácter individual ou colectivo, comportando vários graus de gravidade e atingindo a

⁸ Tradução realizada pela autora.

⁹ Tradução realizada pela autora.

¹⁰ Tradução realizada pela autora.

vítima nas suas necessidades, integridade física e moral, nos seus bens e/ou nas suas participações simbólicas e culturais, causando prejuízo, dano e sofrimento” (p.12).

Dentro desta linha de pensamento, a autora divide a violência interpessoal em dois tipos:

“a individual, que pode ser mortal (e.g., homicídio), corporal (e.g., ofensa à integridade física) e sexual (e.g., abuso ou violação); a colectiva, que se subdivide em violência dos grupos organizados contra o poder vigente (e.g., terrorismo), violência do poder contra os cidadãos (e.g., terrorismo de Estado, violência institucional) e a violência paroxística (e.g., guerra)” (pp.12-13).

A violência física, psicológica/emocional e sexual são as formas mais frequentes de manifestação da violência (Magalhães, 2010b).

Assim, ao compararmos as definições e a divisão do conceito de violência da OMS (2002) e de Magalhães (2010b) podemos constatar que a divergência se deve à junção ou não dos conceitos de violência interpessoal e violência coletiva. Enquanto que, no ponto de vista da OMS os conceitos surgem separadamente, para Magalhães a violência interpessoal abarca o conceito de violência coletiva, originando uma definição mais abrangente.

Um outro conceito apresentado por Magalhães (2010b) é violência doméstica. Como refere,

“constitui violência doméstica qualquer forma de comportamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência por parte da vítima (física, emocional e/ou psicológica), e de confiança e poder (arbitrariamente exercido) por parte do abusador que, habitando, ou não, no mesmo agregado familiar, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, filho/a, pai, mãe, avô, avó ou outro familiar.” (p.23).

Este conceito de violência doméstica vai, de alguma forma, de encontro ao conceito de violência familiar/por parceiro íntimo, incluído no conceito de violência interpessoal apresentado pela OMS (2002).

Focando-nos agora nos conceitos de abuso e de maus tratos, nomeadamente na infância, tal como o conceito de violência, são conceitos também envoltos numa certa controvérsia, no que diz respeito à sua definição.

No que respeita ao conceito de abuso, o *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention* (OMS, 1999), apresenta um conceito polissémico que o associa a diferentes sentidos. Como nesse relatório é enunciado:

“O abuso ou os maus tratos à criança constitui todas as formas de abusos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente ou exploração comercial ou outra, que resulte em danos potenciais ou reais para a saúde, sobrevivência,

desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, verdade ou poder”¹¹ (p.15).

Face a esta definição, podemos constatar que a OMS utiliza os conceitos de maus tratos e abuso como sinónimos. Em simultâneo, define os conceitos de abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente e exploração comercial (OMS, 1999).

Em 2006 a OMS, em colaboração com a *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN), elabora o documento *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*¹² (OMS e ISPCAN, 2006). Este documento apresenta uma definição de maus tratos, que remete para a definição elaborada em 1999:

“maus tratos à criança constitui todas as formas de abusos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente ou exploração comercial ou outra, que resulte em danos potenciais ou reais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, verdade ou poder”¹³ (p.9).

Podemos aqui verificar que o conceito de abuso, incluído na definição de 1999 (“O abuso ou os maus tratos à criança...”), desaparece, permanecendo apenas a ideia de maus tratos. Também neste documento, tal como no Relatório de 1999, são distinguidos os seguintes tipos de maus tratos a crianças: *abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência e exploração comercial* (OMS e ISPCAN, 2006). Os maus tratos às crianças estão ligados a outras formas de violência (incluindo violência na intimidade, violência na comunidade envolvendo jovens e suicídio) através da partilha de fatores de risco subjacentes (OMS e ISPCAN, 2006). Desta forma, e segundo a OMS e a ISPCAN (2006) “... é importante ver os maus tratos à criança dentro de uma categorização mais ampla de violência.”¹⁴(p.8).

Já a Direção Geral da Saúde (DGS) no documento *Maus tratos em crianças e jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção* (DGS, 2011), define os maus tratos a crianças e jovens como “qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (p.7). Ainda na ótica da DGS, os maus tratos podem ocorrer sob diversas formas nomeadamente, negligência (inclui abandono e mendicidade), abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e Síndrome de Munchausen por Procuração. (DGS, 2011).

Confrontando as definições da OMS e ISPCAN e a da DGS, verificamos que se assemelham, contudo no que diz respeito aos tipos de maus tratos, a DGS acrescenta a

¹¹ Tradução realizada pela autora.

¹² Doravante este documento será referenciado como: (OMS e ISPCAN, 2006).

¹³ Tradução realizada pela autora.

¹⁴ Tradução realizada pela autora.

Síndrome de Munchausen por Procuração. De acordo com documento supracitado, a DGS (2011) define a Síndrome de Munchausen por Procuração como:

“... a atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes” (p.10).

Esta Síndrome apresenta-se como uma forma rara de maus tratos, difícil de diagnosticar uma vez que os sintomas, os sinais e a forma de maus tratos são inaparentes ou foram provocados dissimuladamente (DGS, 2011).

Uma posição diferente é assumida por Magalhães (2010b), que diferencia meticulosamente os conceitos de maus tratos e de abuso. Tendo em conta as teses defendidas pela autora, os maus tratos correspondem a qualquer forma de comportamento físico e/ou emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência por parte da vítima (física, emocional e/ou psicológica), e de confiança e poder (arbitrariamente exercido) por parte do abusador que se relaciona com a vítima pela via institucional ou por uma relação de cuidado (que não familiar) (Magalhães, 2010b).

Por outro lado, na esteira da mesma autora, o conceito de abuso é mais alargado (incluindo os conceitos de violência doméstica e maus tratos) e “...define qualquer comportamento seguido por uma pessoa para dominar e controlar outra, num contexto de uma relação especial.” (p.25) Ainda de acordo com Magalhães (2010b) os abusos,

“... diferem das ‘vulgares’ agressões, sobretudo no que respeita à particular relação de proximidade e confiança (familiar ou não) que existe entre a vítima e o abusador, relação essa que se caracteriza pela situação de dependência (a nível económico e/ou físico), particular vulnerabilidade e submissão da vítima perante o abusador, o qual se apresenta com poder (ainda que arbitrariamente assumido) e, em certos casos, com responsabilidade sobre a vítima” (pp. 25-26).

Analisando agora as diversas definições de abuso e de maus tratos supracitadas, podemos verificar que, com exceção de Magalhães (2010b), o conceito de abuso se refere a algumas das diferentes formas de maus tratos, como por exemplo, o abuso físico, o abuso sexual e o abuso emocional. Ou seja, podemos considerar que o abuso se integra nos maus tratos, sendo este último um conceito mais abrangente. Esta relação diverge da relação que Magalhães (2010b) estabelece entre maus tratos e abuso, uma vez que de acordo com o seu ponto de vista, abuso é um conceito mais abrangente, que engloba o conceito de maus tratos.

Um outro conceito que por vezes levanta alguma controvérsia é o conceito de negligência.

De acordo com a OMS e ISPCAN (2006) a negligência,

“...inclui tanto os incidentes isolados como um padrão constante de falha ao longo do tempo, por parte de um dos pais ou outro membro da família, em proporcionar para o desenvolvimento e bem estar da criança – onde os pais estão em posição de o fazer – uma ou mais das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição e abrigo e condições de vida seguras.”¹⁵ (p.10).

Dentro da mesma linha de pensamento, a DGS (2011) entende por negligência:

“... a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma *activa*, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou de forma *passiva*, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades” (p.7).

Por seu lado, Magalhães (2010b) refere que negligência consiste num

“Comportamento regular de omissão, relativamente aos cuidados a ter com uma pessoa dependente, não lhe proporcionando a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança, cuidados médicos, afeto e educação (no caso da criança), do qual resulta um dano na sua saúde e/ou desenvolvimento físico, mental, emocional, moral ou social (também no caso da criança)” (p.9).

Todavia, a autora considera que este conceito não se inclui, regra geral, no grupo do abuso, por ser uma situação particular, que é importante contextualizar, na medida em que nem todas as situações de negligência são intencionais (Magalhães, 2010b).

Assim, apesar de as definições serem semelhantes entre si, é diferente a relação que entre elas é estabelecida nos documentos analisados e na visão da autora que convocamos. Enquanto que, de acordo com a DGS e a OMS e ISPCAN a negligência, tal como o abuso, é considerada uma forma de maus tratos, para Magalhães (2010b), o mesmo conceito não pode ser incluído no abuso nem nos maus tratos.

Após esta clarificação dos conceitos de violência, maus tratos, abuso e negligência, e uma vez que é essencial a utilização de uma nomenclatura clara ao longo deste trabalho, optamos pelo uso dos conceitos definidos pela OMS e ISPCAN, nomeadamente maus tratos, como conceito geral, e abuso físico, abuso emocional, abuso sexual e negligência, como tipos de maus tratos¹⁶. Escolhemos esta nomenclatura, uma vez que a OMS é uma Organização internacional que tem vindo a ter um papel fundamental neste domínio, nomeadamente ao nível da uniformização destes conceitos, contribuindo, assim, para uma linguagem comum que possa ser utilizada com o mesmo sentido por todos os profissionais que, de algum modo, estão ligados a esta problemática.

¹⁵ Tradução realizada pela autora.

¹⁶ Apesar do conceito de “maus tratos” incluir o abuso físico, o abuso emocional, o abuso sexual, a negligência e a exploração comercial, nesta investigação focar-nos-emos unicamente no abuso físico, no abuso emocional, no abuso sexual e na negligência, como formas de maus tratos.

II.2. A extensão do problema dos maus tratos

De acordo com dados da OMS e ISPCAN, estima-se que no ano de 2002 ocorreram em todo o mundo 31000 mortes de crianças com menos de 15 anos devido a homicídio, fenómeno que é associado aos maus tratos a que as crianças estão sujeitas e que apresenta um desfecho fatal. Contudo, supõe-se que este número possa estar subestimado, uma vez que muitas mortes devido a maus tratos podem não ter sido identificadas, mesmo em países desenvolvidos (OMS e ISPCAN, 2006).

Estimativas globais mostram ainda que crianças entre os 0 e os 4 anos apresentam maior risco de homicídio (mais do dobro) do que crianças com faixa etária compreendida entre 5 e 14 anos. Este fenómeno deve-se ao facto das crianças mais novas serem mais dependentes, mais vulneráveis e terem menor visibilidade social (OMS e ISPCAN, 2006).

Ainda segundo a mesma fonte, o risco de maus tratos fatais é duas a três vezes mais elevado em países de baixo e médio desenvolvimento do que em países desenvolvidos. Este risco é também superior em países onde se verificam maiores desigualdades económicas, comparativamente aos que apresentam uma distribuição mais equitativa (OMS e ISPCAN, 2006).

A causa de morte mais comum é o traumatismo craniano, seguido de lesões abdominais e de sufocamento intencional. Apesar de não ser possível conhecer a proporção de homicídios infantis cometidos por pais e por outros familiares, estudos realizados em países desenvolvidos mostram que a maioria dos homicídios é cometida por membros da família, em crianças entre os 0 e os 14 anos (OMS e ISPCAN, 2006).

Sabemos também que os maus tratos fatais representam apenas uma pequena fatia do problema de maus tratos infantis. Todos os anos, milhões de crianças são vítimas de maus tratos não fatais. A OMS e ISPCAN (2006) referem ainda que “Alguns estudos internacionais mostram que, dependendo do país, entre um quarto e metade das crianças revelam terem sido vítimas de abusos físicos severos e frequentes (...) por parte dos pais.”¹⁷ (p.11). Muitas vezes o abuso físico de crianças é praticado como forma de punição e bem aceite pelos pais, sendo encarado pelas normas sociais e muitas vezes pela própria lei, como uma forma correta de impor disciplina (OMS e ISPCAN, 2006).

Ainda de acordo com informações da OMS e ISPCAN (2006), estudos realizados em todo o mundo revelam que aproximadamente 20% das mulheres e 5%-10% dos homens referem ter sido abusados sexualmente em criança. De forma geral, o risco de abuso sexual é mais elevado no género feminino e o risco de abuso físico é superior no género masculino. Em algumas regiões as raparigas apresentam maior risco de morte decorrente de abusos,

¹⁷ Tradução realizada pela autora.

devido à desigualdade de género e à discriminação. O infanticídio feminino e a negligência resultante do género, são práticas abusivas encontradas em algumas destas regiões.

O abuso emocional, assim como a negligência de que muitas crianças são vítimas são um fenómeno mundial com extensão ainda desconhecida. Em alguns países, a negligência constitui a maior proporção de situações de maus tratos, reportados pelas crianças (OMS e ISPCAN, 2006).

II.3. Um olhar focado na realidade portuguesa

No que diz respeito a Portugal, em 1985 o Centro de Estudos Judiciários apresentou o 1º estudo epidemiológico cujas estimativas apontavam para cerca de 30000 novos casos de maus tratos por ano, dos quais 23000 eram vítimas de negligência, 6000 vítimas de abuso físico e 1000 de abuso sexual (Ribeiro e Magalhães, 2010, apoiando-se em Amaro, 1986).

O departamento de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca realizou também um estudo, entre 2000 e 2005, analisando as fichas de maus tratos das crianças observadas na urgência pediátrica com o objetivo de caracterizar essa realidade. Os dados recolhidos demonstraram que o abuso físico foi o mais frequente (60,3%), seguido do abuso sexual (30,3%), do abuso emocional com agressão física (14,4%) e da ausência de cuidados básicos (9,6%) (Vasconcelos *et al*, 2011). Relativamente aos dois tipos de maus tratos mais frequentes, constatou-se que em relação ao abuso físico, a distribuição entre géneros foi semelhante e que a faixa etária entre os 10-14 anos se apresentou como a mais vulnerável (40%). Quanto ao abuso sexual, o género feminino foi o mais afetado (86%), e as faixas etárias entre os 3-4 anos e os 11-14 anos as mais vulneráveis, verificando-se uma distribuição bimodal (Vasconcelos *et al*, 2011).

O estudo realizado por Figueiredo *et al* (2004, citado por Moreira, 2007) revelou que Portugal tem taxas de abuso físico e sexual mais baixas do que em outros países. Todavia, embora Moreira (2007) considere que estes estudos sejam muito importantes, o autor alerta para o facto de as taxas de prevalência de maus tratos no país serem muito superiores às sugeridas pelos estudos. Sustenta, por isso, que “esta discordância entre práticas maltratantes da sociedade portuguesa e o resultado dos estudos pode dever-se quer a dificuldades metodológicas dos estudos para captarem a real dimensão do problema, quer a questões como a desejabilidade social” (p.15). Segundo o autor, o tema dos maus tratos a crianças sempre foi negligenciado em Portugal por diversos motivos, nomeadamente por razões de ordem cultural, geracional e pela falta de disponibilidade da sociedade e da comunidade científica nacional para tratar esta questão. Na sua opinião,

“Pelo lado da sociedade, os maus tratos eram considerados como práticas educativas “normais” e instituídas. Pelo lado da comunidade científica, para além da falta de

recursos financeiros e humanos, as prioridades foram sendo de acordo com critérios de criação e desenvolvimento das instituições democráticas” (p. 14).

Ainda na mesma linha de pensamento Moreira (2007) defende que,

“Apesar de ter havido um grande esforço no desenvolvimento de legislação para o combate aos maus tratos (...), as taxas de prevalência dos maus tratos no país são ainda muito elevadas, mas continuam a ser pouco denunciados devido precisamente à questão cultural...” (p.15).

Também para Ribeiro e Magalhães (2010) os dados existentes sobre esta realidade são apenas estimativas, e por defeito.

II.4. O caso dos maus tratos a crianças e jovens com deficiência

Focando-nos agora na problemática central deste trabalho - os maus tratos às crianças com deficiência -, importa convocar estudos já realizados, que permitam compreender o *estado da arte* a este nível. De acordo com Hershkowitz, Horowitz e Lamb (2007) “... as crianças com deficiência são mais suscetíveis de serem vítimas de maus tratos, e têm mais dificuldade que os seus pares com desenvolvimento normal, em denunciar as suas experiências”¹⁸ (p.629). Os mesmos autores realizaram um estudo, no qual analisaram as características dos maus tratos relatados por crianças com deficiência, com base em declarações forenses feitas por 40430 crianças, alegadamente vítimas de maus tratos (Hershkowitz, Horowitz e Lamb, 2007). Agruparam-se estas crianças em 3 grupos: 1) crianças com deficiência ligeira (11%); 2) crianças com deficiência severa (1,2%) e 3) crianças sem deficiência (Hershkowitz, Horowitz e Lamb, 2007). Os resultados demonstraram que, em proporção, as crianças que apresentavam deficiência, comparativamente às crianças sem deficiência, foram alegadamente mais vítimas de abuso sexual do que de abuso físico (Hershkowitz, Horowitz e Lamb, 2007). Verificou-se também que as crianças com deficiência, mais frequentemente, não revelavam o abuso ou faziam-no mais tardiamente, relativamente às crianças sem deficiência (Hershkowitz, Horowitz e Lamb, 2007). As crianças com deficiência apresentavam também mais probabilidade, do que as sem deficiência, de serem abusadas pelos pais e de sofrerem abusos físicos resultando em lesões corporais ou ofensas sexuais sérias, incluindo penetração, abuso repetido, uso da força e ameaças (Hershkowitz, Horowitz e Lamb, 2007). O risco de abuso sexual aumentou com o aumento da gravidade da deficiência (Hershkowitz, Horowitz e Lamb, 2007).

Também uma revisão da literatura elaborada por Fisher (2009), refere um estudo de Sullivan e Knutson (2000) que constatou que, em comparação com crianças sem deficiência, crianças com deficiência eram maltratadas em taxas mais elevadas (31% vs

¹⁸ Tradução realizada pela autora.

9%), experienciavam mais frequentemente várias formas de maus tratos (63% vs 54,9%) e sofriam mais vezes episódios recorrentes, em vez que episódios únicos de maus tratos (71% vs 29%) (Fisher, 2009).

Também Govindshenoy e Spencer (2006), realizaram uma revisão sistemática da literatura neste domínio. Através dessas análises, Govindshenoy e Spencer (2006) concluíram que “crianças com algumas deficiências têm um risco aumentado de sofrer abuso e/ou negligência”¹⁹ (p.556).

Contudo, e apesar de estes serem os resultados obtidos nesta revisão, os autores alertam para o facto de que,

“O pequeno número de estudos de base populacional identificado por esta revisão revela uma base de evidências relativamente pobre para a visão comum de que crianças com deficiência são mais vulneráveis aos maus tratos infantis”²⁰ (p.557).

Os estudos analisados por estes autores revelaram ainda que crianças com problemas psicológicos e emocionais, nomeadamente perturbações de conduta, e dificuldades de aprendizagem parecem ser mais suscetíveis (Govindshenoy e Spencer, 2006). Todavia, esta associação entre maus tratos e problemas emocionais, pode acontecer, não pelo facto destes problemas serem um fator predisponente aos maus tratos, mas porque a parentalidade disfuncional e outros fatores familiares que contribuem para problemas psicológicos e emocionais, podem também culminar neste tipo de comportamentos (Govindshenoy e Spencer, 2006). Os autores concluíram, igualmente, que, de acordo com um estudo de Spencer *et al* (2005), crianças com paralisia cerebral parecem apresentar também um risco acrescido de sofrerem abuso físico e negligência, ainda que a associação com todas as formas de maus tratos não tenha apresentado significado estatístico, o que leva os autores a acautelarem a conclusão de que as crianças com deficiências físicas estão em maior risco de abuso e negligência (Govindshenoy e Spencer, 2006).

Da mesma forma, na revisão feita por Govindshenoy e Spencer, (2006) só foi identificado um estudo realizado por Spencer *et al* (2005), que tenta estabelecer uma relação entre autismo, perturbações sensoriais e maus tratos. Estes, concluíram que o autismo e as perturbações sensoriais não revelaram ser fatores predisponentes de maus tratos, contudo uma conclusão definitiva não pode ser feita com base em um único estudo (Govindshenoy e Spencer, 2006).

Comparando os resultados dos diferentes estudos, podemos constatar que enquanto Hershkowitz, Horowitz e Lamb (2007) e Fisher (2009, apoiando-se no estudo de Sullivan and Knutson, 2000) consideram que as crianças com deficiência apresentam maior risco de sofrer maus tratos; Govindshenoy e Spencer (2006) são mais cautelosos e argumentam que

¹⁹ Tradução realizada pela autora.

²⁰ Tradução realizada pela autora.

não podem fazer essa afirmação, uma vez que a revisão sistemática realizada por eles se apoia apenas num pequeno número de estudos populacionais.

Perante os dados supracitados, percebemos que o fenómeno dos maus tratos é um problema à escala mundial que merece toda a atenção por parte da sociedade em geral e, em particular, dos profissionais que lidam diariamente com esta situação. Relativamente aos maus tratos às crianças com deficiência, verificamos que não há um consenso no que diz respeito ao risco aumentado deste grupo em sofrer maus tratos. Contudo, até pelas próprias limitações físicas, cognitivas e sociais que apresentam e que dificultam muitas vezes a deteção de casos de maus tratos, todos temos consciência que se trata de uma população que merece uma atenção especial neste domínio.

CAPÍTULO III – DEFICIÊNCIA E EDUCAÇÃO ESPECIAL

Notas introdutórias

Apoiando-nos em autores de referência no campo da Educação Especial, neste capítulo apresentamos, num primeiro momento, um breve enquadramento concetual sobre a deficiência e sobre a Educação Especial. A seguir, focando-nos em documentos de referência internacional e nacional explicitamos a sua influência no modo de pensar a educação das crianças e jovens com deficiência. Por último, estabelecemos relações entre a evolução legislativa da Educação Especial e os conceitos de integração e inclusão e clarificamos o conceito de multideficiência.

III.1. Deficiência e Educação Especial: um olhar a partir de alguns documentos de referência internacional

O conceito de deficiência tem assumido significados diferentes ao longo dos tempos, sendo a forma como as pessoas com deficiência têm vindo a ser tratadas em cada época influenciada por fatores sociais, políticos económicos e culturais (Bairrão, 1998).

Para Carvalho (2007), a evolução concetual da deficiência pode dividir-se em três fases: uma primeira fase, designada de “inspiração mágico-religiosa” (p.75) e que se mantém até finais do século XVIII. Neste período, a pessoa com deficiência era vista como detentora de uma mensagem que podia ser interpretada como um castigo ou como forma de alcançar a salvação. Uma segunda fase, que perdura do século XIX até meados do século XX, na qual o tratamento e a recuperação da pessoa com deficiência já eram possíveis “mediante

intervenções setoriais especiais para ela, mas raramente com ela” (p.75). A terceira e última fase, com início em meados do século XX e que se estende até à atualidade, prevê uma “afirmativa (...) participação e plena cidadania da pessoa com deficiência, como sujeito de direitos e deveres” (p.75).

Paralelamente, foi-se verificando também uma mudança no modo como foi sendo perspectivada a educação das pessoas com deficiência. Jiménez (1997) identifica três épocas na história da Educação Especial (EE): a primeira, que se mantém até finais do século XVIII, é considerada a “pré-história da educação especial” (p.21). Com um caráter essencialmente asilar, ignorava e rejeitava o indivíduo com deficiência, sendo este internado em orfanatos, prisões, manicómios, juntamente com delinquentes, pobres, idosos, de forma indiscriminada. A segunda época, que perdura dos finais do século XVIII até meados do século XX, vista como a “era das instituições” (p.22), apresentava um forte cariz assistencial, revelando contudo já algumas preocupações educativas. Assim, é nesta altura que surge a Educação Especial, com a institucionalização das pessoas com deficiência. Contudo, mantinha-se a ideia de que era necessário proteger as pessoas normais das pessoas com deficiência, pelo que a educação destas últimas deveria ocorrer em ambientes segregados. A terceira fase, a partir de meados do século XX, assume uma “nova abordagem do conceito e da prática da educação especial” (p.22) e abre caminho a uma nova perspetiva que defende a integração e mais recentemente, sobretudo a partir da *Declaração de Salamanca* (1994), a inclusão das pessoas com deficiência.

Com efeito, a evolução histórica e concetual da deficiência e da EE tem-se apoiado em leis, conferências e declarações mundiais que mudaram o rumo da educação das pessoas com deficiência, que se foi “deslocando” no sentido da inclusão (Baptista, 2011).

Tendo por base estas ideias, focar-nos-emos de seguida em alguns marcos históricos que desempenharam um papel fulcral nesta evolução, entre o século XX e a atualidade.

Assim, o primeiro grande avanço é impulsionado pela *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, adotada em 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas que, pela 1ª vez, em matéria de educação, proclama o direito de todos à educação: “Toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos a correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino elementar é obrigatório” (artigo 26º).

Esta declaração foi determinante na história da educação. Como sublinha Baptista (2011), trata-se de um documento que apresenta três ideias principais: 1) a dignidade humana e a vida em sociedade apoiam-se nos valores da liberdade, da justiça e da paz; 2) a aprendizagem destes valores deve acontecer na escola; 3) a escola é vista como o local privilegiado para a apropriação e transmissão da mensagem universal dos direitos humanos, pelo que deve ser obrigatória em qualquer parte do mundo, para todos os cidadãos.

Em 1975 é publicada nos Estados Unidos da América (EUA) a *Public Law 94-142 Education for All Handicapped Children Act*, que consagra a igualdade de direitos para todos os cidadãos, propondo o ensino universal e gratuito das crianças com deficiência com os seus pares, no ambiente menos restritivo possível (Carvalho, 2007). Esta lei vem assim pôr um fim aos paradigmas da segregação e da institucionalização, marcando a viragem para o paradigma da integração (Baptista, 2011). Na opinião do autor,

“A importância desta lei é enorme porque é a primeira vez que a Educação Especial é regulamentada de forma exaustiva, rompendo com preconceitos e tabus relativos às pessoas diferentes, depois pelo impacto que teve em todo o mundo e pelos reflexos que produziu de imediato, sobretudo no mundo ocidental”(p.51).

Em 1978, em consonância com o que vinha acontecendo nos EUA, e complementando o enunciado na *Public Law 94-142 Education for All Handicapped Children Act* (1975) é publicado, no Reino Unido, o *Warnock Report*, que introduz o conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE). Trata-se de um relatório que tem um impacto decisivo na EE (Bairrão, 1998). Também Carvalho (2007) reconhece essa importância, considerando que o *Warnock Report* apresenta duas recomendações chave. Uma, prende-se com a introdução da noção de NEE, que põe de parte a categorização das deficiências dos alunos. A segunda, diz respeito ao alargamento do espetro das NEE, que passam a abranger também os alunos com dificuldades de aprendizagem. Na esteira deste autor,

“... a situação de deficiência é agora concebida como um contínuo de necessidades, não como um conjunto de complexos diagnósticos do foro médico e psicológico, com as consequentes categorizações daí resultantes, e a educação especial entendida como o conjunto de processos utilizados para dar respostas a essas mesmas necessidades” (p.160).

Já em 1990, é aprovada a *Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das necessidades básicas de aprendizagem*, durante a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, que decorreu em Jomtien, na Tailândia. Trata-se de mais um marco importante na consolidação do princípio de Educação para Todos. Como salienta Batista (2011) embora “A palavra inclusão não apareça no texto da Declaração sobre Educação para Todos. (...) Em termos globais, todos estão dentro por direito próprio, ninguém é excluído, logo, todos estão naturalmente incluídos.” (p.63).

No entanto, é em 1994, em Salamanca, durante a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, que é aprovada a *Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Práticas na área das Necessidades Educativas Especiais*, documento fulcral na evolução e implementação dos princípios e políticas nesta área. A *Declaração de Salamanca* propõe um novo entendimento da escola regular no que diz respeito à educação dos alunos com NEE. Preconiza, assim, uma conceção de escola inclusiva justificando que,

"as escolas regulares, seguindo (uma) orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência, numa óptima relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo"(p.ix).

Concomitantemente, incentiva-se a participação dos pais, comunidades e organizações ligadas à deficiência nas tomadas de decisão na área das NEE e estimula-se o investimento na intervenção precoce e nos aspetos vocacionais da educação inclusiva. Também se apela à organização de programas de formação dos professores que contemplem respostas às NEE (Baptista, 2011).

III.2. O percurso da Educação Especial em Portugal

A Educação Especial (EE) em Portugal tem vindo a desenhar um percurso semelhante aos restantes países ocidentais, todavia, numa fase inicial, com um desfase temporal marcante (Rodrigues, 2007). Em 1984, peritos da Organização Comunitária de Desenvolvimento Económico (OCDE) propuseram uma divisão histórica da organização de recursos para crianças e jovens com deficiência em Portugal, que contemplou três fases (Secretariado Nacional de Reabilitação, 1984). A primeira fase abrangeu a segunda metade do século XIX, período em que entidades privadas, com fundos próprios, criaram as primeiras instituições (asilos) para cegos e surdos, com objetivos essencialmente de cariz assistencial (Secretariado Nacional de Reabilitação, 1984). Nos anos 60 do século XX teve início a segunda fase, marcada pela criação de centros de EE e centros de observação e pelo início dos programas de formação especializada para professores, com o Ministério dos Assuntos Sociais a liderar todo este processo (Secretariado Nacional de Reabilitação, 1984). A terceira fase, teve início na década de 70, com a criação das Divisões de Ensino Especial dos Ensinos Básico e Secundário por parte do Ministério da Educação, que passa a assumir um papel preponderante nesta área. Inicia-se assim a *integração escolar*, que dará posteriormente lugar à *inclusão* (Bairrão, 1998). Como constata este autor, estas três fases descritas pela OCDE, vão de encontro ao que se passava na Europa Ocidental, passando da perspetiva assistencial para a educacional e da segregação à integração.

Apoiando-se nas políticas integrativas proclamadas em documentos internacionais como a *Public Law* (1975) e o *Warnock Report* (1978), anteriormente referidos, Portugal abre portas aos ideais da integração. Após as reformulações políticas e sociais decorrentes do 25 de Abril de 1974, são criadas, em 1975, por parte do Ministério da Educação, as primeiras Equipas de Ensino Especial (Rodrigues, 2007). Segundo o autor, as Equipas de Ensino Especial "... tinham como objectivo promover a integração familiar, social e escolar das

crianças e jovens portadores de deficiências sensoriais ou motoras, com capacidade para acompanhar os currículos escolares” (p.41). Contudo, como refere Correia (2008), apesar desta medida, um grupo significativo de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) não usufruíam dos serviços de apoio especializado. O mesmo autor salienta ainda que,

“A maioria das crianças e adolescentes com Necessidades Educativas Especiais significativas, em idade escolar, de cariz moderado ou severo, tinha como recurso educativo a classe especial, a escola especial ou a IPSS” (p.14).

Só mais tarde, é que as crianças com deficiências mentais integradas nas escolas de ensino regular, começaram a usufruir do apoio à integração por parte das equipas (Rodrigues, 2007). É ainda de referir que, apesar da sua importância, o reconhecimento legal das Equipas de Ensino Especial, só acontece em 1988, com a publicação do Despacho-Conjunto nº36/SEAM/SERE/88, que define também, pela primeira vez, as normas da Educação Especial (Rodrigues, 2007).

Em 1986 é publicada a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), lei nº46/86 de 14 de Outubro, que marca um ponto de viragem na conceção da educação integrada, definindo um enquadramento normativo e suporte legal à educação e à Educação Especial (EE) em particular (Carvalho, 2007). A LBSE proclama nos seus princípios gerais que “Todos os portugueses têm direito à educação e à cultura, nos termos da Constituição da República” (artigo 2º), atribuindo ao Estado a responsabilidade de “... promover a democratização do ensino, garantindo o direito a uma justa e efectiva igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolares” (artigo 2º). No que respeita às crianças com deficiência, são referidos, entre outros aspetos, como objetivos da EE, os seguintes: “ ...a recuperação e integração sócio-educativas dos indivíduos com necessidades educativas específicas devidas a deficiências físicas e mentais”(artigo 17º – nº1) bem como a integração de “...atividades dirigidas aos educandos e acções dirigidas às famílias, aos educadores e às comunidades” (artigo 17º – ponto nº2).

A integração das crianças/jovens com deficiência em estabelecimentos regulares de ensino, apresenta-se como a modalidade preferencial de educação. Todavia, é enunciado que, quando o tipo e grau de deficiência do aluno comprovadamente o exijam, a EE poderá também ter lugar em instituições específicas (artigo 18º – nºs 1 e 2). É ainda de ressaltar o ponto 4 do artigo 18º que determina que, de acordo com cada tipo e grau de deficiência, devem ser definidos currículos, programas específicos e formas de avaliação moldados às necessidades de cada aluno.

Posteriormente, em 1991 é publicado o Decreto-Lei 319/91 de 23 de Agosto, legislando de forma mais exaustiva e detalhada a EE (Correia, 2008). Este Decreto prevê: a introdução do conceito “Necessidades Educativas Especiais” com base em critérios pedagógicos,

eliminando a classificação categorial baseada em critérios médicos; a responsabilização da escola na procura de respostas educativas adequadas para os alunos com deficiência ou com dificuldades de aprendizagem e a sua abertura numa perspetiva de escola para todos; um maior envolvimento parental no processo educativo dos seus filhos; a definição de um conjunto de medidas diversificadas que devem ser aplicadas de acordo com as necessidades educativas específicas de cada aluno no meio menos restritivo possível (preâmbulo). O Decreto-Lei 319/91 preconiza também a individualização da intervenção educativa através do Plano Educativo Individual (PEI) (artigo 15º) e do Programa Educativo (artigo 16º), com vista a responder às necessidades educativas específicas de cada aluno. Neste Decreto-Lei transparecem influências do *Warnock Report* e da *Public-Law 94-142*, sendo visível o desfasamento temporal no que diz respeito à implementação das mesmas.

Já na viragem do milénio, no âmbito da reorganização curricular do ensino básico, é publicado o Decreto-Lei nº6/2001 de 18 de Janeiro, que define os princípios orientadores da organização e da gestão curricular do ensino básico e da avaliação das aprendizagens. No artigo 10º, respeitante à EE, é utilizado pela primeira vez o conceito de Necessidades Educativas Especiais de Carácter Prolongado (NEECP) referindo-se aos "... alunos que apresentem incapacidade ou incapacidades que se reflitam numa ou mais áreas de realização de aprendizagens, resultantes de deficiências de ordem sensorial, motora ou mental, de perturbações da fala e da linguagem, de perturbações graves da personalidade ou do comportamento ou graves problemas de saúde" (artigo 10º). Para Rodrigues (2007), a introdução deste novo conceito tem como objetivo a criação de dois subgrupos de alunos com NEE: um, denominado por "outras NEE" (p.45), que usufruirá de apoio dentro das estratégias educativas e recursos do ensino comum; e um outro, que abrangerá os casos mais complexos e que, por isso, beneficiará dos recursos de EE. Ainda na opinião do mesmo autor, esta divisão "... carece, no entanto, de clarificação quanto aos critérios de elegibilidade, o que (...) criou uma situação de indefinição e ambiguidade" (p. 45).

Em 2008 é publicado o Decreto-Lei 3/2008²¹ de 7 de Janeiro, que introduz alterações ao legislado no Decreto-Lei 319/91 sobre EE. Este decreto proclama "a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todos os alunos" (preâmbulo). Um outro ponto importante deste documento é referente à impossibilidade de se rejeitar a matrícula ou a inscrição de qualquer aluno baseando-se nas suas necessidades ou incapacidades, sendo que, os alunos com Necessidades Educativas Especiais de Carácter Prolongado (NEECP) gozam de prioridade na matrícula (artigo 2º).

²¹ Este diploma foi já sujeito a várias alterações, nomeadamente a lei nº 21/2008 de 12 de maio.

Na sequência daquele Decreto-Lei é criada uma rede de Escolas de Referência de Ensino Bilingue para Alunos Surdos e para a Educação de Alunos Cegos e com Baixa Visão e estabelece-se a possibilidade de os Agrupamentos de escolas desenvolverem respostas específicas diferenciadas através da criação de Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo e de Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira Congénita (artigo 4º). No que diz respeito à avaliação, o artigo 6º estabelece a elaboração de um relatório técnico-pedagógico por todos os elementos envolvidos no processo educativo, onde constam os resultados decorrentes da avaliação, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), e que servirão de base à elaboração do PEI. Este último, deverá ser o documento único onde se encontram devidamente definidas e fundamentadas as respostas educativas e respetivas formas de avaliação (artigo 8º) e onde se contemplam os indicadores de funcionalidade, bem como os fatores ambientais (uma outra inovação deste Decreto-Lei) que funcionam como facilitadores e barreiras à atividade e participação do aluno na vida escolar, obtidos por referência à CIF (artº 9º). Determina ainda a realização de um Plano Individual de Transição (PIT) que deve complementar o PEI, no caso de jovens cujas necessidades educativas os impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo comum, e que visa promover a transição para a vida pós-escolar (artigo 14º).

Face às ideias até agora expostas, podemos constatar que o percurso da legislação quer a nível internacional quer nacional, andou sempre a par da evolução concetual das NEE e da deficiência e concomitantemente acompanhou o movimento evolutivo do paradigma da integração para o paradigma da inclusão. A fim de compreendermos um pouco melhor esta mudança de paradigmas, o ponto seguinte é dedicado aos conceitos de integração e de inclusão.

III.3. Integração e inclusão: que sentidos?

A crescente consciencialização de que as pessoas com deficiência são cidadãos com pleno direito de participação em todos os setores da sociedade - com origem numa visão social e humanista, defensora da interação entre o indivíduo e o meio -, está na base dos movimentos contra a exclusão que surgiram na década de 70 (Rodrigues, 2007). Na opinião do autor, foram estes movimentos que impulsionaram a mudança do modelo da Escola Tradicional, do qual as pessoas com deficiência eram rotuladas e excluídas, para um modelo de Escola Integrativa no qual as crianças/jovens com deficiência eram reconhecidas como tendo, de pleno direito, um lugar na escola regular. Segundo Correia (2008), numa

fase inicial, verificou-se mais uma “integração física” através da constituição de classes especiais dentro da escola regular, onde os alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) beneficiavam de apoios específicos de acordo com as suas necessidades. Contrariamente ao professor do regular que quase não intervinha com estes alunos, o professor de Educação Especial (EE) assumia o papel principal em todo o processo educativo, constituindo, juntamente com os alunos com NEE, um sub-sistema (de Educação Especial) dentro do sistema de ensino regular. Numa fase posterior, designada de “integração social”, apesar de se continuar a verificar um ensino à parte nas áreas académicas, começaram a valorizar-se as interações entre os alunos com NEE e os seus pares, procurando assim que os primeiros comessem a frequentar, tanto áreas mais específicas, como a educação física e as expressões artísticas, como atividades mais sociais, tais como o recreio, as visitas escolares e a cantina. Foi esta integração de cariz social, na qual os alunos com NEE começaram a participar em algumas atividades da comunidade escolar, que abriu caminho à terceira fase da integração denominada por Correia (2008) por “integração académica”. Nesta nova etapa, os alunos com NEE ligeiras e, em alguns casos, com problemáticas moderadas, passaram a usufruir simultaneamente da classe regular e da sala de apoio (que veio substituir a classe especial). Era assim reconhecido o acesso cognitivo dos alunos com NEE ligeiras à classe regular (Correia, 2008). Contudo, este autor manteve sempre um posicionamento crítico considerando que, se nos casos de dificuldades ligeiras a integração até tinha resultados, nas situações mais graves, o acesso à classe do regular era cada vez mais utópico uma vez que as crianças com NEE severas continuavam a não ter acesso à classe regular.

Segundo Correia, (2008), esta situação obrigou a uma reestruturação do sistema de ensino e à definição de medidas e de estratégias que permitissem responder às necessidades educativas de todos os alunos com NEE, dando-lhes o direito de se manterem integrados nas escolas regulares da sua área e “possibilitando-lhe o acesso ao currículo comum através de um conjunto de apoios apropriados às suas capacidades e necessidades” (Correia, 2008, p.16). É no quadro do desenvolvimento desta filosofia educacional que tem origem o movimento de educação inclusiva.

Para o mesmo autor, a filosofia da inclusão apresenta-se como um modelo educacional que transporta consigo um conjunto de aspetos positivos para toda a comunidade escolar, permitindo às escolas tornar-se “... verdadeiras comunidades de apoio, onde todos os alunos se sintam valorizados, apoiados de acordo com as suas necessidades e preenchidos ética e moralmente” (p.24). Nesta ordem de ideias, a educação inclusiva preconiza a aprendizagem conjunta entre todas as crianças, independentemente dos seus *handicaps* promovendo, em situação de igualdade, o estabelecimento de interações sociais positivas. Esta convivência conjunta pressupõe, por outro lado, que a escola e os

educadores/professores respondam adequadamente a todas as crianças, tendo em conta as suas características e necessidades específicas, potenciando o seu desenvolvimento global e fomentando um espírito de pertença (Correia, 2008). O mesmo autor salienta ainda a importância da filosofia da inclusão para os alunos sem NEE na medida em que estes aprendem a conviver, a respeitar e a aceitar as diferenças individuais e a perceber "... que cada um de nós, sejam quais forem os nossos atributos, terá sempre algo de valor a dar aos outros" (p.24).

O sentido de educação inclusiva é um conceito que, como demos conta, emerge na década de noventa por influência da *Declaração de Salamanca*. Todavia, os princípios preconizados nesta Declaração tinham sido já sustentados por Stainback e Stainback (1992, citados por González, 2003), que defendiam que "... as escolas inclusivas caracterizam-se por desenvolver escolas comunitárias de apoio que favorecem a participação de todos os alunos sem qualquer distinção, acima de qualquer intenção de estabelecimento de categorias" (p.63).

Como no ponto anterior referimos, os ideais de uma escola inclusiva consolidam-se com a *Declaração de Salamanca* em 1994. Como nesta Declaração se enuncia:

"O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respectivas comunidades. É preciso, portanto, um conjunto de apoios e de serviços para satisfazer o conjunto de necessidades especiais dentro da escola." (p.11).

A abordagem que fizemos neste ponto permitiu-nos compreender que os conceitos: *integração* e *inclusão* representam formas diferentes de pensar a educação fundamentando-se, assim, em posicionamentos teórico-epistemológicos divergentes (Mantoan, 2006). Reportando-se às crianças com deficiência, para este autor, enquanto que o conceito de integração prevê que apenas alguns alunos com deficiência possam integrar turmas do ensino regular, resultando daí uma seleção prévia dos que estão aptos para a inserção, o conceito de inclusão assume a inserção escolar completa e sistemática, reconhecendo a importância de todos os alunos, sem exceção, frequentarem o ensino regular. Sintetizando, considera o mesmo autor que, se por um lado, numa situação de integração "a escola não muda como um todo, mas os alunos têm de mudar para se adaptar às suas exigências" (p.195), por outro, numa situação de inclusão, "as escolas inclusivas propõem um modo de organização do sistema educacional que considera as necessidades de todos os alunos e é estruturado em função delas" (p.196).

III.4. Clarificando o conceito de multideficiência

Após darmos conta do percurso da Educação Especial no panorama nacional e internacional e da inclusão dos alunos com deficiência nas escolas, torna-se essencial clarificar o conceito de multideficiência, bem como as suas características, uma vez que este estudo tem na sua base os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência (CJM).

Segundo Orelove e Sobsey (2000, citados por Pereira, 2004) as pessoas com multideficiência são "... indivíduos com limitações acentuadas no domínio cognitivo, associadas a limitações no domínio motor ou no domínio sensorial (visão ou audição) e que requerem apoio permanente, podendo ainda necessitar de cuidados de saúde específicos" (p. 29). Na mesma ótica, para o *National Dissemination Center for Children with Disabilities* (NICHCY) (2012) um indivíduo com multideficiência apresenta "...deficiências concomitantes [simultâneas], como por exemplo deficiência mental-cegueira, deficiência mental-deficiência motora."²²(p.4). Esta definição é partilhada, na sua essência, por Correia (2008), ao considerar a multideficiência como,

"... o conjunto de deficiências numa mesma criança, tal como deficiência mental e deficiência visual, paralisia cerebral e deficiência mental, causadoras de problemas de desenvolvimento e educacionais severos que requerem intervenções específicas de acordo com a concomitância da problemática." (p.50).

A bibliografia consultada, revela que as CJM apresentam combinações de acentuadas limitações que colocam em risco o seu desenvolvimento, o que põe em causa tanto o seu processo de aprendizagem como a sua participação nos diversos contextos em que estão inseridas (Pereira, 2008). De acordo com a autora, a combinação e gravidade das limitações apresentadas por estas crianças/jovens, a idade em que surgem bem como as experiências vivenciadas, determinam as diferentes características que as mesmas podem apresentar. Uma opinião similar tinha já sido defendida por Contreras e Valência (1997), para os quais a multideficiência não é apenas um mero somatório de deficiências, pois a interação que se estabelece entre os diferentes problemas vai influenciar não só o desenvolvimento das crianças como também a sua funcionalidade nos diversos contextos e o modo como fazem as aprendizagens. A multideficiência comporta assim, múltiplas deficiências, revelando as crianças com essa problemática um quadro complexo ao nível das suas necessidades, requerendo um apoio permanente na maioria das atividades do dia a dia, nomeadamente na alimentação, na higiene, na mobilidade e no vestir e despir.

Apresentam comumente limitações acentuadas ao nível de algumas funções mentais, bem como ao nível da comunicação e linguagem (Pereira, 2008). Para esta mesma autora "A incapacidade para usar a fala tem um impacto muito forte no desenvolvimento das

²² Tradução realizada pela autora.

capacidades individuais, no controlo do ambiente que as rodeia (...), para além das suas repercussões no desenvolvimento social” (pp.11-12). O facto de muitas vezes não apresentarem uma forma de comunicação eficaz, traz implicações na sua capacidade de interação com os diversos interlocutores no seu dia a dia, restringindo desta forma a sua capacidade para aceder à informação e para alargar os seus conhecimentos (Pereira, 2004).

Estas crianças/jovens revelam também com frequência limitações acentuadas ao nível das funções motoras, nomeadamente na mobilidade, e das funções visuais e auditivas (Pereira, 2008). Em trabalho anterior (2005), a mesma autora sustentava que “As dificuldades apresentadas por estas crianças/jovens e as escassas oportunidades para vivenciarem experiências significativas fazem com que a informação recebida seja, frequentemente, fragmentada, distorcida e incompleta.” (p.11). A sua capacidade de exploração do meio encontra-se afetada devido à ausência de visão funcional e às limitações ao nível da mobilidade que restringem a capacidade de localização quer delas próprias, quer dos estímulos que as rodeiam (Pereira, 2004). São também frequentes problemas de saúde física, como a epilepsia e problemas respiratórios, bem como dificuldades ao nível da seleção de estímulos relevantes, da aquisição de competências, da concentração e atenção, do pensamento, da tomada de decisões sobre a vida e da resolução de problemas (Pereira, 2008).

Silva (2006, apoiando-se em Orelove e Sobsey, 2000) refere que a multiplicidade de problemas associados à multideficiência, confere às crianças/jovens necessidades muito diversas que podem ser agrupadas em três grandes blocos: necessidades físicas e médicas, necessidades educativas e necessidades emocionais. No que diz respeito às necessidades físicas e médicas, as limitações sensoriais, as convulsões, a maior vulnerabilidade às doenças devido à sua menor resistência física bem como as dificuldades de deglutição, de mastigação e de controlo respiratório, decorrentes de problemas musculoesqueléticos e do desenvolvimento insuficiente do sistema respiratório, exige cuidados muito específicos por parte das pessoas que lidam diariamente com estas crianças (Silva, 2006). Relativamente às necessidades educativas, o facto de algumas crianças e jovens apresentarem limitações ao nível da comunicação oral, exige que os interlocutores comuniquem com elas/eles através de outras formas de comunicação (Silva, 2006). Também a perda ou diminuição da função dos sistemas sensoriais e motor exige uma educação adequada e adaptadas a estas crianças (Silva, 2006).

Associadas à multideficiência estão também questões de ordem emocional. Estas, dizem respeito à importância do afeto e da atenção, bem como da criação de oportunidades de interação destas crianças com os contextos onde estão inseridas, promotoras do estabelecimento de relações sociais e afetivas com os adultos e os seus pares (Silva, 2006).

Face às ideias expostas, podemos perceber que as limitações e dificuldades associadas à problemática da multideficiência fazem com que, por parte destas crianças/jovens, o mundo seja compreendido de forma diferente. Neste sentido, é necessário, desde muito cedo, que as famílias, com apoio de técnicos especializados e depois a escola, criem condições que permitam a estas crianças e jovens serem estimuladas o mais precocemente possível, a todos os níveis (sensorial, motor, cognitivo, comunicativo, afetivo), de modo a desenvolverem todo o seu potencial.

CAPÍTULO IV - PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS COM DEFICIÊNCIA

Notas introdutórias

Tendo por base as ideias tratadas nos capítulos II e III, pretendemos agora estabelecer relações entre a problemática dos maus tratos a crianças com deficiência e a inclusão das mesmas em contexto escolar. Assim, começamos por fazer uma pesquisa bibliográfica sobre os documentos internacionais e nacionais que regem a promoção dos direitos e a proteção das crianças em geral e das crianças com deficiência, em particular. Seguidamente, analisamos o papel que a escola desempenha na promoção da Educação para a Saúde e do bem estar das crianças e jovens com deficiência. Por último, focamo-nos nos fatores de risco e nos sinais de alerta de maus tratos a estas crianças.

IV.1. Enquadramento legislativo da problemática dos maus tratos

A intervenção em situações de maus tratos a crianças e jovens com e sem deficiência é da responsabilidade de toda a sociedade, especialmente daqueles que, de forma direta ou indireta, lidam diariamente com esta população. O estatuto da criança, enquanto sujeito de direito, surgiu em meados do século XX, período pós-guerra, integrado no movimento codificador para a proteção dos direitos da criança, que se enquadrava num movimento mais amplo de reconhecimento dos direitos humanos fundados na dignidade da pessoa humana (Montano, 2010). Com base neste movimento foram produzidos, desde então, um conjunto de documentos, alguns já referidos neste trabalho, nomeadamente, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948), a *Declaração Universal dos Direitos das Crianças* (1959) e a *Convenção sobre os Direitos das Crianças*, elaborada em 1989 pelas Nações

Unidas e ratificada em Portugal em 1990 (Montano, 2010). Deste último, destaca-se sobretudo artigo 19º, segundo o qual os Estados têm a obrigação de proteger as crianças vítimas de maus tratos, tomando todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas necessárias, e o artigo 23º que reconhece às crianças com deficiência o direito a cuidados especiais, bem como a uma educação e formação adequadas que lhes proporcione uma vida plena, decente e condigna e lhes permita atingir o maior grau de autonomia e integração social.

No âmbito específico das crianças e jovens com deficiência, em 2007, é adotada pelas Nações Unidas a *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* e ratificada por Portugal em 2009. Esta Convenção vem reafirmar um conjunto de princípios universais nomeadamente a dignidade, a não discriminação, a participação e inclusão, o respeito pela diferença, a acessibilidade, bem como definir as obrigações dos Estados no que respeita à implementação dos direitos consignados nesta Convenção nas suas políticas, à sensibilização da sociedade para a deficiência, ao combate à discriminação e à valorização da pessoa com deficiência (artigo 4º). A proteção contra os maus tratos é também foco de atenção neste documento nomeadamente no artigo 16º (Proteção contra a exploração, violência e abuso) onde se determina que:

“1. Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais, educativas e outras medidas apropriadas para proteger as pessoas com deficiência, tanto dentro como fora do lar, contra todas as formas de exploração, violência e abuso, incluindo os aspectos baseados no género;

(...)

4 - Os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para promover a recuperação e reabilitação física, cognitiva e psicológica, assim como a reintegração social das pessoas com deficiência que se tornem vítimas de qualquer forma de exploração, violência ou abuso, incluindo da disponibilização de serviços de protecção;

5 - Os Estados Partes adoptam legislação e políticas efectivas, incluindo legislação e políticas centradas nas mulheres e crianças, para garantir que as situações de exploração, violência e abuso contra pessoas com deficiência são identificadas, investigadas e, sempre que apropriado, julgadas”.

Também no artigo 17º, sobre a proteção da integridade da pessoa, se estabelece que “Toda a pessoa com deficiência tem o direito ao respeito pela sua integridade física e mental em condições de igualdade com as demais”. A Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI) na sua publicação do *Roteiro para a Prevenção de Maus-Tratos a Pessoas com Deficiência Intelectual e/ou Multideficiência* (2010) refere que esta Convenção constitui,

“...um instrumento legal de promoção do princípio da igualdade de oportunidades, de melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, de promoção da sua

participação enquanto membro da sociedade, prevenindo barreiras, privações e a violação dos seus direitos em todas as partes do mundo” (p. 7).

Após a *Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, o Conselho de Europa elabora o *Plano de Ação sobre a Deficiência/Incapacidade para 2006-2015*, estruturando quinze linhas de ação das quais se destacam a participação em domínios da vida política, pública e cultural, a igualdade no acesso à educação, a acessibilidade ao património edificado e aos transportes, a vida em comunidade, a reabilitação, a proteção social e legal, a investigação e desenvolvimento e a promoção da visibilidade dos direitos das pessoas com deficiência e incapacidades (Rec (2006) 5 do Comité de Ministros aos Estados Membros). Pretende-se com este Plano promover os direitos e assegurar a igualdade de oportunidades das pessoas com deficiência (Rec (2006)5 do Comité de Ministros aos Estados Membros). Mediante a Convenção e o Plano, os Estados Membros são incitados a responder às necessidades das pessoas com deficiência, pelo que, em Portugal se define a *Estratégia Nacional para a Deficiência para 2011-2013* (Resolução do Conselho de Ministros nº97/2010, de 14 de Dezembro).

Este documento define um conjunto de medidas plurianuais que visam a promoção dos direitos e a garantia de condições de vida dignas às pessoas com deficiência. De forma a atingir estes objetivos, estabelece cinco eixos estratégicos: deficiência e multidiscriminação; justiça e exercício de direitos; autonomia e qualidade de vida; acessibilidades e design para todos; modernização administrativa e sistemas de informação; envolvendo de forma proativa várias entidades governamentais em conjunto com a sociedade civil, na prossecução dos mesmos (Resolução do Conselho de Ministros nº97/2010, de 14 de Dezembro).

A sociedade em geral tem o direito e o dever de participação e de responsabilização em matéria de proteção das crianças (Carmo, 2010). A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), aprovada pela Lei nº147/99, de 1 de Setembro, com as alterações introduzidas pela Lei nº 31/2003, de 22 de Agosto, é reflexo desta responsabilização partilhada pelos diferentes atores da comunidade. Assim, de acordo com o princípio da subsidiariedade disposto na alínea j do artigo 4º “a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais”. Desta forma, estabelece-se um modelo de intervenção no qual, a um primeiro nível, atuam, de modo consensual com os pais ou representantes legais da criança (artigo 7º), as entidades com competência na matéria da infância e juventude, nomeadamente autarquias locais, segurança social, escolas, serviços de saúde, forças de segurança, associações desportivas culturais e recreativas. Quando as entidades suprarreferidas não consigam intervir de forma adequada ou suficiente para remover o perigo em que a criança se encontra, passa-se ao segundo nível de intervenção, da responsabilidade da Comissão de

Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) (artigo 8º). A intervenção ao terceiro nível (tribunal) tem lugar quando não está instalada a CPCJ ou quando esta Comissão não tenha competência nos termos da lei para aplicar a medida de promoção e proteção adequada; não seja prestado/retirado o consentimento necessário ou haja oposição da criança/jovem; o acordo de promoção e proteção seja reiteradamente não cumprido; a CPCJ não obtenha a disponibilidade de meios necessários para aplicar/executar a medida; haja ausência de decisão da CPCJ nos 6 meses seguintes ao conhecimento da situação; o Ministério Público considere a decisão da CPCJ ilegal/inadequada; o tribunal apense processo da CPCJ ao processo judicial (artigo 11º). Por outro lado, quando a situação de perigo constitua crime, tanto as entidades com competência em matéria de infância e juventude como a CPCJ devem, de acordo com o artigo 70º, comunicar os factos ao Ministério Público ou às entidades policiais. Também o Código de Processo Penal estabelece no artigo 242º que, numa situação de crime,

“A denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos: a)
Para as entidades policiais, quanto a todos os crimes de que tomarem conhecimento; b)
Para os funcionários, na aceção do artigo 386.º do Código Penal, quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas”.

Assim, deve desencadear-se o processo de intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em risco quando,

“...os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo” (artigo 3º - nº1).

São consideradas situações de perigo, o abandono, os abusos físicos, emocionais e sexuais, a negligência e a exploração (artigo 3º - nº2).

A sinalização à CPCJ pode ser realizada pelas autoridades policiais e judiciárias (artigo 64º), por outras entidades com competência em matéria da infância e juventude (artigo 65º), bem como por qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações de perigo (artigo 66º). De acordo com este artigo “A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem”.

A avaliação do caso pela CPCJ deve, entre outros aspetos, analisar se a situação é de facto uma violação real ou de elevado potencial dos direitos da criança, constituindo uma situação de perigo nos termos previstos no artigo 3º, sendo por isso necessário aplicar uma medida de promoção e proteção, ou se, por outro lado, a situação de perigo não se confirma ou já não subsiste, devendo o processo ser arquivado (artigo 98º). As medidas de promoção e proteção visam afastar o perigo em que a criança ou jovem se encontra; criar condições

que protejam e promovam a sua segurança, saúde, formação, bem estar e desenvolvimento integral e assegurar a sua recuperação física e psicológica (artigo 34º). Estas podem assumir duas formas: medidas no meio natural de vida e medidas de colocação. As primeiras, podem assumir as seguintes formas: apoio junto aos pais, (artigo 35º); apoio junto de outro familiar, isto é, a criança é colocada sob a guarda de um familiar com quem resida ou a quem seja entregue (artigos 35º e 40º); confiança a pessoa idónea, ou seja, colocação da criança sob a guarda de uma pessoa que, apesar de não ser da família, estabeleça com eles uma relação recíproca de afetividade (artigos 35º e 41º) e apoio para autonomia de vida, proporcionado ao jovem com mais de 15 anos (artigo 35º e 45º). As medidas de colocação podem ocorrer a três níveis: acolhimento familiar, acolhimento em instituição e confiança a pessoa selecionada para a adoção ou a instituição com vista a futura adoção (artigo 35º). Importa ainda referir que a aplicação de todas as medidas, com exceção da confiança a pessoa selecionada para adoção ou a instituição com vista a futura adoção, são da competência exclusiva da CPCJ e do tribunal. Estas últimas são da competência exclusiva do tribunal (artigo 38º).

Face ao disposto anteriormente, constatamos que existe atualmente um conjunto de documentos legais, alguns especificamente na área da deficiência e outros de carácter geral, que abrangem as crianças e jovens com deficiência, que visam salvaguardar os seus direitos, promovendo o bem estar necessário para um desenvolvimento harmonioso a todos os níveis.

IV.2. O papel da escola na Promoção da Saúde e do Bem Estar das crianças e jovens com deficiência

Como é sabido, as crianças e jovens com deficiência passam a maior parte do seu dia na escola, ou em outras instituições, o que permite aos profissionais que com elas/eles trabalham, comparativamente com outros profissionais, ter um maior conhecimento das suas características e modos de agir/reagir face às diversas situações (Tower, 2003). No caso das crianças e jovens com multideficiência (CJM), os profissionais que com eles trabalham nas Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira (UAEEAMS), assumem um papel ainda de maior relevância, na medida em que o seu conhecimento sobre as patologias e as suas características é essencial para a análise dos sinais de alerta.

No quadro dos princípios de uma educação para os valores, da dimensão social da educação e da responsabilidade coletiva (Leite, Gomes e Fernandes, 2001), as escolas, em articulação com outras entidades com competência em matéria de infância e juventude, têm mais condições para atuarem na prevenção, deteção das situações de risco e no seu

encaminhamento para outras instâncias (Montano, 2010), contribuindo, assim, para o bem estar de todas as crianças e jovens. De acordo com o autor, esta prevenção pode ocorrer a três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. De seguida abordaremos, de forma mais detalhada, cada um destes níveis.

IV.2.1. Prevenção primária e Educação para a Saúde

Na abordagem deste ponto, tomamos como principal referencial as ideias desenvolvidas no documento de autoria de Montano (2010) por se tratar de um texto oficial da Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR) elaborado conjuntamente com as diferentes Direções Regionais de Educação e com outras entidades, e que constitui um guia orientador da prevenção dos maus tratos em contexto educacional. Da leitura desse documento construímos o seguinte entendimento relativamente à *prevenção primária*: consiste na realização, em contexto educativo, de ações destinadas às crianças e jovens em geral ensinando-lhes, além das matérias programadas para as disciplinas, competências necessárias à prevenção de maus tratos, com o objetivo de promover o seu bem estar e evitar casos de risco e perigo (Montano, 2010). Este trabalho parece ter sido facilitado com a possibilidade de flexibilização curricular preconizada pelo Decreto-Lei nº 6/2001, ainda que com a nova reestruturação curricular iniciada em 2011/2012, essa filosofia da flexibilização curricular pareça ter ficado comprometida, nomeadamente com retirada do currículo da Educação para a Cidadania. Ainda dentro da *prevenção primária* as escolas podem, igualmente, desenvolver ações direcionadas a todas as famílias, dotando-as de competências parentais nomeadamente através do conhecimento mais aprofundado daquilo que caracteriza cada estágio de desenvolvimento das crianças e dos jovens (Montano, 2010).

Segundo Azevedo e Maia (2006),

“neste nível de prevenção procura-se evitar a existência de uma série de situações sociais, económicas, familiares, etc., que se pensa estarem relacionadas com uma maior probabilidade de determinados indivíduos se encontrarem em situações de risco de maus-tratos.” (p.126).

Desta forma, é necessário que toda a comunidade escolar se envolva em processos de organização de aprendizagem que estabeleçam como ponto de partida situações reais e familiares aos alunos, e que possam, posteriormente, alargar-se a outros saberes e experiências que potenciem competências de leitura crítica da vida, do mundo e dos modos de nele intervir (Leite, 2003).

Para a implementação de programas de *prevenção primária* de situações de risco e de perigo, as escolas devem ter em conta, entre outros aspetos, a formação dos docentes e dos outros profissionais e o projeto educativo. Neste sentido, Azevedo e Maia (2006)

sustentando-se em Roig e De Paul (1993), consideram que o tema dos maus tratos deve estar contemplado nos programas de formação inicial dos profissionais que trabalham diariamente com crianças e jovens.

Por outro lado, no que diz respeito ao projeto educativo, o tema dos maus tratos pode ser incluído nos currículos através de temas transversais como a Educação para a Saúde. De acordo com Montano (2010) a Educação para a Saúde em contexto escolar,

“consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que o rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo, estimulando um espírito crítico e construtivo verdadeiro pressuposto do exercício de uma cidadania ativa” (p. 99-100).

Neste sentido, o “programa” de Educação para a Saúde deve potenciar o desenvolvimento das competências sociais e pessoais, e incrementar ações de prevenção de comportamentos de risco e de promoção de comportamentos saudáveis e do bem estar em geral (Matos e Sampaio, 2009).

Em síntese, as ações de prevenção dos maus tratos abrangidas pelos programas de Educação para a Saúde, contribuem para o desenvolvimento das competências pessoais e sociais, dotando as crianças e jovens de ferramentas que lhes permitam identificar e resolver problemas; gerir conflitos, stress e ansiedade; identificar e gerir emoções bem como promover a sua comunicação e participação na família e na comunidade.

IV.2.2. Prevenção secundária e terciária

Ao nível da *prevenção secundária* desenvolvem-se ações em contexto educativo, destinadas a crianças e jovens que apresentam fatores de risco e às suas famílias, com vista a minimizar as suas consequências e a prevenir a ocorrência de maus tratos (Montano, 2010). Estas ações, tal como acontece na *prevenção primária*, podem ser desenvolvidas quer pela escola quer por esta em cooperação com agentes educativos e parceiros locais e podem estar enquadradas no projeto curricular de turma ou de escola, no plano anual de atividades ou nas atividades promovidas pelo serviço de psicologia e orientação (Montano, 2010). A prevenção a este nível decorre do facto de existirem pessoas que, por diferentes motivos, revelam maior vulnerabilidade para serem maltratados ou maltratantes (Azevedo e Maia, 2006). Estes autores, apoiando-se em De Paúl e Arruabarrena (1996) consideram ser objetivo principal da *prevenção secundária* a deteção precoce de sujeitos de risco e, consequentemente, a reversão da situação. Ainda com base nos mesmos autores, Azevedo e Maia (2006) acrescentam que as intervenções a este nível devem assentar, na promoção das competências individuais através de duas formas: por um lado, alterando o ambiente onde a pessoa está inserida, procurando reduzir ou mesmo eliminar a maioria das situações

negativas, por outro lado, dotando-a de competências que lhe permitam enfrentar e ultrapassar essas situações negativas.

A *prevenção terciária* tem como público-alvo as crianças e jovens vítimas de maus tratos e pretende impedir a recidiva e o prolongamento no tempo, minorando desta forma o impacto da situação vivenciada, com consequências negativas para as crianças (Montano, 2010). Azevedo e Maia (2006), tendo por base as ideias defendidas por De Paúl e Arruabarrena (1996), acrescentam ainda que a prevenção a este nível visa também reabilitar as famílias maltratantes, de forma que a criança deixe de ser vítima de maus tratos e aprenda outras formas de relação e de resolução de conflitos prevenindo que no futuro se torne maltratante. De entre as ações desenvolvidas a este nível, destacam-se o apoio psicológico em contexto escolar a vítimas de maus tratos e o acompanhamento de crianças e jovens com medidas aplicadas pela CPCJ ou pelo tribunal (Montano, 2010). A salientar, como já referimos antes, que depois de esgotada a intervenção e mantendo-se o perigo, deve proceder-se à sinalização da situação à CPCJ (Montano, 2010).

Estando as crianças e jovens com deficiência incluídas na comunidade escolar, também elas são alvo das ações desenvolvidas ao nível da *prevenção secundária e terciária*, com as devidas adaptações, sempre que necessário.

Como se pode ler no documento da CNPCJR que temos vindo a referenciar, a responsabilidade da avaliação e intervenção de uma situação de risco ou de perigo é, em primeira instância, do diretor da escola/Agrupamento, todavia o seu planeamento e/ou execução pode ficar a cargo dos profissionais que ele designar, nomeadamente o educador (pré-escolar), o professor titular de turma (1º ciclo) ou o diretor de turma (restantes ciclos), podendo envolver outros docentes de turma, o/a psicólogo/a e outros técnicos, quando necessário (Montano, 2010). O papel desempenhado por estes profissionais na intervenção junto da criança e da família assume especial relevância não só pela responsabilidade particular que lhes é atribuída, como pelo seu nível de conhecimento e influência junto da família (Montano, 2010).

Assim, tendo em conta a importância do papel desempenhado pelas escolas tanto na promoção dos direitos e do bem estar das crianças, como na sua proteção face a situações de maus tratos, é essencial que todos os profissionais de educação conheçam o funcionamento da Sistema de Proteção e os princípios determinados pela Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, aplicando-os em situações de risco e de perigo; que conheçam e estejam atentos aos indicadores de maus tratos e que contribuam para qualquer ação necessária à proteção da criança, de acordo com a lei anteriormente mencionada (Montano, 2010).

IV.3. Fatores de risco

Atualmente, a problemática dos maus tratos desperta, na sociedade, um maior sentimento de intolerância, decorrente da nova visão da infância, como uma fase do ciclo da vida mais vulnerável e mais suscetível a diversos riscos (Dias, 2010). Estes riscos relacionam-se com situações nas quais, as crianças, devido às suas características biológicas e/ou familiares, podem não ver satisfeitas as suas necessidades físicas, socio-emocionais ou familiares, condicionando, de algum modo, o seu processo de desenvolvimento (Alves, 2007). Desta forma, para Dias (2010) “o conceito de risco remete-nos, assim, para a iminência de perigo efectivo...” (p.31). Apoiando-nos no documento *Maus tratos em crianças e jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção* elaborado em 2011 pela Direcção Geral da Saúde (DGS), o conceito de risco pode ser entendido como “... um conceito mais lato que o de perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus tratos” (p.10) e o de perigo, como um conceito “... que adquire um sentido mais concreto, corresponde à objectivação” (p.10).

Assim, o facto de o risco poder conduzir a situações de perigo efetivo, tem levado os diversos profissionais e investigadores da área, a tentar identificar os fatores de risco que podem potenciar a ocorrência de maus tratos a crianças e jovens, no intuito de prevenir estas situações (Dias, 2010).

Contudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com a *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN), através do documento *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, preconiza que um fator de risco, por si só, não é explicativo de comportamentos violentos de determinados indivíduos em relação a crianças nem da maior prevalência de maus tratos a crianças em determinadas comunidades, relativamente a outras (OMS e ISPCAN, 2006). Os maus tratos a crianças resultam, sim, de uma interação complexa entre fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais (OMS e ISPCAN, 2006). Para explicar e compreender a ocorrência dos maus tratos, a OMS adotou o Modelo Ecológico inicialmente desenvolvido por Garbarino (1978) e Bronfenbrenner (1979) (OMS, 2002). Segundo Montano (2010), este modelo “... defende que a realidade, familiar, social, económica e cultural constitui um todo interdependente como um sistema, composto por diferentes subsistemas que se articulam entre si de forma dinâmica” (p.46). Adaptando este modelo à problemática dos maus tratos, consideram-se os seguintes fatores: características individuais da criança e da sua família, características do cuidador ou perpetrador, natureza da comunidade local e ambiente social, económico e cultural (OMS, 2002).

O modelo ecológico é então constituído por 4 níveis: *individual, relacional, comunitário e social*. De acordo com o documento da OMS e ISPCAN (2006), o primeiro nível “... lida com

variáveis biológicas, como idade e sexo, e com fatores da história pessoal, que podem influenciar a suscetibilidade individual para os maus tratos à criança²³(p.13). Dentro deste nível podemos encontrar os fatores de risco relacionados com os pais ou cuidadores e aqueles associados à criança. Relativamente aos primeiros, destacam-se:

- a) ter sido vítima de maus tratos durante a infância;
- b) falta de conhecimento relativamente ao desenvolvimento da criança ou existência de expectativas irreais que impedem a compreensão das necessidades e comportamentos da criança;
- c) recurso a punição/ação inadequada, excessiva ou violenta face a um mau comportamento percebido;
- d) aprovação e uso da punição física como forma de disciplinar a criança;
- e) existência de problemas de saúde física ou mental bem como de défice cognitivo que limitam a sua competência parental;
- f) uso abusivo de álcool ou drogas;
- g) envolvimento em atividades criminosas que afetam relação entre pais e criança;
- h) isolamento social;
- i) depressão ou presença de sentimentos de baixa auto-estima ou inadequação;
- j) falta de competências parentais, decorrentes da pouca idade ou de falta de educação;
- l) dificuldades financeiras (OMS e ISPCAN, 2006).

Os fatores de risco associados à criança incidem, não no facto da criança ser responsável pelos maus tratos sofridos, mas pelo facto de poder ser mais difícil de cuidar dela devido a esses mesmos fatores (OMS e ISPCAN, 2006). Assim, não ser um bebé desejado ou não ir de encontro às expectativas dos pais (ex: sexo, aparência, anomalias congénitas), bem como ser uma criança com necessidades (ex: ser prematuro, apresentar deficiência mental ou física, doença crónica), chorar de forma persistente sendo difícil acalmá-la, ou apresentar características físicas a que os pais têm aversão, reagindo para tentar retirá-las da criança, são alguns dos fatores de risco associados à criança. A estes, acrescem outros fatores nomeadamente, a presença de sintomas de doença mental e de características de personalidade que os pais entendem como problemáticas (ex: hiperatividade ou impulsividade) e o facto da criança se expor ou estar exposta a problemas de comportamento perigosos (OMS e ISPCAN, 2006).

O segundo nível do modelo sistémico, o *nível relacional*, assenta nas relações sociais de proximidade (família e amigos) que o individuo estabelece e na forma como estas influenciam o risco individual de praticar e de sofrer maus tratos (OMS e ISPCAN, 2006). Assim, segundo este documento, os fatores de risco para maus tratos que podem ser aplicados às relações com a família, amigos, parceiros íntimos e colegas incluem:

- “a) falta de apego e de vínculo mãe-filho;

²³ Tradução realizada pela autora.

- b) problemas de saúde mentais, físicos ou de desenvolvimento de um membro da família;
- c) desagregação da família (ex: problemas no casamento ou numa relação íntima) que resulta em doença mental ou do adulto, infelicidade, solidão, tensão ou disputas de custódia;
- d) violência na família;
- e) estar isolado da comunidade;
- f) falta de uma rede de apoio para ajudar em situações stressantes ou difíceis de um relacionamento;
- g) falta de apoio na educação das crianças por parte da família alargada;
- h) discriminação contra a família por causa de etnia, religião, nacionalidade, género, idade, orientação sexual, deficiência ou estilo de vida;
- i) envolvimento em atividades criminosas ou violentas na comunidade “²⁴(p.15).

Os contextos nos quais as relações sociais se estabelecem, como a vizinhança, o local de trabalho e as escolas, bem como as características destes mesmos contextos, que podem contribuir para os maus tratos a crianças, enquadram-se no terceiro nível do Modelo Sistémico, o *nível da comunidade* (OMS e ISPCAN 2006). Conforme é enunciado no documento da OMS e ISPCAN (2006), as características destes contextos mais frequentemente associadas ao risco de maus tratos a crianças são:

“ a tolerância da violência; a desigualdade social e de género na comunidade; falta de habitação ou inadequada; falta de serviços de apoio às famílias e instituições; níveis de desemprego elevados; pobreza; níveis perigosos de chumbo ou outros toxinas no meio ambiente; bairros transitórios; o fácil acesso a álcool; comércio de drogas local; políticas e programas inadequados no âmbito das instituições que tornam a ocorrência de maus-tratos mais provável” ²⁵(pp.15-16).

O quarto, e último nível, a *sociedade*, enquadra os fatores sociais que estão subjacentes à sociedade e que, de algum modo, influenciam os maus tratos a crianças. Alguns dos fatores dizem respeito aos padrões de vida precários, à desigualdade socioeconómica e à instabilidade decorrentes de políticas sociais, económicas, de saúde e de educação. A existência de pornografia, prostituição e trabalho infantil assim como de normas sociais e culturais que incitam a violência para com os outros, nomeadamente o recurso à punição física (através dos *media*, da música e dos videojogos), que exigem a definição de papéis de género rígidos para homens e mulheres, e que menosprezam o papel da criança no relacionamento pai-filho, revelam ser também fatores de risco para os maus tratos (OMS e ISPCAN, 2006).

Numa linha de pensamento semelhante, Belsky (1980, citado por Dias, 2010) sugere um modelo organizacional constituído por quatro níveis ecológicos de maus tratos a crianças: o

²⁴ Tradução realizada pela autora.

²⁵ Tradução realizada pela autora.

nível ontogénico, o *microssistema*, o *ecossistema* e o *macrossistema*. O *nível ontogénico*, tal como o *nível individual* do Modelo Sistémico, foca-se nos fatores individuais que estão na base dos maus tratos a crianças, centrando-se essencialmente nas características dos pais abusadores, como por exemplo na personalidade, nos comportamentos e no nível socioeconómico e de instrução (Dias, 2010).

O *microssistema* diz respeito ao contexto familiar, por ser aquele onde ocorrem de forma mais imediata os maus tratos. Aqui, os fatores de risco assentam no tipo de interações estabelecidas entre os pais e as crianças bem como nos conflitos entre os pais e na qualidade das relações estabelecidas entre os familiares (Dias, 2010). Podemos assim constatar que o *microssistema* vai, de alguma forma, ao encontro do *nível relacional* apresentado pelo Modelo Sistémico.

O *ecossistema* refere-se à comunidade, incluindo fatores tais como a vizinhança, a escola, o emprego e as redes de apoio social, que, de acordo com as suas características podem despoletar o risco de ocorrência de situações de maus tratos (Dias, 2010). De igual modo, também o *ecossistema* se assemelha ao 3º nível (*comunidade*) do Modelo Sistémico.

Por último, o *macrossistema*, tal como sucede no 4º nível do Modelo Sistémico, assenta nos valores e atitudes dos contextos socioculturais (atitude social face às crianças, famílias e condutas violentas), que podem constituir fatores de risco de maus tratos (Dias, 2010).

No quadro das ideias explicitadas, podemos constatar que existe já um corpo de conhecimento bem definido sobre quais os fatores de risco que podem, de algum modo, aumentar a probabilidade de maus tratos a crianças e jovens. No entanto, estes fatores, não permitem diagnosticar, por si só, maus tratos a crianças. Deste modo, é essencial a continuidade das investigações a este nível para aprofundar o conhecimento sobre as relações que podem ser estabelecidas entre os fatores provenientes dos diferentes contextos (OMS e ISPCAN, 2006).

Focando-nos agora nos fatores de risco de maus tratos a crianças e jovens com deficiência, o *Committee on Child Abuse and Neglect* (CCAN) conjuntamente com o *Committee on Children with Disabilities* (CCD) enunciam num artigo publicado, em 2001, no *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* que “Em geral, as causas de abuso e negligência de crianças com deficiência são as mesmas que para todas as outras crianças; contudo, vários elementos podem aumentar o risco de maus tratos para as crianças com deficiência”²⁶ (p.509).

Como já referimos anteriormente, o facto de a criança apresentar algum tipo de deficiência, constitui um dos fatores de risco individuais relacionados com a criança (OMS e ISPCAN, 2006). Este facto pode ter por base diversos motivos. O CCAN e o CCD (2001) apoiando-se em Benedict *et al* (1990), sustentam que as exigências a nível emocional,

²⁶Tradução realizada pela autora.

físico, económico e social que recaem sobre as famílias com crianças que apresentam doenças crónicas ou deficiências são superiores às que são requeridas nas famílias sem crianças com estes problemas. Assim, a falta de descanso e de pausas por parte dos cuidadores, relativamente aos cuidados prestados, pode potenciar o risco de maus tratos. Por outro lado, Ammerman e Baladerian (1993, citados nos CCAN e CCD, 2001) concluem que “pais com pouco apoio social e comunitário revelam maior risco para maltratarem as crianças com deficiência por se sentirem sobrecarregados ou incapazes de lidar com as responsabilidades exigidas para cuidar e supervisionar os filhos com deficiência”²⁷ (p.509). Apontam também que a exigência de necessidades de saúde e de educação especiais pode levar à negligência por parte dos pais, resultante da falha ao nível da medicação, de cuidados médicos e de contextos educativos adequados (Ammerman e Baladerian, 1993, citados por CCAN e CCD, 2001). Ainda de acordo com os mesmos autores, relativamente ao abuso sexual, constata-se que a falta de contacto da criança com deficiência com os outros, pode facilitar a molestação pois há menos oportunidade para a criança estabelecer uma relação de confiança com uma pessoa a quem possa revelar o abuso (Ammerman e Baladerian, 1993, citados por CCAN e CCD, 2001). O documento da CCAN e CCD (2001) refere que as crianças mais dependentes dos cuidadores para suprir as suas necessidades físicas, estão habituadas a ser tocadas regularmente pelos adultos. Também segundo o mesmo, “As crianças com deficiência são muitas vezes vistas como alvos fáceis, porque as suas limitações cognitivas impedem-nas de perceberem as experiências vividas como abusos. As dificuldades de comunicação impedem-nas de divulgar o abuso”²⁸ (p.509).

No documento de CCAN e CCD (2001) são ainda convocados Sullivan e Cork (1996), que indicam que os pais podem sentir stress aumentado pelo facto de os filhos com deficiência não responderem às formas tradicionais de reforço e pelas características comportamentais dos mesmos. Também os pais de crianças com problemas de comunicação, muitas vezes recorrem a disciplina física devido à frustração sobre o que eles percebem como falha intencional para responder a orientações verbais. No entanto, Benedict *et al* (1992, citados por CCAN e CCD, 2001) salientam que:

“Famílias que relatam maiores níveis de stress apresentam maior consciência dos problemas relacionados com os cuidados a prestar à criança enquanto que os pais com história de negligência para com a criança, podem não experienciar o nível de stress que uns pais mais envolvidos experienciam”²⁹ (p.509).

Numa análise mais focalizada, a Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI), (2010), tal como a OMS, apoia-se no Modelo Sistémico para

²⁷ Tradução realizada pela autora.

²⁸ Tradução realizada pela autora.

²⁹ Tradução realizada pela autora.

identificar e compreender os fatores de risco e as relações que estabelecem entre si, no que diz respeito à situação específica de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência (CJM). Assim, no *nível individual*, o enfoque é colocado nas características específicas da pessoa com deficiência, nomeadamente, vulnerabilidades específicas relativas à satisfação das suas necessidades e aos traços de personalidade e temperamento, que, de algum modo, podem gerar conflito com os cuidadores, potenciando maior situação de risco. Relativamente ao *nível relacional*, salienta-se o facto de a criança/jovem com deficiência ser um elemento vulnerável no seu quadro de relações, pelo que é essencial analisar-se os contextos habituais e os mais distantes (mas que influenciam diretamente a sua vida) da pessoa com deficiência, bem como as pessoas com quem se relaciona (FENACERCI, 2010). O *nível comunitário* debruça-se sobre os recursos comunitários disponibilizados e destinados à pessoa com deficiência e à sua família, bem como sobre a facilidade de acesso aos mesmos (FENACERCI, 2010). O último nível, o *nível social*, analisa tanto o enquadramento social e os valores culturais presentes na comunidade onde as CJM estão inseridas, como as representações sociais sobre o papel que estas desempenham na família e na sociedade (FENACERCI, 2010).

Deste modo podemos constatar que, apesar de não haver uma relação direta entre deficiência e maus tratos, o facto de as CJM verem comprometida a sua participação ativa em situações familiares e sociais, constitui uma fragilidade, que pode desencadear fatores de risco, potenciadores de situações de maus tratos (FENACERCI, 2010).

IV.4. Formas de maus tratos e sinais de alerta

Os diferentes tipos de maus tratos, nomeadamente o *abuso físico, sexual, emocional* e a *negligência*, podem ser perpetrados de diferentes formas e a presença de *sinais de alerta* dos mesmos funciona unicamente como indicador da possibilidade de se estar na presença de uma situação destas. Assim, face à presença destes sinais deve-se suspeitar da ocorrência de maus tratos, ou, pelo menos, da existência de contextos de risco para a criança ou jovem, pelo que se torna essencial e urgente uma análise mais profunda da situação (Magalhães, 2010a). Em trabalho anterior (Magalhães, 2005), a autora refere que estes indicadores são o resultado dos diferentes tipos de maus tratos, a médio e longo prazo. Contudo, a Direção Geral da Saúde (DGS), no documento *Maus tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde* (2008) salienta que, pelo facto de existir uma grande variedade de sinais e sintomas, a sua enumeração ao nível da literatura, por mais exaustiva que seja, não esgota os indicadores possíveis do fenómeno, constituindo, assim, apenas uma orientação para o diagnóstico (DGS, 2008). Consequentemente, no estudo de cada

caso, é fundamental averiguar a presença simultânea de vários sinais, assim como verificar a coerência das justificações dadas relativamente à ocorrência da situação (DGS, 2008). Magalhães (2010a), salienta que os sinais e sintomas podem aparecer de forma súbita ou gradualmente, de forma isolada ou em conjunto, bem como podem mesmo não existir.

Para uma maior clarificação, abordaremos algumas das formas de abuso físico, sexual, emocional e de negligência, bem como alguns sinais de alerta que podem ajudar na identificação de situações de maus tratos a crianças e jovens.

O abuso físico, de acordo com o documento da OMS e ISPCAN (2006), consiste no "uso intencional da força física contra uma criança que resulta em - ou tem uma probabilidade de resultar em - danos para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança"³⁰ (p.10). Este tipo de maus tratos pode ser perpetrado de diferentes formas, nomeadamente, bater, pontapear, abanar, morder, estrangular, queimar, envenenar e sufocar (OMS e ISPCAN, 2006; Dias, Ribeiro e Magalhães, 2010).

A ocorrência de abuso físico pode ser percebida através de indicadores de ordem física, contudo, estes deverão ser sempre valorados tendo em conta o contexto da história e o resultado do exame de psicologia forense. Caso seja necessário, recorre-se também a exames complementares de diagnóstico (Magalhães *et al*, 2010). É essencial comparar aquilo que se observa com o que é relatado pela vítima ou por terceiros, especialmente quando a explicação da ocorrência da lesão e/ou da data de produção é inadequada, alterada ou inexistente (Magalhães *et al*, 2010). Quando se verificam discrepâncias entre o aspeto das lesões e/ou sequelas e a descrição da sua produção, deve-se confiar nas lesões e proceder à investigação da situação (Magalhães *et al*, 2010). Assim, para os autores, apoiando-se em Flores, Huertas e González (1997), Johnson (1993), Torre e Martin (1997) e Villamarín (1997), consideram-se relevantes os seguintes indicadores físicos de abuso físico: lesões figuradas, lesões em locais impróprios para acidentes, lesões em diferentes estádios de evolução, lesões com diferentes localizações, intoxicações (especialmente se ocorre mais do que um episódio com sinais e sintomas inexplicados e de início agudo) e marcas de mordeduras.

Todavia, além dos indicadores de ordem física, também sinais e sintomas de ordem psicológica podem decorrer de uma situação de abuso físico. Tendo por base estudos realizados por Kolko (2002), Peixoto e Ribeiro (2010) referem que "Efetivamente, uma das consequências psicológicas altamente documentada em crianças e jovens abusados fisicamente tem sido a manifestação de comportamentos agressivos" (p.41). A vivência destas experiências por largos períodos de tempo faz com que estas crianças e jovens assumam a agressão como uma estratégia de resolução de problemas (Peixoto e Ribeiro, 2010). A baixa autoestima e a perceção negativa de si mesmos, são outras das

³⁰ Tradução realizada pela autora.

manifestações resultantes do abuso físico (Peixoto e Ribeiro, 2010). Ainda de acordo com os autores, a vivência prolongada de abusos físicos pode igualmente, tornar estas crianças e jovens mais frágeis e vulneráveis ao surgimento de comportamentos autoagressivos e pensamentos suicidas. As vítimas revelam uma maior reatividade emocional, desencadeando mais frequentemente a reação de medo (Peixoto e Ribeiro, 2010).´

Na ótica de *Alabama Civil Justice Foundation* (ACJF), (n.d.), existem igualmente indicadores comportamentais que podem ser tidos em conta na deteção de situações de abuso físico, nomeadamente a dificuldade em andar, o uso de mangas compridas e calças durante o tempo quente, o facto de não querer despir-se na aula de educação física e a relutância em ir para casa. No entanto, alguns indicadores comportamentais, como o medo dos pais ou cuidadores, a apatia, a preocupação constante, bem como o facto do seu desempenho académico se deteriorar repentinamente, podem também ser enquadrados nos indicadores psicológicos.

No que respeita ao abuso sexual, segundo documento da OMS e ISPCAN (2006) este consiste no,

“envolvimento da criança na atividade sexual que ele ou ela não compreende plenamente, é incapaz de dar consentimento informado, ou para o qual a criança não está preparada a nível desenvolvimental, ou que viole as leis ou tabus sociais da sociedade”³¹ (p.10).

Na mesma linha de pensamento, Moreira (2007) menciona que sempre que um adulto interage com a criança com o intuito de obter gratificação sexual, estamos perante uma situação de abuso sexual. O mesmo autor, apoiando-se em Christian (1999) identifica assim, um conjunto de formas de abuso sexual, nomeadamente:

”a) o incesto (actividade sexual envolvendo membros da família); b) pedofilia (preferência sexual patológica de um adulto por crianças); c) exibicionismo (exposição de áreas sexuais); d) molestação (tocar ou acariciar as partes sexuais da criança); e) violação (penetração sexual formada); f) sadismo sexual (obter prazer sexual do sofrimento alheio); g) pornografia infantil (filmes ou fotografias que mostram crianças em actividades sexuais); h) prostituição infantil (a criança é obrigada a praticar atos sexuais em troca de dinheiro ou outras gratificações)” (p.24).

Importa no entanto ressaltar que, o abuso sexual apresenta-se como uma forma de maus tratos difícil de detetar e de diagnosticar, pois, pelo facto de ser um tema tabu na sociedade e de originar na vítima sentimentos de vergonha e medo, faz com que esta, os seus familiares ou outros que tenham conhecimento do caso, não peçam ajuda (Jardim e Magalhães, 2010). As mesmas autoras, apoiando-se em Heger *et al* (2002) e Finkel (2005), defendem que “A literatura refere que apenas uma pequena percentagem de crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual apresentam lesões observáveis no exame objectivo”

³¹ Tradução realizada pela autora.

(p.109). Na realidade, quando se verificam lesões, estas são, regra geral, inespecíficas, pelo que o seu contributo para o diagnóstico seguro é pouco substancial (Jardim e Magalhães, 2010). Contudo, de acordo com as mesmas autoras, “o exame médico-legal deve ser efetuado em todas as crianças e jovens em que haja suspeita de terem sido sexualmente abusadas” (p.110). Desta forma, para a avaliação do caso devem ser tidos em conta os vestígios físicos, como lesões e/ou sequelas; os vestígios biológicos, como por exemplo cabelos, pelos, sangue, saliva, sémen e esperma; os vestígios não biológicos, tais como lubrificantes, terra e folhagem; as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez (Jardim e Magalhães, 2010). Também na ACJF (n.d.) são enunciados outros indicadores, tais como cuecas manchadas ou rasgadas, dores frequentes de cabeça/estômago, falta de controlo intestinal e queixas de dor, comichão ou inchaço na zona genital. Assim, tendo em conta a complexidade de diagnóstico do abuso sexual, é essencial um estudo exaustivo do caso, envolvendo todos os profissionais intervenientes. O contexto social e cultural em que a situação ocorre não pode ser esquecido e a atuação dos profissionais deve ser sempre prudente, ponderada, determinada e rápida, pois a falta de atuação pode implicar a continuidade do abuso (Jardim e Magalhães, 2010). Ao longo da investigação clínica, é importante recorrer a um conjunto de procedimentos que permitam estabelecer uma relação de confiança e abertura entre o profissional e a criança/jovem, para que assim se possa clarificar a situação, da forma menos traumatizante possível (DGS, 2008).

No que diz respeito às manifestações do foro emocional decorrentes do abuso sexual, Peixoto e Ribeiro (2010), baseando-se em Finkelhor e Browne (1986) e em Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor (2001), sistematizam um conjunto de características sobre aquelas manifestações. Consideram assim que, muitas vezes, estas crianças e jovens são ansiosas, tendencialmente deprimidas e apresentam baixa autoestima. Têm crises de pânico, sentem-se desanimadas e impotentes, bem como inseguras e desconfiadas pelo facto de as pessoas que deviam garantir a sua segurança não as terem protegido. Apoiando-se ainda nos mesmos autores, Peixoto e Ribeiro (2010) referem também outros indicadores como “Isolamento social, mentira compulsiva, comportamentos regressivos, alterações comportamentais (fugas repetidas de casa ou da escola e abuso de álcool ou outras drogas)” (p.44). O desenvolvimento de uma “sexualização traumática”, a violência autodirigida e a ideação e/ou tentativas de suicídio, a presença de alterações alimentares (anorexia e bulimia), as alterações de sono e as dores de cabeça e abdominais sem razão aparente, são também manifestações decorrentes do abuso sexual (Finkelhor e Browne, 1986 e Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor, 2001, citados por Peixoto e Ribeiro, 2010).

Relativamente ao abuso emocional, de acordo com a OMS e ISPCAN (2006):

“envolve tanto incidentes isolados como um padrão de falha que perdura ao longo do tempo por parte dos pais ou cuidadores em providenciar um desenvolvimento apropriado e um ambiente de suporte à criança. Nesta categoria as atitudes podem ter uma grande probabilidade de lesar a criança tanto ao nível da saúde física como mental, bem como o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social”³² (p.10).

Moreira (2007), apoiando-se em Pagelow (1997), refere que o abuso emocional pode ser perpetrado de diversas formas, nomeadamente através de atitudes permissivas ou encorajadoras de comportamentos antissociais, atitudes de rejeição, humilhação, aterrorização, impedição da criança no envolvimento em atividades sociais normais, exploração da criança para benefício pessoal, negação de respostas emocionais e restrição de movimentos.

A sinalização e o diagnóstico de situações de abuso emocional a crianças e jovens é uma tarefa complexa na medida em que, a variedade de comportamentos que o caracterizam, associado ao facto de esta ser uma situação oculta e dissolvida na relação entre o cuidador e a criança ou jovem, condiciona e dificulta a identificação de indicadores psicológicos a eles associados, dado estes poderem manifestar-se de diferentes modos (Peixoto e Ribeiro, 2010). De acordo com a DGS (2008),

“O mau trato psicológico tem implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais. É de realçar que, em virtude dos sinais e sintomas serem similares aos presentes noutras situações, este tipo de mau trato nem sempre é identificado na avaliação dos casos.” (p.18).

Por outro lado, a qualquer outra forma de maus tratos vem sempre associado o abuso emocional, pois qualquer uma delas acarreta consigo sofrimento emocional (DGS, 2008). Apoiando-se num estudo realizado por Glaser e Doyle (1997), Peixoto e Ribeiro (2010) relatam que crianças vítimas de abuso emocional revelavam algum tipo de comprometimento ao nível do desenvolvimento e funcionamento psicológico, destacando-se a tristeza persistente, o atraso global de desenvolvimento, a baixa autoestima, o baixo rendimento escolar e os comportamentos opostos. Os mesmos autores, com base em Hart *et al* (2002), acrescentam ainda que, as crianças vítimas de abuso emocional são mais suscetíveis à manifestação de comportamentos autodestrutivos (ex: suicídio) e à internalização dos problemas, desenvolvendo mais facilmente quadros psicopatológicos, nomeadamente stress pós-traumático, depressão e problemas alimentares na adolescência e na idade adulta. Os sentimentos de abandono e rejeição estão muitas vezes presentes nestas vítimas, pois os comportamentos ofensivos vivenciados por elas criam um vazio emocional na relação que estabelecem com o cuidador (Peixoto e Ribeiro, 2010). Do

³² Tradução realizada pela autora.

mesmo modo, o isolamento social e a solidão decorrem da dificuldade que estas crianças sentem em estabelecer relações adequadas com os seus pares, pois as suas vivências condicionam o seu desenvolvimento, nomeadamente na dimensão interpessoal (Peixoto e Ribeiro, 2010). A dificuldade de concentração, a confusão mental e desorientação e a presença de enurese e/ou encoprese revelam-se também manifestações frequentes de abuso emocional (ACJF, n.d.).

Focando-nos agora na negligência, esta, de acordo com a OMS e ISPCAN (2006),

“envolve tanto incidentes isolados como um padrão de falha que perdura ao longo do tempo por parte dos pais ou cuidadores em providenciar o desenvolvimento e bem estar da criança (quando os mesmos estão em condições de o fazer) em uma ou mais das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras.”³³ (p.10).

Esta ideia é corroborada por Moreira (2007) que, apoiando-se em Pagelow (1997), acrescenta ainda a falta de cuidados de higiene, a falta de condições sanitárias, a falta de supervisão e o abandono, como formas de negligência.

No entanto, Dias, Ribeiro e Magalhães (2010) alertam para o facto de ser muitas vezes difícil compreender se a negligência é deliberada ou se decorre da ignorância ou da falta de capacidades dos cuidadores. Para a DGS (2008) e ACJF (n.d.), indicadores como a não prestação de cuidados de saúde adequados, nomeadamente a falta recorrente a consultas médicas, o não procurar ou prestar cuidados de saúde atempadamente quando estes são necessários, não cumprir o Plano Nacional de Vacinação, a falta de óculos ou de aparelhos auditivos quando necessários; a falta de cuidados de higiene (ex: sujidade acentuada, múltiplas picadas de inseto, eritema das fraldas recorrentes, roupa sujas e rasgadas) e a falta de cuidados ao nível da alimentação (ex: desnutrição, fome, baixo peso) devem ser tidos em conta. No entanto, de acordo com a DGS (2008),

“Há que realçar, contudo, que é imprescindível atender ao contexto de vida em que as evidências são observadas, uma vez que os sinais podem não ser resultante directa de uma carência na relação entre cuidadores e criança ou jovem mas, antes, terem origem na precariedade do contexto familiar, social e/ou económico em que a criança vive” (p.15).

O défice de suporte afetivo pode traduzir-se por dificuldades ao nível da socialização, hiperatividade, agressividade, enurese, encoprese e comportamentos de risco como toxicod dependência, alcoolismo ou delinquência (DGS, 2008). A ACJF (n.d.) aponta ainda outros indicadores nomeadamente, as faltas constantes à escola, o baixo rendimento escolar, o facto de ficar sozinho em casa por longos períodos de tempo e o relato, por parte da criança, de situações de toxicod dependência ou alcoolismo dos pais, causando falta de

³³ Tradução realizada pela autora.

supervisão. Assim, todos estes indicadores devem ser tidos em conta, no entanto, é essencial analisá-los sem nunca por de parte o contexto familiar da criança.

Centrando-nos agora nos sinais de alerta de maus tratos, relativamente a crianças e jovens com deficiência, o *National Resource Center on Child Abuse and Neglect* (NRCCAN) e o *Prevent Child Abuse America* (PCAA) apresentam no documento *Fact Sheet: Maltreatment of Children with Disabilities* (n.d.), elaborado conjuntamente, que “Os indicadores de maus tratos para as crianças com deficiência são os mesmos indicadores de maus tratos para os seus pares na população geral” ³⁴ (p.2). A mesma ideia é corroborada por Davis (2004), segundo o qual “Crianças com e sem deficiência partilham indicadores de maus tratos semelhantes”³⁵ (p.1).

Contudo, apesar de, na população geral ser muitas vezes difícil identificar os indicadores de maus tratos, no caso das crianças e jovens com deficiência essa tarefa é ainda mais complicada pois a maioria destas vítimas, devido aos problemas de comunicação e de cognição que apresentam, não são capazes de perceber e de contar que foram vítimas de maus tratos (Ammerman e Baladerian, 1993, citados por Hibbard *et al*, 2007).

Tal como é enunciado no documento da FENACERCI (2010) que temos vindo a referenciar,

“...é de extrema importância a identificação de alterações comportamentais, como a resistência à higiene, à troca de fraldas, ao toque, a fuga à presença de pessoas de determinado sexo ou a uma pessoa específica, uma retração de competências já adquiridas ou a exibição de um comportamento sexual desajustado em relação à idade” (p.9).

Um outro obstáculo que se coloca na identificação destas situações, prende-se com o facto de, muitas vezes, as características que estas crianças e jovens apresentam decorrentes da patologia, se confundirem com indicadores de maus tratos, como por exemplo, distúrbios de comportamento, hiperatividade e défice de atenção (FENACERCI, 2010). Aspectos relacionados com a alimentação, nomeadamente a má nutrição, e com os cuidados pessoais, como por exemplo, o uso prolongado da mesma roupa, podem também ser características de uma patologia e não indicadores de maus tratos (FENACERCI, 2010). Por outro lado, crianças com deficiência motora revelam um risco aumentado de sofrer lesões decorrentes de quedas (Hibbard *et al*, 2007). Do mesmo modo, crianças com deficiências neurosensoriais são mais suscetíveis a fraturas, sendo que, na ausência de dor, estas podem não ser detetadas a tempo. Crianças com discrasia sanguínea podem apresentar hematomas em locais pouco comuns. Assim, é importante que todos os profissionais que lidam com a criança, conheçam os padrões de lesões infligidas e não infligidas (Hibbard *et al*, 2007).

³⁴ Tradução realizada pela autora.

³⁵ Tradução realizada pela autora.

Por outro lado, pode acontecer a criança revelar indicadores comportamentais de maus tratos não entendidos como abusivos, pelo adulto (NRCCAN e PCAA, n.d.). De acordo com este documento “alterações comportamentais podem ser atribuídas à própria patologia ou à dificuldade em comunicar de forma apropriada”³⁶ (p.2). Também as lesões físicas resultantes de maus tratos são, muitas vezes desvalorizadas pelos cuidadores, quando a criança apresenta deficiência visual ou física (NRCCAN e PCAA, n.d.). Nas situações em que a vítima apresenta deficiência cognitiva, muitas vezes os seus relatos não são tidos como verdadeiros, principalmente quando apresentam situações que podem parecer improváveis ou inacreditáveis (NRCCAN e PCAA, n.d.). Consta-se assim que, exceto nas situações em que a criança consegue comunicar e em que os seus relatos são tidos como verdadeiros, a identificação de indicadores de maus tratos é uma tarefa muito complexa (NRCCAN e PCAA, n.d.).

Segundo o documento de NRCCAN e PCAA (n.d.),

“Na população em geral, as crianças vítimas de maus tratos revelam risco aumentado de desenvolver múltiplos problemas, incluindo depressão, ansiedade e baixa auto-estima. As consequências de maus tratos podem ser mais marcadas nas crianças com deficiência, devido ao seu estado físico e psicológico, por si só mais vulnerável”³⁷ (p.2).

O mesmo indica ainda que, de acordo com as pesquisas realizadas, quanto mais os maus tratos se prolongarem no tempo, mais danos vai causar (NRCCAN e PCAA, n.d.). Deste modo, visto que a identificação destas situações é mais difícil na criança com deficiência, ela encontra-se mais suscetível a sofrer as repercussões decorrentes dos maus tratos, a longo prazo (NRCCAN e PCAA, n.d.).

É por isso, essencial, conhecer a história natural das patologias, para não se fazer o diagnóstico errado de maus tratos (Hibbard *et al*, 2007), tendo sempre em conta que podem ser indícios de maus tratos quando coexistem fatores cumulativos (FENACERCI, 2010).

³⁶ Tradução realizada pela autora.

³⁷ Tradução realizada pela autora.

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V - DOS CONTEXTOS DE INVESTIGAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Notas introdutórias

Neste capítulo damos a conhecer as características das Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira (UAEEAMS), contexto onde decorre a investigação, bem como caracterizamos a amostra deste estudo. Damos também conta do caminho metodológico percorrido desde a elaboração do inquérito por questionário, passando pelos procedimentos éticos necessários, até à recolha e processo de organização da informação.

V.1. Respostas educativas a crianças com NEE: breve enquadramento até às UAEEAMS, como contexto de investigação

Ao longo dos anos, várias foram as respostas educativas dadas pelas escolas públicas no que diz respeito ao atendimento das crianças e jovens com multideficiência (CJM).

A primeira resposta surgiu com o Despacho Conjunto nº36/SEAE/SERE/88 que decretou diferentes respostas educativas, com modelos diversificados, de acordo com as necessidades educativas específicas das crianças, nomeadamente:

“1) Sala de apoio permanente, com subordinação ou não aos programas do sistema regular de ensino; 2) Sala de apoio temporário, individual ou em pequenos grupos. 3) Apoio educativo a crianças no domicílio, em jardim-de-infância ou classe regular, traduzindo-se no recurso a materiais especiais e ou na ajuda especializada a pais, professores e outros agentes educativos” (Despacho Conjunto nº36/SEAE/SERE/88).

De acordo com Bairrão (1998), o Conselho Nacional de Educação definiu a Sala de Apoio Permanente (SAP) como sendo,

“... um espaço, dentro da escola regular, com equipamentos específicos. Para estas salas são normalmente orientados alunos com deficiência mental severa, os multideficientes e os alunos com graves problemas de comunicação. As crianças frequentam a sala de apoio a tempo inteiro, participando da vida da escola nos momentos de recreio, cantina, festas e visitas” (pg.65).

Em 1997, os coordenadores de diversas Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos (ECAE) passam a designar as SAP de Unidades de Intervenção Especializada (UIE). A partir desta data, os alunos com multideficiência, apesar de continuarem nas Unidades, passam a fazer parte da sala do regular, que frequentam por curtos períodos de tempo e onde realizam atividades ou tarefas devidamente adequadas ao seu desenvolvimento (Silva, 2006).

Já em 2005, de acordo com as normas orientadoras da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), as Unidades passam a ser designadas de Unidades Especializadas em Multideficiência (UEM) e entendidas como:

“... um recurso pedagógico especializado dos estabelecimentos de ensino regular do ensino básico, constituindo-se como uma resposta educativa diferenciada que visa apoiar a educação dos alunos com multideficiência e com surdocegueira congénita, fornecendo-lhes meios e recursos diversificados. Com esta resposta educativa procura-se que os alunos tenham acesso a informação que os ajude a realizar aprendizagens significativas e possam participar em actividades desenvolvidas com os seus pares sem necessidades especiais.” (Pereira, 2005, p.14).

Ainda, de acordo com as normas orientadoras, a criação da UEM baseia-se em 3 pressupostos: 1) uma melhor gestão, concentração e potencialização dos recursos materiais e humanos (escassos e de difícil generalização); 2) a necessidade de recorrer a um vasto leque de estratégias, devido às diferentes competências que estes alunos apresentam, que lhes permita vivenciar experiências de sucesso; 3) a necessidade de criar meios e formas adequadas para que estes alunos possam aceder à informação, desenvolver-se e envolver-se de forma ativa nas aprendizagens e nas interações sociais (Pereira, 2005).

Em 2008, o Decreto-Lei nº 3/2008 vem sustentar legalmente a criação destas Unidades, que adquirem a designação de Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira Congénita (UAEEAMS). De acordo com o mesmo, as UAEEAMS “... constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida em escolas ou agrupamentos de escolas que concentrem grupos de alunos que manifestem essas problemáticas” (artigo 26º).

De acordo com o que é enunciado no Decreto-Lei nº 3/2008, constituem objetivos das UAEEAMS:

a) Promover a participação dos alunos com multideficiência e surdocegueira nas actividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem; b) Aplicar metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares visando o desenvolvimento e a integração social e escolar dos alunos; c) Assegurar a criação de ambientes estruturados, securizantes e significativos para os alunos; d) Proceder às adequações curriculares necessárias; e) Adoptar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família; f) Assegurar os apoios específicos ao nível das terapias, da psicologia e da orientação e mobilidade aos alunos que deles possam necessitar; g) Organizar o processo de transição para a vida pós-escolar” (artigo 26º).

Podemos assim perceber que as UAEEAMS constituem espaços de acompanhamento a CJM que estão integradas em turmas do ensino regular e que, simultaneamente, usufruem

do espaço da UAEEAMS para apoio especializado. Este apoio é prestado por professores de Educação Especial (EE) que trabalham diariamente na UAEEAMS e por equipas de técnicos especializados, nomeadamente, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e psicólogos, contratadas pelo Ministério da Educação ou por um Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), que se deslocam à escola. Em cada UAEEAMS existem também assistentes operacionais que auxiliam os docentes, prestando os cuidados necessários às CJM.

Relativamente a esta investigação, a opção de obter informações de profissionais que trabalham em várias UAEEAMS teve por intenção abranger o maior número possível de sujeitos, de forma a ampliar o conhecimento sobre o fenómeno em estudo. Assim, tendo também a intenção de abarcar uma área geográfica mais ampla tínhamos inicialmente previsto obter informações dos profissionais (professores de EE e assistentes operacionais) das 27 UAEEAMS de 1º ciclo, pertencentes aos concelhos do Porto, Maia, Matosinhos, Gondomar, Valongo e Vila Nova de Gaia, bem como das 4 equipas de técnicos especializados que prestam apoio nas mesmas. Todavia, apenas obtivemos autorização para a realização do estudo, de 9 UAEEAMS e de 3 equipas de técnicos.

V.2. A amostra

Neste ponto, apresentamos uma caracterização dos sujeitos que constituem a amostra³⁸ deste estudo. Esta caracterização baseia-se nos seguintes aspetos: género, faixa etária e número de anos a exercer funções em UAEEAMS. Este estudo contou com a participação de 50 profissionais dos quais, 18 são professores de EE, 13 são assistentes operacionais e 19 são técnicos de saúde. A caracterização mais pormenorizada destes sujeitos, por grupo profissional, é apresentada nos pontos seguintes.

Com o intuito de facilitar a análise dos dados e simultaneamente garantir o anonimato dos sujeitos, a identificação dos mesmos foi realizada, atribuindo aleatoriamente um número a cada um dos respondentes, de acordo com a ordem de receção dos inquéritos, independentemente da categoria profissional.

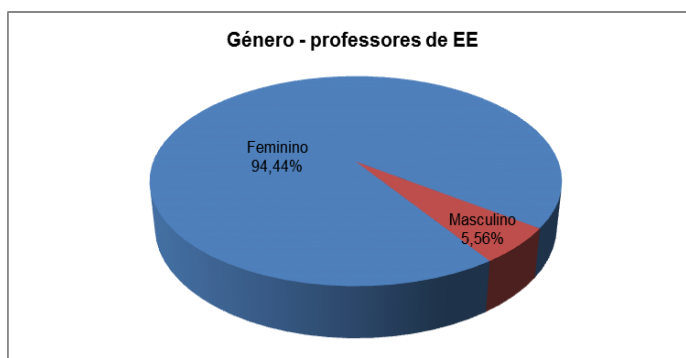
V.2.1. Caracterização dos professores de Educação Especial

Como referimos anteriormente, fizeram parte do estudo 18 professores de Educação Especial (EE). De forma a permitir uma análise mais detalhada dos dados relativos a este grupo de profissionais, sistematizamos essa informação em três gráficos: o gráfico nº1 que

³⁸ Esta amostra decorre de um universo de 58 profissionais.

apresenta a distribuição dos inquiridos por género, o gráfico nº2 respeitante à sua distribuição por faixa etária e o gráfico nº3 relativo aos anos de serviço em UAEEAMS.

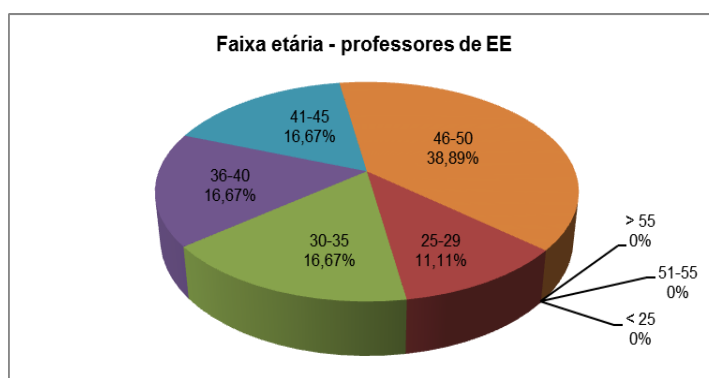
Gráfico nº 1 – Distribuição dos professores de EE por género



Da análise do gráfico nº1, podemos constatar que a maioria dos inquiridos é do sexo feminino, sendo apenas um dos participantes do sexo masculino.

No que respeita à faixa etária destes professores, estes foram agrupados em cinco intervalos: 25-29; 30-35; 36-40; 41-45; 46-50. O gráfico nº2 evidencia a distribuição da faixa etária dos professores por esses cinco grupos.

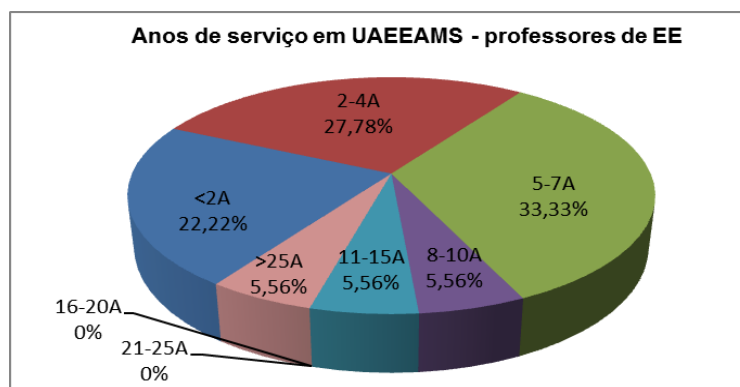
Gráfico nº2 – Distribuição dos professores de EE por faixa etária



Como se observa no gráfico nº2, a maioria dos docentes de EE participantes no estudo (38,89%) tem idade compreendida entre os 46 e os 50 anos. Seguem-se os participantes com idades compreendidas entre os 30 e os 35, os 36 e os 40 e entre os 41 e os 45 anos, representando cada uma 16,67% dos inquiridos. Os sujeitos com faixa etária entre os 25 e os 29 anos representam 11,11% dos inquiridos. Nenhum dos inquiridos tem idade inferior a 25 anos e superior a 50.

Relativamente aos anos de serviço, o gráfico nº3 sistematiza essa informação.

Gráfico nº3 – Distribuição dos professores de EE por anos de serviço em UAEEAMS



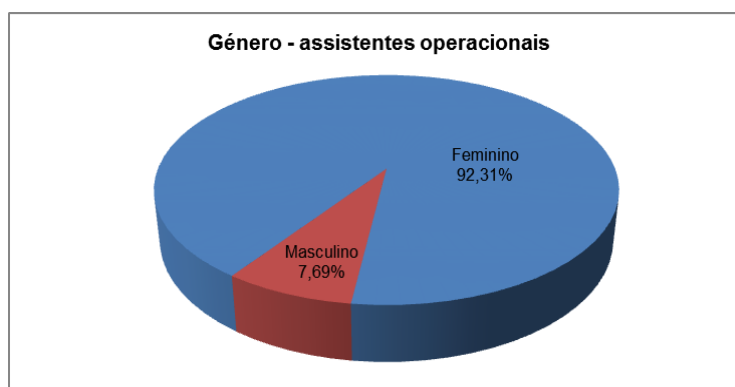
Constata-se que 50% dos docentes de EE trabalham neste contexto há menos de 5 anos e 33,33% trabalham entre os 5 e os 7 anos. Dos restantes profissionais, 5,56% exerce funções em UAEEAMS entre 8 e 10 anos, 5,56% entre 11 e 15 anos e 5,56% há mais de 25 anos. Constatamos ainda que nenhum docente apresenta tempo de serviço em UAEEAMS entre os 16 e os 25 anos.

V.2.2. Caraterização dos assistentes operacionais

A caraterização dos 13 assistentes operacionais participantes no estudo foi organizada nos gráficos nº4, nº5 e nº6.

O gráfico nº4 situa este grupo de profissionais relativamente à variável género.

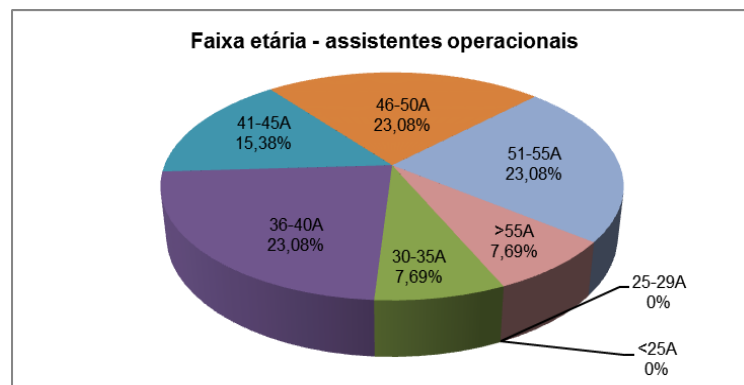
Gráfico nº4 – Distribuição dos assistentes operacionais por género



Da análise do gráfico nº4 pode-se verificar que, apenas 7,69% (1 assistente operacional) é do sexo masculino.

Quanto à faixa etária, os dados foram organizados em seis intervalos: 30-35; 36-40; 41-45; 46-50; 51-55; mais de 55. O gráfico nº5 sintetiza essa informação.

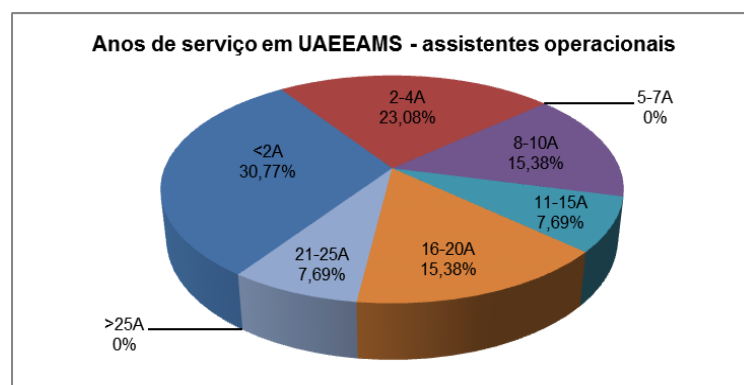
Gráfico nº5 – Distribuição dos assistentes operacionais por faixa etária



Através da análise do gráfico nº5 constatamos que todos os assistentes operacionais apresentam idade superior a 29 anos, sendo que apenas 7,69% têm idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos e só 7,69% apresentam mais de 55 anos. As faixas etárias compreendidas entre os 36 e os 40 anos, os 46 e os 50 anos e os 51 e os 55 anos representam individualmente 23,08% dos assistentes operacionais. Os participantes com idades entre os 41 e os 45 anos correspondem a 15,38% destes profissionais. Observamos assim que os assistentes operacionais inquiridos têm idade mínima de 30 e máxima superior a 55 anos, o que nos permite concluir que comparativamente aos docentes de EE são, regra geral, um pouco mais velhos.

Quanto aos anos de serviço em UAEEAMS, o gráfico nº6 permite uma leitura objetiva dessa variável.

Gráfico nº6 – Distribuição dos assistentes operacionais por anos de serviço em UAEEAMS



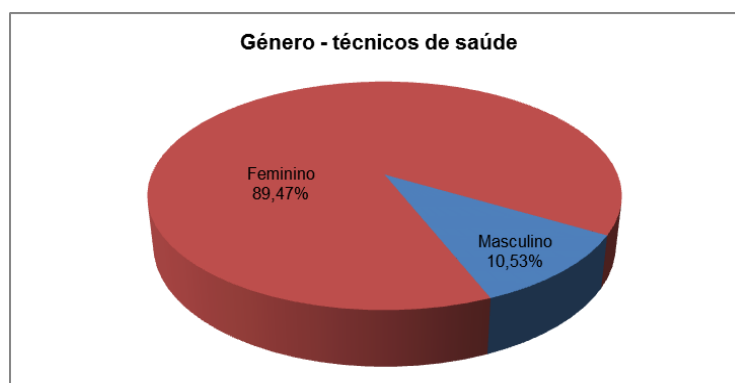
Pode-se constatar que mais de metade dos sujeitos (53,85%) exerce funções em UAEEAMS há menos de 5 anos, ou seja, 30,77% há menos de 2 anos e 23,08% entre os 2 e 4 anos. Relativamente ao tempo de serviço compreendido entre 5 e 7 anos, podemos observar que não abrange nenhum assistente operacional. Verificamos ainda que 15,38% dos assistentes operacionais trabalham em UAEEAMS entre 8 e 10 anos, 7,69% entre 11 e

15 anos, 15,38% entre 16 e 20 anos, 7,69% entre 21 e 25 anos e que nenhum profissional desempenha funções neste contexto há mais de 25 anos.

V.2.3. Caraterização dos técnicos de saúde

Como aludimos anteriormente, colaboraram neste estudo 19 técnicos de saúde. Os dados de caraterização destes sujeitos, quanto ao género, profissão, faixa etária e anos de serviço em UAEEAMS, foram sistematizados nos gráficos nº7, nº8, nº9 e nº10, respetivamente.

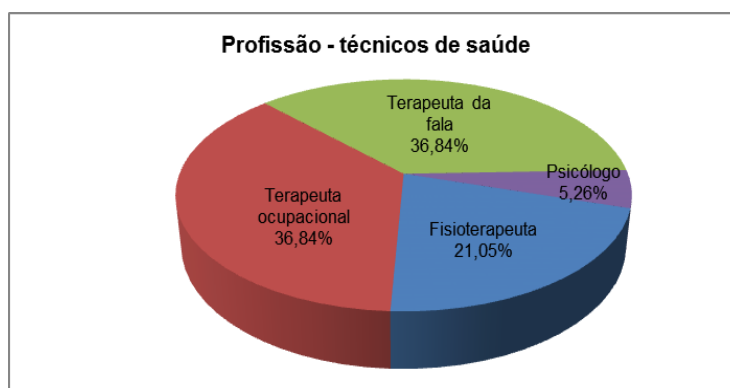
Gráfico nº7 – Distribuição dos técnicos de saúde por género



Como se pode observar da análise do quadro nº7, 89,47% (17 inquiridos) são do sexo feminino e 10,53% (2) do sexo masculino.

A distribuição dos técnicos de saúde que trabalham na UAEEAMS, contexto onde foi realizada esta investigação, de acordo com a sua profissão, foi sistematizada no gráfico nº8..

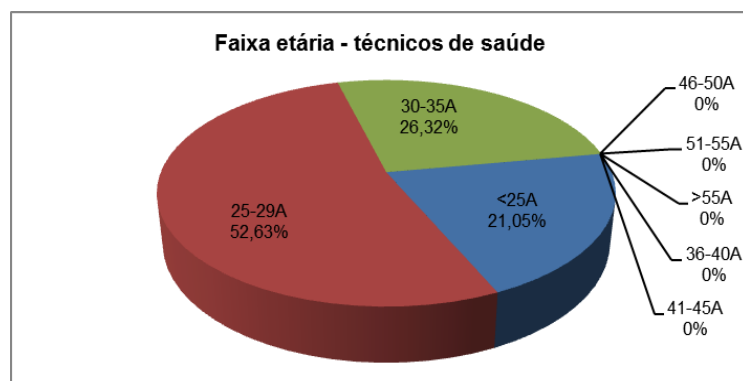
Gráfico nº 8 – Distribuição dos técnicos de saúde por profissão



A leitura do gráfico mostra que os terapeutas da fala e os terapeutas ocupacionais são as profissões com maior representatividade no grupo de técnicos de saúde participantes no estudo (ambos 36,84%), seguidos dos fisioterapeutas (21,05%) e dos psicólogos (5,26%).

A faixa etária deste grupo de profissionais enquadra-se nos 3 intervalos expressos no gráfico nº9.

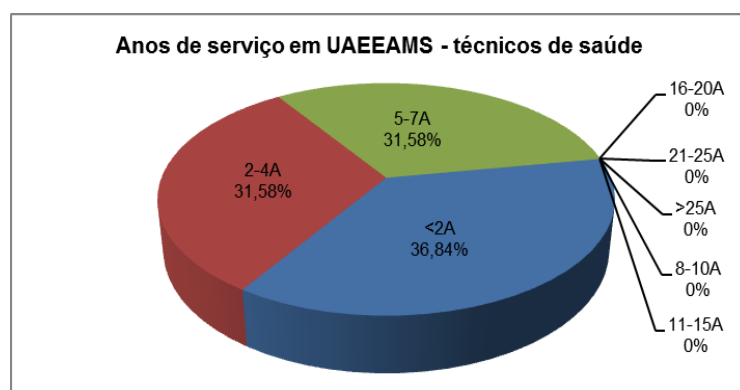
Gráfico nº9 – Distribuição dos técnicos de saúde por faixa etária



A idade máxima dos técnicos de saúde é 35 anos, sendo que mais de metade (52,63%) apresentam idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos. Verificamos igualmente que 21,05% têm menos de 25 anos e 26,32% encontram-se entre os 30 e os 35 anos. Desta forma, podemos concluir que os técnicos de saúde são os profissionais mais jovens a exercer funções em UAEEAMS, comparativamente com os professores de EE e com os assistentes operacionais. É ainda de salientar que, enquanto que os técnicos de saúde abrangem idades inferiores aos 25 anos, em nenhuma das outras classes profissionais isso acontece.

Quanto aos anos de serviço em UAEEAMS, este grupo de profissionais enquadra-se em três intervalos de idade, conforme mostra o gráfico nº10.

Gráfico nº10 – Distribuição dos técnicos de saúde por anos de serviço em UAEEAMS



Todos os técnicos de saúde exercem funções neste contexto há menos de 8 anos, ou seja, 36,84% trabalha em UAEEAMS há menos de 2 anos, 31,58% apresenta entre 2 a 4 anos de serviço neste contexto e 31,58% entre 5 a 7 anos. Deste modo, e tal como acontece na faixa etária, também os técnicos de saúde revelam, de uma forma geral, ser os profissionais com menos experiência profissional nas UAEEAMS.

V.3 Procedimentos metodológicos

Neste ponto damos conta de todo o processo que envolveu a elaboração, a aplicação e a análise das informações recolhidas através do inquérito por questionário.

V.3 1. A construção do inquérito por questionário e a realização do pré-teste

Para a realização deste estudo recorreremos, como referimos, ao inquérito por questionário de perguntas abertas e fechadas por consideramos ser o meio mais eficaz para atingir os objetivos a que nos propusemos. No que diz respeito à estrutura do inquérito por questionário, apoiamo-nos nas ideias de Hill e Hill (2008). Relativamente ao conteúdo e às questões a contemplar, tendo em conta a problemática em estudo, baseamo-nos, entre outros, nos seguintes autores e documentos: Dias, Ribeiro e Magalhães (2010), Moreira (2007, apoiando-se em Pagelow, 1997 e em Christian, 1999), Magalhães *et al* (2010), Peixoto e Ribeiro (2010), Govindshenoy e Spencer (2006), Montano (2010) e documentos da FENACERCI (2010), da OMS e ISPCAN (2006) e de *Alabama Civil Justice Foudation* (n.d.).

De forma específica, as questões e os objetivos que nortearam este estudo constituíram a linha de partida para a elaboração do inquérito e para a definição das secções que o constituem. Assim, a secção 1 foi organizada com vista a caracterizar os participantes do estudo em termos sociodemográficos. Na secção 2, a intenção foi colher informações que permitissem responder à questão *“Quais as percepções que os profissionais têm relativamente ao fenómeno dos maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?”*. A secção 3 englobou um conjunto de itens que visaram colher dados para responder à questão *“Qual o conhecimento que os profissionais têm sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?”*. Neste caso concreto, dada a especificidade do tópico, apoiámo-nos em Magalhães *et al* (2010), Peixoto e Ribeiro (2010) e em documentos da FENACERCI (2010) e de *Alabama Civil Justice Foudation*. (n.d.), sobre os diversos indicadores de abusos. A última secção focou-se em duas questões centrais deste estudo *“Como atuam os profissionais perante a deteção de uma situação de maus tratos, a uma criança/jovem com multideficiência?”* e *“Qual o conhecimento que os profissionais têm sobre legislação e sobre procedimentos legais após denúncia?”*. Neste caso, as perguntas formuladas tiveram por base Montano (2010) e a legislação existente sobre o tema, nomeadamente a lei nº 147/99 - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo - e o artigo 242º do Código de Processo Penal, que determina a obrigatoriedade de denúncia por parte dos funcionários públicos perante a suspeita de maus tratos a crianças.

Após a elaboração do inquérito por questionário, procedemos à realização do pré-teste. Neste caso, a aplicação do inquérito foi feita diretamente a 8 profissionais - 2 assistentes

operacionais, 2 professores de EE, 2 terapeutas da fala, 1 fisioterapeuta e 1 terapeuta ocupacional – que exercem funções em duas UAEEAMS da região do grande Porto. Durante a aplicação, fomos anotando as observações feitas pelos inquiridos e, finalizada a aplicação do mesmo, analisámos os comentários e sugestões e procedemos à reformulação do inquérito. Assim, optámos por retirar a questão 2.1. por ter sido considerado que a resposta à mesma estava já dada na questão 2.2. A questão 2.4. foi também reformulada, de forma a conseguirmos retirar uma informação mais rica da mesma, desta forma solicitámos a descrição dos sinais de alerta em vez da descrição da situação. Devido à alteração sofrida, esta questão passou a integrar a secção 3. Pensámos ainda que o questionário nos daria mais informação relevante para o estudo se conseguíssemos perceber qual o contexto que, na opinião destes profissionais, é mais favorável à ocorrência de maus tratos, pelo que acrescentámos na secção 2 uma questão sobre o tema.

A junção das alterações sugeridas pelos inquiridos e as reformulações feitas após análise das respostas permitiu-nos conceber um inquérito (anexo 1) mais coerente e de mais fácil compreensão para quem o preencheu, na fase seguinte do estudo.

V.3 2. Procedimentos éticos

Terminada a fase do pré-teste, procedemos ao pedido de apreciação e parecer para a investigação à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João, da qual obtivemos resposta positiva no dia 10 de Janeiro de 2012 (anexo 2). Simultaneamente, submetemos o inquérito por questionário na plataforma da Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC).

Após o parecer positivo da Comissão de Ética, iniciámos o contacto telefónico com as direcções dos 27 Agrupamentos e dos 2 Centros de Recursos para a Inclusão (CRI) envolvidos no estudo, com o objetivo de saber qual o procedimento necessário para realizar o pedido de autorização para a aplicação dos inquéritos aos profissionais de cada uma das UAEEAMS abrangidas pelo estudo. Das 27 direcções de Agrupamento, 21 solicitaram um pedido de autorização por escrito com os objetivos do estudo e o respetivo questionário, 4 informaram ser necessária a autorização da DGIDC e 2 deram, de imediato, resposta positiva, informando que os profissionais tinham autonomia para decidir participar ou não no estudo. Do mesmo modo, os 2 Centros de Recursos para a Inclusão (CRI) solicitaram um pedido de autorização por escrito.

Como resultado deste procedimento, num total de 29 pedidos de autorização, obtivemos 11 respostas favoráveis (9 Agrupamentos e 2 CRI) (anexo 3)³⁹.

³⁹ Por razões do volume do trabalho, incluímos apenas uma das autorizações dos Agrupamentos.

Após a receção das autorizações, iniciámos a aplicação dos inquéritos por questionário. Dos 9 Agrupamentos que deram autorização para a realização do estudo, 7 rececionaram os inquéritos através dos técnicos que lá exercem funções e 2 receberam através de correio eletrónico. No que diz respeito aos técnicos, os inquéritos foram entregues em mão pela investigadora, sem que, contudo, esta estivesse presente no momento do seu preenchimento. Juntamente com o questionário foi entregue a Informação ao Participante (anexo 4) e o Consentimento Informado (anexo 5). Neste último documento constavam as seguintes informações: identificação do investigador responsável e forma de ser contactado; objetivo da investigação e metodologia; benefícios esperados e riscos possíveis; incómodos derivados da participação; carácter voluntário da participação; tempo disponível para refletir sobre o pedido de participação e liberdade para decidir; possibilidade de retirada do estudo; garantia da privacidade e da confidencialidade e conhecimento sobre a aprovação da investigação pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João – EPE.

V.3.3. A organização da informação

Tomando por base as questões e os objetivos que orientam este estudo, a informação foi organizada em dimensões e categorias previamente definidas (Bardin, 1979). Para analisar as respostas às perguntas fechadas recorreremos ao tratamento estatístico, através de uma análise descritiva dos dados. A informação foi organizada e esquematizada em quadros e gráficos, que apoiaram a análise dos dados. Para tratar a informação recolhida através das perguntas abertas procedemos, numa fase inicial, a uma “leitura flutuante” de todas as respostas obtidas, a partir da qual construímos grelhas que contêm as respostas de todos os inquiridos (anexo 6)⁴⁰. Num segundo momento, a informação foi organizada numa relação estreita com as questões e objetivos orientadores da investigação e, mais especificamente, com as questões estruturantes do inquérito por questionário, obedecendo, assim, a uma estrutura em torno de dimensões, categorias e unidades de registo (Bardin, 1979) (anexo 7)⁴¹. Foi com base nessa estrutura que construímos o quadro nº1 onde sistematizamos essas dimensões e categorias de análise.

⁴⁰ Por razões do volume do trabalho, incluímos apenas um exemplo da questão 2.3. do grupo de professores de Educação Especial.

⁴¹ Por razões do volume do trabalho, incluímos apenas um exemplo da análise da informação de uma categoria pertencente ao grupo dos técnicos de saúde.

Quadro nº1 - Dimensões e categorias de análise

Dimensões	Categorias
Percepções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	- Importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos
	- Maus tratos a crianças/jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência
	- Contextos de ocorrência de maus tratos
	- Fatores de risco associados aos maus tratos
Percepções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	- Contacto com situações de maus tratos
	- Grau de importância de sinais de alerta
Atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência	- Atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos
	- Denúncia de situações de maus tratos
	- Conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia

Foi com base nestas dimensões e categorias que estruturámos a análise dos dados, que no capítulo seguinte apresentamos.

CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Notas introdutórias

Este capítulo apresenta e discute os dados, com base nas dimensões e categorias anteriormente indicadas. Os dados são apresentados de forma independente, por grupos de profissionais: professores de Educação Especial, assistentes operacionais e técnicos de saúde. No final desta análise, cruzamos os diferentes discursos, procurando estabelecer proximidades e distanciamentos entre eles existentes.

VI.1. Percepções dos professores de Educação Especial

Os discursos dos professores de Educação Especial (EE) foram analisados de acordo com as dimensões: a) *percepções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; b) *percepções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; c) *atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*. Em cada uma destas dimensões teve-se em conta um conjunto de categorias decorrentes da estrutura do próprio questionário.

VI.1.1. Percepções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Esta dimensão é analisada de acordo com as seguintes categorias: a) *a importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos*; b) *maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; c) *contextos de ocorrência de maus tratos*; d) *fatores de risco associados aos maus tratos*.

VI.1.1.1. Importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos

De um modo geral, os professores de EE atribuem elevada importância a qualquer um dos tipos de maus tratos. O quadro nº2 ilustra o grau de importância que estes profissionais atribuem aos diferentes tipos de maus tratos: Físico, Emocional, Sexual Negligência.

Quadro nº2 – Grau de importância dos diferentes tipos de maus tratos de acordo com os professores de EE

Tipos de Maus Tratos	Grau de Importância					Não respostas
	1	2	3	4	5	
Abuso Físico	1	0	0	0	16	1
Abuso Emocional	0	2	0	0	16	0
Abuso Sexual	1	0	0	2	15	0
Negligência	0	1	2	1	14	0
Outro	0	0	0	0	0	0

Abuso físico...

Observando o quadro nº2 podemos constatar que dos 18 inquiridos, 16 (88,89%) atribuem uma importância elevada ao abuso físico. Observa-se, contudo, que um dos respondentes assinala o valor 1 (nenhuma importância). Esta resposta pode, eventualmente, estar relacionada com uma interpretação errada da escala, podendo o valor 1 ter sido entendido como correspondendo ao valor máximo.

Em termos gerais, a perceção dos professores de EE relativamente ao grau de gravidade das diferentes formas de abuso físico varia entre muita gravidade e máxima gravidade. O quadro nº3 permite analisar de forma mais detalhada as respostas dadas por estes profissionais.

Quadro nº3 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso físico de acordo com os professores de EE

Formas de abuso físico	Grau de Gravidade					Não respostas
	1	2	3	4	5	
Bater	0	1	2	4	11	0
Pontapear	1	0	0	3	14	0
Abanar	2	0	3	6	6	1
Morder	1	1	0	1	15	0
Queimar	1	0	0	0	17	0
Sufocar	1	0	0	0	17	0
Envenenar	1	0	0	0	17	0
Outra	0	0	0	0	0	0

Assim, a partir da análise do quadro, constatamos que 11 docentes de EE (61,11%), ou seja, mais de metade, consideram que o **bater** é um comportamento extremamente grave. Já 4 destes profissionais (22,22%) assinalam este comportamento como muito grave e 2 (11,11%) atribuem-lhe apenas alguma gravidade. Unicamente 1 participante (5,56%) perceciona o **bater** como pouco grave. O **pontapear** é uma outra forma de abuso físico indicada por 14 inquiridos (77,78%) como extremamente grave e para 3 (16,67%) como muito grave. Apenas 1 profissional (5,56%) assinala este comportamento

como não representativo de gravidade. De entre todos os comportamentos aqui mencionados, o **abandar** é aquele que contempla uma distribuição mais homogênea de respostas. Assim, 6 dos inquiridos (33,33%) consideram que se reveste de elevada gravidade, e o mesmo número (33,33%) percebem-no como muito grave. Já 3 (16,67%) consideram um comportamento com alguma gravidade e 2 (11,11%) sem qualquer gravidade.

Para 15 docentes de EE (83,33%) o **morder** é entendido como extremamente grave. Os restantes 3 dividem as suas opiniões entre o muito grave (5,56%), pouco grave (5,56%) e nada grave (5,56%). Os comportamentos: **queimar**, **sufocar** e **envenenar** são classificados pelos participantes de igual forma, sendo que 17 (94,44%) os consideram extremamente graves e apenas 1 inquirido (5,56%) não lhes atribui qualquer gravidade. A discrepância verificada nestas respostas é notória, o que nos pode indicar que o inquirido que considera que estes comportamentos não têm qualquer gravidade, pode ter feito uma interpretação errada da escala, tendo em conta que é o mesmo indivíduo que assinala essas opções. Na ótica de um dos participantes, o partir um braço a uma criança é uma outra forma de abuso físico que se reveste de extrema gravidade.

Em síntese, constatamos que para estes profissionais, **queimar**, **sufocar** e **envenenar** são comportamentos que se revestem de maior gravidade. Por outro lado, **abandar** é aquele considerado menos grave e o que divide mais as opiniões entre os professores de EE.

Abuso emocional....

O abuso emocional, tal como acontece no físico, é assinalado por 16 inquiridos (88,89%) com o valor máximo de importância (quadro nº2). Todavia, para 2 dos profissionais (11,11%) o abuso emocional é assinalado no valor 2 da escala (pouca importância). O facto deste tipo de maus tratos não resultar, muitas vezes, em danos visíveis como por exemplo o abuso físico, pode estar na origem destas respostas. O quadro nº4 sintetiza as percepções que os professores de EE têm relativamente ao grau de gravidade de cada uma das formas de abuso emocional, permitindo-nos fazer uma análise mais detalhada da opinião dos inquiridos.

Quadro nº4 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso emocional de acordo com os professores de EE

Formas de abuso emocional	Grau de Gravidade					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Rejeição	1	0	0	4	12	1
Humilhação	0	0	0	4	13	1
Aterrorização	0	0	0	4	13	1
Isolamento	0	1	1	7	8	1
Práticas erradas de socialização	0	2	0	6	9	1

Exploração	0	0	0	3	13	2
Negação de respostas emocionais	0	0	1	7	8	2
Limitação/restrrição	0	0	2	4	10	2
Falta de respeito pela privacidade da criança/jovem	0	2	0	3	11	2
Atitudes de intolerância para com a criança/jovem	0	2	0	3	11	2
Atitudes de indiferença para com a criança/jovem	0	0	0	3	13	2
Outra	0	0	0	0	0	0

Analisando o quadro, podemos perceber que para 12 professores (66,67%) a **rejeição** é indicada como sendo uma forma de abuso emocional extremamente grave e que para 4 (22,22%) é considerada muito grave. No entanto, uma opinião diferente é dada por 1 dos inquiridos (5,56%), para quem esta atitude não assume qualquer gravidade. Salientamos o facto de 1 participante (5,56%) não ter respondido a esta questão. Verificamos também que os docentes apresentam uma mesma opinião no que diz respeito à **humilhação** e à **aterroização**. Assim, 13 profissionais (72,22%) consideram que estas duas forma de abusar psicologicamente das crianças e jovens com multideficiência são de extrema gravidade e 4 inquiridos (22,22%) assinalam-na como muito grave. Constatamos também que 1 inquirido (5,56%) não respondeu à questão.

Relativamente ao **isolamento**, observamos uma grande variedade de opiniões. Se, por um lado, 8 professores (44,44%) consideram que esta é uma forma de abuso emocional extremamente grave e 7 (38,89%) a consideram muito grave, por outro lado, 1 (5,56%) atribui-lhe apenas alguma gravidade e 1 (5,56%) é mesmo da opinião que é pouco grave. 1 dos inquiridos não respondeu à questão.

No que diz respeito às **práticas erradas de socialização**, 9 inquiridos (50%) registam estes comportamentos no valor máximo de gravidade. Já no que diz respeito aos restantes 50%, verificamos que a sua opinião se divide: 6 (33,33%) assinalam que é muito grave e 2 (11,11%) atribuem-lhe pouca gravidade. No entanto, 1 (5,56%) não deu a sua opinião nesta pergunta.

No que concerne à **exploração** e às **atitudes de indiferença** para com a criança/jovem com multideficiência, a maioria dos participantes, ou seja, 13 (72,22%) percecionam-nas como sendo extremamente graves, 3 (16,67%) indicam-nas como muito graves. Salientamos ainda o facto de 2 inquiridos (11,11%) não terem emitido a sua opinião.

Ainda no âmbito desta categoria, podemos observar que para 8 docentes de EE (44,44%) a **negação a respostas emocionais** é um comportamento considerado extremamente grave e para 7 (38,89%) é assinalado como muito grave. Na ótica de 1 professor (5,56%) este comportamento tem alguma gravidade. Mais uma vez, podemos constatar que 2 profissionais (11,11%) não deram a sua opinião.

A **restrição dos movimentos em crianças e jovens**, impondo barreiras, limites ou proibições desajustadas é considerada por 10 docentes (55,56%) de extrema gravidade, por 4 (22,22%) de muita gravidade e uma minoria, 2 (11,11%), é da opinião que este comportamento é algo grave. Verifica-se ainda a não resposta de 2 inquiridos (11,11%).

Por último, a **falta de respeito pela privacidade** e as **atitudes de intolerância** para com as crianças e jovens portadores de multideficiência são formas de abuso emocional que são assinaladas por 11 profissionais (61,11%) de extrema gravidade e por 3 docentes (16,67%) como sendo muito graves. No entanto, uma opinião diferente é assumida por 2 professores (11,11%), para os quais estas atitudes têm pouca gravidade. Tal como tem vindo a suceder, 2 dos participantes (11,11%) não responderam à questão.

Em síntese, podemos observar que a **humilhação**, a **aterrorização**, a **exploração** e as **atitudes de indiferença** para com a criança/jovem com multideficiência são as formas de abuso emocional que, na opinião dos professores de EE assumem maior gravidade. Por outro lado, a **rejeição** é percecionada como a atitude de menor gravidade. Salientamos ainda o facto do **isolamento** ser o comportamento que reúne menor consenso entre esta categoria profissional, no que diz respeito ao grau de gravidade do mesmo.

Abuso sexual...

O abuso sexual é, igualmente percecionado, como sendo de elevada importância por parte de 15 docentes (83,33%), 2 (11,11%) atribuem muita importância e 1 (5,56%) não lhe atribui qualquer importância (quadro nº2). Aqui, tal como na situação relativa ao abuso físico poderá, eventualmente, ter havido uma interpretação errada da escala, uma vez que constatamos que se trata do mesmo profissional. No que respeita às diferentes formas que o abuso sexual pode assumir, a opinião dos docentes de EE é, de forma geral, semelhante, não se verificando grandes variações nas respostas. Para nos ajudar a compreender um pouco melhor o ponto de vista destes profissionais, sistematizamos os dados no quadro nº5.

Quadro nº5 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso sexual de acordo com os professores de EE

Formas de abuso sexual	Grau de Gravidade					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Incesto	0	0	0	0	17	1
Pedofilia	0	0	0	1	16	1
Exibicionismo	0	0	0	3	14	1
Molestação	0	0	0	0	17	1
Sadismo sexual	0	0	0	1	16	1
Pornografia infantil	0	0	0	2	15	1
Violação	0	0	0	0	17	1
Outra	0	0	0	0	0	0

Através da análise do quadro constatamos que a totalidade dos professores de EE que atribuíram algum grau de gravidade às diversas formas de abuso sexual, (94,44%) consideram que o **incesto**, a **molestação** e a **violação** são de elevada gravidade. No que diz respeito à **pedofilia** e ao **sadismo sexual** podemos verificar que para 16 profissionais (88,89%) estes comportamentos são assinalados como sendo extremamente graves e apenas para 1 (5,56%) são apontados como muito graves. Relativamente ao **exibicionismo**, 14 docentes (77,78%) assinalam esta forma de abuso como sendo de extrema gravidade e 3 (16,67%) percecionam-na como muito grave. Na ótica de 15 participantes (83,33%) a **pornografia infantil** é uma forma de abuso sexual extremamente grave e para os restantes 2 (11,11%) é um comportamento muito grave.

Em resumo, o **incesto**, a **molestação** e a **violação** são as formas de abuso sexual que se revestem de maior gravidade para a totalidade dos profissionais que responderam. Já o **exibicionismo**, apesar de ser considerado um comportamento extremamente grave pela maioria dos inquiridos, é também aquele que mais divide opiniões entre o muito grave e o extremamente grave.

Negligência...

A negligência é a forma de maus tratos que revela maior variabilidade de respostas: 14 profissionais (77,78%) atribuem-lhe importância máxima; 1 (5,56%) atribui muita importância; 2 (11,11%) atribuem alguma importância e 1 (5,56%) atribui pouca importância (quadro nº2). Mais uma vez podemos pensar que este último inquirido poder ter feito uma interpretação errada da escala. A variedade de respostas em relação à negligência pode relacionar-se com o facto de, tal como acontece com o abuso emocional, poder não apresentar marcas visíveis. Quanto às diferentes formas que a negligência pode assumir, o quadro nº6 sistematiza os dados recolhidos, auxiliando assim uma análise mais detalhada das opiniões destes profissionais.

Quadro nº6 – Grau de gravidade das diferentes formas de negligência de acordo com os professores de EE

Formas de negligência	Grau de Gravidade					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Cuidados de saúde	0	0	1	2	15	0
Higiene pessoal	0	0	4	5	9	0
Alimentação	0	0	1	4	13	0
Segurança doméstica	0	2	4	0	12	0
Condições sanitárias	0	3	3	5	6	1
Condições habitacionais	1	2	3	5	5	2
Abandono	0	0	0	1	17	0
Supervisão	0	0	2	6	10	0
Educacional	0	2	1	4	11	0
Emocional	0	0	3	4	11	0
Exposição à violência	0	0	0	4	14	0
Outra	0	0	0	0	0	0

A **falta de cuidados de saúde** é uma das formas de negligência que, na opinião da maioria dos docentes é assinalada como mais grave, sendo para 15 profissionais (83,33%) um comportamento de gravidade extrema, para 2 (11,11%) de muita gravidade e para 1 (5,56%) de alguma gravidade.

Relativamente à **escassez** ou **ausência de cuidados de higiene pessoal**, 9 inquiridos (50%) consideram que é uma forma de negligência extremamente grave. Já a opinião dos restantes 50% está dividida: no entender de 5 profissionais (27,78%) a falta de **cuidados de higiene pessoal** representa um comportamento muito grave e para os restantes 4 (22,22%) é de alguma gravidade.

A **negligência ao nível da alimentação** assume para 13 dos docentes de EE (72,22%) uma gravidade extrema, para 4 (22,22%) muita gravidade e apenas para 1 (5,56%) dos inquiridos é de alguma gravidade.

No que diz respeito à **falta de segurança doméstica**, 12 profissionais (66,67%) consideram que é uma forma de negligência extremamente grave e 4 inquiridos (22,22%) a registam como se revestindo de alguma gravidade. Para 2 docentes (11,11%) é assinalada como um comportamento negligente pouco grave.

A **falta de condições sanitárias** é apontada como uma situação extremamente grave para 6 profissionais (33,33%), muito grave para 5 (27,78%), com alguma gravidade para 3 inquiridos (16,67%) e pouco grave para 3 profissionais (16,67%).

A **falta de condições habitacionais** é a forma de negligência que apresenta maior variedade de opiniões. Assim, se por um lado, para 5 profissionais (27,78%) esta é uma situação de extrema gravidade, para 5 (27,78%) muito grave e para 3 (16,67%) de alguma gravidade; por outro, no entender de 2 dos inquiridos (11,11%) é pouco grave e 1 (5,56%) considera mesmo que é uma situação sem qualquer gravidade. Constatamos ainda que 2 docentes (11,11%) omitiram a sua opinião relativamente ao tema.

Relativamente ao **abandono** verifica-se que a opinião é bastante consensual, na medida em que apenas 1 dos inquiridos (5,56%) considera uma forma de negligência muito grave. Os restantes 17 profissionais (94,44%) percecionam o **abandono** como um comportamento de extrema gravidade.

A **falta de supervisão por parte dos cuidadores** é um tipo de negligência considerada extremamente grave para 10 dos docentes (55,56%) e muito grave para 6 (33,33%). Já na opinião de 2 dos inquiridos (11,11%) é um comportamento indicado como sendo de alguma gravidade. A **incapacidade ou ausência de cuidados para promover uma educação adequada** é, na opinião de 11 inquiridos (61,11%), uma forma de negligência extremamente grave e para 4 (22,22%) muito grave. Por outro lado, 1 (5,56%) perceciona esta incapacidade como uma situação de alguma gravidade e 2

(11,11%) de pouca gravidade. No que diz respeito à **negligência emocional**, 11 professores de EE (61,11%) consideram que é uma situação de extrema gravidade, 4 inquiridos (22,22%) assinalam a opção muito grave e 3 (16,67%) veem como algo com alguma gravidade. Quando as crianças e jovens com multideficiência são **expostas a situações de violência**, deparamo-nos também com uma forma de negligência que, segundo 14 professores (77,78%) é extremamente grave e 4 docentes (22,22%) muito grave.

Sistematizando as ideias, constatamos que, na ótica dos professores da EE o **abandono** é a forma de negligência que apresenta maior gravidade. Por outro lado, **a falta de condições habitacionais** é a situação percecionada como menos grave e que simultaneamente revela maior diversidade de opiniões. Observa-se também que a **falta de condições sanitárias** é uma situação que os docentes consideram pouco grave comparativamente com as restantes, pelo que nos parece poder inferir que as formas de negligência associadas a fatores de ordem económica, são aquelas que são percecionadas como tendo menor gravidade.

VI.1.1.2. Maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Relativamente a esta categoria, a opinião dos professores de EE divide-se: para alguns (s5, s6, s7, s15, s16 e s50) os maus tratos são considerados graves independentemente das crianças e jovens serem ou não portadoras de multideficiência, para outros (s4, s12, s13, s17, s19, s38, s41, s42 e s45) são considerados mais graves, para o caso das crianças e jovens com multideficiência. Quando são convidados a justificarem as suas opções, apresentam respostas do tipo:

“Considero uma situação bastante grave tanto em crianças/jovens em geral como com multideficiência” (s5);

“Os maus tratos não deviam existir. É lamentável” (s6);

“Não deveriam existir em nenhum dos casos.” (s16);

“Na minha opinião, os maus tratos a crianças/jovens em geral é muito grave e ainda agrava mais a situação, quando se trata de crianças/jovens com multideficiência” (s12);

“Maus tratos a crianças/jovens é revoltante e custa-me aceitar mas a crianças/jovens com multideficiência é igualmente revoltante, mas mais ainda, é um ato de cobardia e falta de todos os princípios morais e éticos” (s19);

“Obviamente qualquer comportamento de maus tratos é completamente deplorável e recriminatório. Em relação a crianças/jovens com multideficiência, aumenta o nível de repreensão” (s45).

Apesar de ambas as situações serem consideradas graves, os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência são considerados mais graves. São vários os motivos apresentados:

“... agrava mais a situação quando se trata de crianças/jovens pois não se podem defender” (s12 e s13);

“Quando se fala em crianças/jovens com multideficiência a questão é mais grave porque são seres indefesos sem qualquer tipo de noção de violência quer seja física ou psicológica” (s38);

“Em relação a crianças/jovens com multideficiência, aumenta o nível de repreensão, visto serem seres humanos com uma baixa/habilidade de defesa” (s45);

“É lamentável a existência destas situações, mas perante as mesmas temos que proteger as vítimas” (s7);

“Todos eles são vulneráveis e precisam de proteção” (s5).

Sobressaem destes discursos ideias relacionadas com a vulnerabilidade e a importância de todas as crianças serem protegidas, sendo esta proteção considerada prioritária no caso das crianças com multideficiência, dada a incapacidade de se defenderem. Associadas à ideia de incapacidade de defesa, estão também as dificuldades de comunicação:

“Condeno em qualquer situação em virtude destes alunos/jovens especificamente não poderem comunicar nem poderem defender-se dessas situações” (s41);

“Em relação a crianças/jovens com multideficiência ainda considero pior já que numa generalidade não se podem defender ou falar sobre os maus tratos que sofrem” (s42).

Alguns inquiridos evocam a importância da legislação ser aplicada e ser mais severa:

“Os maus tratos a crianças e jovens são puníveis por lei, no entanto nem sempre se verifica a aplicação dessa mesma lei...a lei deveria ser mais severa para com os abusadores” (s17).

É também referida a importância de haver um maior atenção a estas situações por parte de quem intervém diretamente com estas crianças, sinalizando-as e encaminhando-as para a CPCJ. Como referem alguns inquiridos:

“Em primeiro lugar deve haver uma sinalização por parte dos técnicos de forma a averiguar a dimensão dos maus tratos”(s49) e depois” deve-se comunicar imediatamente à CPCJ” (s8).

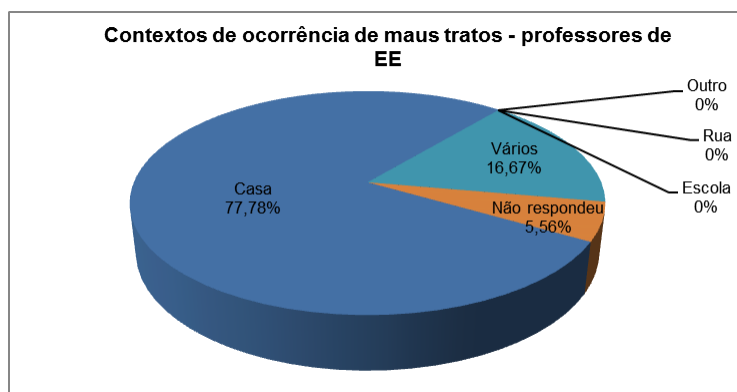
Assim, de uma forma geral, constatamos que, se por um lado, para alguns docentes o grau de gravidade dos maus tratos é o mesmo, quer se trate de crianças e jovens em geral quer de crianças e jovens com multideficiência, reconhecendo-se que todos são vulneráveis

e necessitam de proteção; por outro lado, a maioria dos inquiridos considera que os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência são mais graves, pois estas são mais vulneráveis pelas maiores dificuldades em se defender e em comunicar. Destaca-se ainda a importância de haver maior atenção a estas situações por parte dos agentes que intervêm diretamente com estas crianças/jovens na sinalização e encaminhamento para a CPCJ. Igualmente, regista-se a ideia da necessidade de aplicação da lei de forma mais severa.

VI.1.1.3. Contextos de ocorrência de maus tratos

Quando se pede aos professores de EE, através de uma pergunta fechada, para assinalarem o contexto onde consideram ocorrer mais frequentemente maus tratos, verifica-se uma unanimidade nas respostas. O gráfico nº11 permite uma visão global das respostas dadas.

Gráfico nº11 - Contextos de ocorrência de maus tratos de acordo com os professores de EE



Todos os docentes assinalam a casa como sendo o contexto onde ocorrem mais situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência. No entanto, tal como podemos verificar pelo gráfico nº11, importa ressaltar que, de entre os 18 inquiridos, 14 (77,78%) assinalaram apenas o contexto casa, 1 (5,56%) não respondeu à questão e 3 (16,67%) apesar de terem sinalizado o contexto casa, indicaram também outros contextos.

No que diz respeito **às razões que justificam** a opção no **contexto casa**, obtidas através de pergunta aberta, a resposta mais frequente centra-se no facto de considerarem ser esse um contexto mais íntimo, distante de olhares alheios. Estas ideias são corroboradas pelos seguintes discursos:

“É um local mais íntimo onde nem sempre existem outras pessoas que podem alertar a situação” (s16);

“Em casa as crianças encontram-se mais distantes do olhar de toda a comunidade” (s17);

“É um meio mais escondido e restrito” (s41).

A justificação do contexto casa é também associada ao fator proximidade com a criança e ao maior conhecimento que dela têm, as pessoas que com ela vivem:

“Ocorre quase sempre por quem conhece melhor a criança” (s6);

“É normalmente frequente ocorrerem por quem é mais próximo das vítimas” (s7);

“As situações de maus tratos ocorrem com mais frequência, por aqueles que estão mais próximos e conhecem melhor as vítimas” (s8).

Para outros participantes, a falta de preparação de alguns pais para lidarem com os filhos portadores de multideficiência, aliado ao facto destas crianças e jovens passarem muito tempo em casa, resulta, muitas vezes, em situações de maus tratos por parte destes familiares:

“(…) estas crianças passam muito tempo em casa e muitas vezes a família não está preparada ” (s5);

“...o défice de formação e informação na maior parte dos casos para atuar da melhor forma pode também ser um factor” (s45).

A ideia de maus tratos pela família aparece também associada à negação do problema do filho e a situações familiares desestruturadas:

“Considerarei a hipótese casa porque a negação da problemática de um filho pode ser talvez uma das maiores violências que se pode fazer a um filho. A negligência é ignorar os problemas” (s38);

“Quando estão inseridos em famílias sem estrutura, estas acabam por exercer sobre os próprios familiares maus tratos” (S50).

Para dois profissionais, a escolha do contexto casa apoia-se na sua experiência profissional e prática pedagógica:

“Da minha experiência de 29 anos a trabalhar na educação especial o que tenho assistido mais são os maus tratos em casa” (s19);

“A nossa prática pedagógica permite-nos concluir que é em casa que os maus tratos/negligência ocorrem com maior frequência” (s49).

Tal como mencionámos anteriormente, alguns dos inquiridos apesar de terem selecionado o contexto casa, referiram também outros contextos. Assim, para um docente, além da casa, também as **instituições não qualificadas** são locais frequentes para a ocorrência de situações de maus tratos devido à “falta de orientação, ajuda e formação” (s13).

A salientar o testemunho que coloca, para além da casa, a **escola** como um contexto onde podem ocorrer maus tratos a crianças e jovens com multideficiência apresentando como argumento o facto de darem trabalho:

“Em casa porque muitas vezes as famílias começam a ficar saturadas da situação e acabam por tomar atitudes mais drásticas. Infelizmente, na escola, para que não deem trabalho” (s15).

Ainda que tenha sido apenas um inquirido a explicitar este argumento, não podemos deixar de o ter em consideração, tendo em conta o tempo que as crianças passam na escola e o facto de nesse tempo “estarem sujeitas” à orientação e cuidados de uma equipa de diferentes profissionais.

Em jeito de síntese, através dos discursos dos professores de EE, podemos constatar que a casa é, por todos indicada, o contexto onde os maus tratos podem ocorrer mais frequentemente. São várias as razões apontadas para a escolha desta opção: por ser um local mais íntimo e menos exposto; pelo facto de os maus tratos serem muitas vezes perpetrados pelas pessoas mais próximas e que melhor conhecem as crianças; por falta de preparação e informação dos pais; pela negação da problemática dos filhos; por ser o local onde a criança passa mais tempo e pelo facto de muitas destas crianças pertencerem a famílias desestruturadas. No entanto, para alguns dos inquiridos, não só a casa é vista como contexto onde podem ocorrer maus tratos. As instituições não qualificadas, devido à falta de formação e orientação, e as escolas, com o intuito de impedir que estas crianças deem trabalho, são outros contextos mencionados.

VI.1.1.4. Fatores de risco associados aos maus tratos

Quando questionamos, através de pergunta aberta, os professores de EE sobre quais os **fatores de risco que podem estar associados aos maus tratos a crianças e jovens com multideficiência**, constatamos que estes apontam fatores de **nível individual, relacional e comunitário**, no entanto, os de nível individual relacionados com as características dos cuidadores são os mais apontados por este grupo de profissionais. Ressalvamos o facto de esta divisão em 3 níveis se basear no Modelo Sistémico adotado pela OMS (2002), para explicar o fenómeno dos maus tratos. Importa ainda referir como significativo, o facto de oito docentes não responderem a esta questão. Este facto pode, em si, significar ausência de conhecimento de fatores de risco a que podem estar associados os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência.

No que diz respeito às características dos cuidadores (*nível individual*), as dificuldades financeiras constituem um dos fatores que reúne maior consenso entre estes profissionais. Esta ideia é sustentada pelos seguintes discursos:

- “Os fatores monetários, em muitas situações, originam maus tratos” (s15);
- “Os problemas financeiros da família, às vezes levam a maus tratos” (s19);
- “A falta de poder económico da família do jovem/criança é muitas vezes o motivo que os leva a praticarem maus tratos” (s38);
- “Sim, muitas vezes em famílias com fracos recursos económicos acabam por maltratar as crianças” (s41).

Do mesmo modo, o consumo abusivo de álcool e/ou drogas, assim como a baixa escolaridade são, na opinião de alguns participantes, também considerados fatores que podem despoletar situações de maus tratos:

- “Na minha opinião a falta de informação e formação são fatores de risco de maus tratos.” (s5);
- “O alcoolismo pode resultar em maus tratos.” (s6);
- “Para mim a toxicodependência e o álcool são fatores de risco a que se tem de prestar atenção.” (s8);
- “Pais alcoólicos, toxicodependência” (s19);
- “A falta de poder educacional da família do jovem/criança é um fator de risco de maus tratos” (s38).

Entre os discursos dos professores, encontramos ainda a referência a outros fatores de risco nomeadamente, a “intolerância” (s45), os “problemas emocionais” (s19) por parte dos cuidadores e a perpetração de maus tratos por pessoas que foram vítimas dos mesmos durante a infância. O discurso veiculado por um professor ilustra bem esta ideia:

- “Pessoas que sofreram maus tratos têm tendência a reproduzir os comportamentos a que foram sujeitos” (s5).

Paralelamente, alguns discursos dão também conta de fatores de risco associados às características das crianças e jovens com multideficiência (*nível individual*). Assim, de acordo com os mesmos:

- “A não aceitação da multideficiência e a saturação de uma situação de violência por parte dos próprios jovens deficientes, por vezes resulta em maus tratos” (s15);
- “A não aceitação da criança como diferente é um fator de risco de maus tratos” (s19).

Analisando estes excertos dos discursos, podemos perceber que, o facto de as crianças serem portadoras de deficiência e consequentemente terem comportamentos desajustados

decorrentes do próprio quadro clínico, influencia, no ponto de vista destes participantes, as atitudes dos pais/cuidadores.

Já o inquirido s7 aponta apenas um fator de risco para a ocorrência de maus tratos, o qual se enquadra nos fatores relacionados com as características das crianças. Para ele, uma “gravidez não desejada” (s7), ou seja, o facto de os pais não desejarem o nascimento de um filho, pode ser uma situação que posteriormente pode dar origem a maus tratos à criança.

No que diz respeito aos fatores de **nível relacional**, dois dos docentes consideram as seguintes situações como podendo ser situações de risco:

“Sim, muitas vezes em famílias disfuncionais, com mau ambiente familiar, ocorrem maus tratos” (s41);

“Famílias disfuncionais, e mau ambiente familiar são quase sempre situações de risco” (s42).

Na opinião destes dois participantes, as relações problemáticas que se estabelecem entre membros da família, originando famílias disfuncionais, podem acarretar consigo comportamentos menos adequados e desembocar em situações consideradas de risco.

Entre os discursos dos participantes verificamos ainda, a referência a fatores relacionados com **nível comunitário** como “a falta de recursos de suporte à família e à criança/jovem na ausência da família” (s38). As características do contexto em que as crianças estão inseridas parecem, assim, poder contribuir para a ocorrência de situações de maus tratos.

A título de conclusão deste ponto, verificamos que os fatores de nível individual, são os mais patentes nos discursos dos participantes. A este nível, destacam-se os fatores relacionados com as características dos cuidadores, nomeadamente, as **difficultades financeiras**, o **baixo nível de escolaridade**, o **consumo abusivo de álcool e drogas**, a referência à **perpetuação de maus tratos pelos abusadores vítimas da mesma situação na infância**, e os **problemas emocionais dos pais/cuidadores**. Ainda ao nível individual, mas no que concerne às características da criança, destacamos o facto de os **pais não aceitarem que têm um filho portador de deficiência** e do **nascimento do mesmo não ser desejado**, o que vai de encontro aos discursos expressos no documento da OMS e ISPCAN (2006), segundo o qual, constituem fatores de risco relacionados com as características das crianças:

“ser um bebé não desejado ou não ir de encontro às expectativas ou desejos dos pais – em termos, por exemplo, do seu sexo, aparência, temperamento, anomalias congénitas-; ser uma criança com elevadas necessidades – por exemplo, nascer prematuramente,

chorar constante mente, apresentar deficiência mental ou física, ou ter uma doença crónica”⁴² (p.14).

Já ao nível relacional, os docentes referem que o facto de a criança viver no seio de uma **família com problemas relacionais** entre si, pode ser também um fator de risco. Relativamente às características do contexto, um inquirido refere a **falta de serviços de apoio à família**.

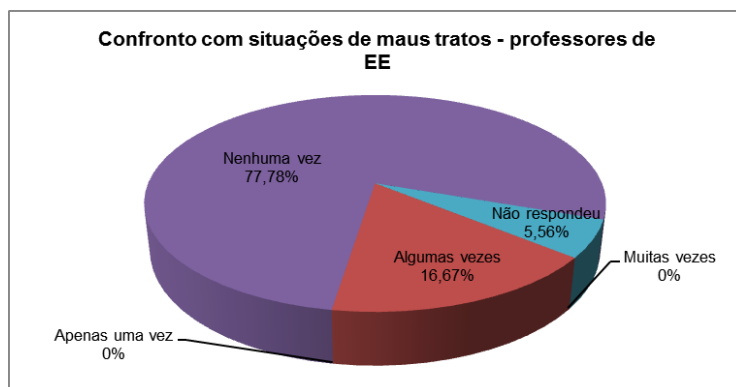
VI.1.2. Perceções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Com esta dimensão pretendemos compreender quais as perceções que os professores de EE têm relativamente aos sinais de alerta de maus tratos a CJM. Assim, esta dimensão integra as seguintes categorias: 1) *contacto com situações de maus tratos* 2) *grau de importância de sinais de alerta*. Para efeitos de análise, estas categorias serão analisadas de forma articulada.

VI.1.2.1. Contacto com situações de maus tratos e grau de importância de sinais de alerta

Perante a questão “Na sua atividade profissional já se confrontou com situações de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?”, a análise permitiu sistematizar a informação visível no gráfico nº12.

Gráfico nº12 - Confronto dos professores de EE com situações de maus tratos



Verificamos que 14 (77,78%) professores de EE **nunca** se confrontaram com esta situação e 3 (16,67%) já se depararam com a mesma **algumas vezes**. Salientamos o facto de 1 participante (5,56%) não ter respondido à questão. Reportando-nos aos sinais de alerta, os dados foram compilados no quadro nº7. Este permite uma leitura sistematizada

⁴² Tradução realizada pela autora.

dos **comportamentos a que os docentes de EE atribuem maior importância, enquanto sinais de alerta de maus tratos.**

Quadro nº7 – Grau de importância de sinais de alerta de maus tratos de acordo com os professores de EE

Sinais de alerta	Grau de Importância					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Comportamentos agressivos por parte da criança/jovem	1	1	1	5	9	1
Comportamentos de violência autodirigida	1	1	1	4	10	1
Tristeza persistente	0	1	0	4	12	1
Lesões físicas em diferentes estádios de evolução	0	0	0	3	14	1
Lesões com diferentes localizações	0	0	0	2	13	3
Lesões figuradas	0	0	1	1	15	1
Intoxicações	1	0	0	2	13	2
Uso recorrente da mesma roupa	0	0	1	9	6	2
Má nutrição	0	0	1	4	11	2
Faltas recorrentes a consultas médicas	0	0	1	4	11	2
Ficar sozinho em casa por longos períodos de tempo	0	0	1	3	12	2
Faltas recorrentes à escola	0	0	1	6	9	2
Dificuldades de socialização	0	0	2	7	7	2
Outro	0	0	0	0	0	0

Iniciando a análise pelos **comportamentos agressivos** por parte da criança/jovem com multideficiência, podemos constatar que 9 professores de EE (50%) consideram que este é um sinal de alerta de extrema importância e 5 (27,79%) assinalam-no como sendo muito importante. Por outro lado, 1 participante (5,56%) entende que estes comportamentos têm apenas alguma importância, 1 (5,56%) que são pouco importantes e por último, 1 (5,56%) pensa que este indicador não tem qualquer importância. 1 inquirido (5,56%) não respondeu a esta questão.

Relativamente aos comportamentos de **violência autodirigida**, verificamos que 10 profissionais (55,56%) são da opinião que este indicador se reveste de elevada importância, 4 participantes (22,22%) percecionam-no como muito importante, 1 inquirido (5,56%) atribui-lhe alguma importância, 1 (5,56%) assinala-o como tendo pouca importância e 1 docente (5,56%) indica este sinal de alerta como não tendo qualquer valor. Também nesta categoria 1 inquirido (5,56%) não respondeu.

Quando questionamos os participantes sobre a importância da **tristeza persistente** como sinal de alerta de maus tratos a crianças com multideficiência, 12 (66,67%) defendem que este é extremamente importante e 4 (22,22%) atribuem-lhe muita importância. Um outro ponto de vista é apresentado por 1 dos inquiridos (5,56%), na medida em que considera que

este indicador é pouco importante. Mais uma vez, 1 inquirido (5,56%) não respondeu à questão.

No que concerne às **lesões físicas em diferentes estádios de evolução**, 14 dos docentes (77,78%) consideram que este sinal de alerta é de extrema importância e 3 (16,67%) atribuem-lhe muita importância. Por outro lado, 1 inquirido (5,56%) não respondeu à questão. No que diz respeito às **lesões com diferentes localizações**, 13 professores (72,22%) entendem que as mesmas são um indicador extremamente importante e 2 docentes (11,11%) indicam-nas como muito importantes. Salientamos ainda o facto de 3 inquiridos (16,67%) não terem emitido a sua opinião relativamente a este sinal. As **lesões figuradas** são, para a grande maioria dos profissionais, ou seja para 15 (83,33%), um indício muito forte de maus tratos, pelo que o consideram de extrema importância. Para 1 (5,56%) é um indicador muito importante e para 1 (5,56%) tem alguma importância. Verificamos também que 1 participante (5,56%) não respondeu à questão.

No que concerne a **situações de intoxicação**, verificamos que 13 docentes (72,22%) assinalam este sinal de alerta de maus tratos como extremamente importante e 2 (11,11%) como muito importante. Por outro lado, 1 professor (5,56%) não lhe atribui qualquer importância e os restantes 2 (11,11%) não manifestaram a sua opinião sobre o tema.

Metade dos inquiridos, isto é, 9 (50%) considera que o facto da criança/jovem **usar recorrentemente a mesma roupa**, é um indicador de maus tratos muito importante. Para os restantes participantes, 6 (33,33%) indicam esta situação como sendo de importância extrema, 1 (5,56%) atribui-lhe alguma importância e 2 (11,11%) não responderam à questão.

Relativamente à **má nutrição** e às **faltas recorrentes a consultas médicas**, constatamos que o grau de importância atribuída pelos docentes é o mesmo. Assim, para 11 professores (61,11%) estes são sinais de alerta de elevada importância, para 4 docentes (22,22%) são muito importantes e para 1 (5,56%) têm alguma importância. Mais uma vez constatamos que 2 professores (11,11%) não emitiram qualquer opinião sobre o tema.

Quando questionamos os participantes sobre o grau de importância que atribuem ao facto de uma criança/jovem com multideficiência **ficar sozinha em casa** por longos períodos de tempo, 12 (66,67%) partilham da opinião que esta situação é um sinal de alerta que se reveste de elevada importância, 3 docentes (16,67%) registam-na como muito importante e 1 (5,56%) atribui-lhe apenas alguma importância. Tal como sucedeu na questão anterior, 2 inquiridos (11,11%) não responderam a esta questão.

Face a uma situação de **faltas recorrentes à escola**, 9 profissionais (50%) consideram que a mesma é um indicador de maus tratos extremamente importante, 6 (33,33%) atribuem-lhe muita importância e 1 (5,56%), alguma importância. Constatamos ainda que 2 docentes (11,11%) não responderam à questão. No entanto importa aqui questionarmo-nos

se as faltas recorrentes à escola são sempre uma forma de negligência, tendo em conta os graves problemas de saúde que estas crianças e jovens muitas vezes apresentam.

As **dificuldades de socialização** apresentadas pelas crianças, são na ótica de 7 inquiridos (38,89%) um sinal de alerta extramente importante, também 7 participantes (38,89%) consideram este indicador como muito importante e 2 (11,11%) atribuem-lhe alguma importância. Verificamos também que 2 professores não responderam a esta questão.

A título de conclusão, através dos dados podemos perceber que, na opinião dos docentes de EE, o sinal de alerta a que foi atribuída maior importância são as **lesões figuradas**. Por outro lado, as **intoxicações**, os **comportamentos agressivos por parte da criança** e os **comportamentos de violência autodirigida** são os indicadores de maus tratos a que foi atribuída menor importância, sendo que estes dois últimos são aqueles que revelam uma maior diversidade de opiniões entre os inquiridos, no que diz respeito ao seu grau de importância.

VI.1.3. Atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Esta terceira dimensão tem como objetivos compreender como atuam os profissionais perante a deteção de uma situação de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência (CJM) e perceber qual o conhecimento que os mesmos têm relativamente às medidas a tomar nessas situações. Deste modo, definimos as seguintes categorias: a) *atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos*; b) *denúncia de situações de maus tratos*; c) *conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia*.

VI.1.3.1. Atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos

Através desta categoria, foi nosso intuito compreender, através de uma resposta aberta, **como é que os profissionais, que já suspeitaram de maus tratos a alunos da UAEEAMS, atuaram nessa situação**. Assim, verificamos através da análise dos seus discursos, que o modo de atuação foi distinto, como podemos constatar pelos seguintes excertos:

“A família foi confrontada com o problema e depois tentou-se descobrir o que se passou e a causa” (s38);

“Informei por escrito o diretor do agrupamento, para fazer as diligências necessárias” (s44).

Como podemos perceber, enquanto que o docente s38 optou por falar com a família para averiguar a veracidade da situação e seguidamente procurou perceber o que realmente se tinha passado e a causa, sem nunca recorrer a entidades hierarquicamente superiores; o docente s44 optou por comunicar de imediato à entidade máxima do Agrupamento para que a mesma tomasse as medidas necessárias.

Relativamente às **atitudes que devem ser tomadas perante uma situação de maus tratos** a crianças e jovens com multideficiência, as respostas à pergunta aberta "Na sua opinião, qual (ais) a(s) atitude(s) que se deve(m) tomar quando se suspeita de uma situação de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?" foram diversas.

Assim, na ótica de alguns destes profissionais, o primeiro passo a tomar é falar com a família, como podemos constatar pelos seguintes discursos:

"Falava com a família e se houvesse continuidade, denunciava à CPCJ" (s6);

"Diálogo com a família e denunciar à CPCJ, caso haja continuidade de maus tratos" (s8);

"Conversar com os encarregados de educação e se as situações continuarem denunciar à assistente social da área da saúde ou da escola" (s15);

"Depois de se falar com os familiares e se a conversa for inconclusiva devem ser feitos contactos com os técnicos de saúde e Comissão de Proteção de Menores" (s38);

"Averiguar a situação com o docente titular do aluno, chamar o seu encarregado de educação, se for uma suspeita positiva comunicar com a assistente social e instituição de crianças em risco. Tentar alterar a situação e comunicar com a restante equipa que intervém com a criança." (s41).

Como podemos constatar pelos discursos de todos os participantes, a primeira medida que referem dever ser tomada é entrar em contacto com a família. No entanto, as opiniões sobre o passo seguinte são diferentes variando entre a denúncia à CPCJ; o contacto com a assistente social e os técnicos de saúde. Destacamos aqui a referência ao professor titular de turma, uma vez que, apesar das crianças/jovens com multideficiência passarem grande parte do seu tempo letivo na UAEEAMS, pertencem, efetivamente, a uma turma, pela qual é responsável um professor. Um outro ponto de vista um pouco diferente é defendido por um grupo de três professores, segundo os quais é importante:

"Fazer uma participação da situação e falar com a coordenadora da escola" (s12);

"Reportar a situação por escrito à coordenadora da escola" (s13);

"Dar conhecimento à sede de Agrupamento e de seguida à proteção de menores" (s50).

Informar os órgãos hierarquicamente superiores da escola é uma medida que na opinião de todos deve ser tomada, seguida da informação à CPCJ. Informar as autoridades

competentes de imediato, é também um ponto de vista patente no discurso de alguns profissionais. Esta ideia é corroborada pelos seguintes excertos:

“Devemos identificar os maus tratos e notificá-los às autoridades.” (s4);

“Devemos estar alertas, procurar certezas das suspeitas e alertar pessoas competentes como autoridades” (s5);

“Falar com entidades responsáveis” (s16);

“Informar de imediato as entidades competentes” (s17);

“Primeiro certificar-se em diferentes situações se é mesmo uma situação de maus tratos em seguida contactar a CPCJ expondo a situação através de um relatório” (s19);

“Informar a quem de direito para serem feitas as devidas diligências” (s44).

Em todos os discursos, com exceção do participante s19, é mencionado que a situação deve ser comunicada “a quem de direito” ou às “autoridades” ou às “entidades competentes/responsáveis”. Assim, estas expressões não nos permitem saber exatamente a quem é que estes participantes consideram que deve ser comunicada a situação, podendo ser à CPCJ, à polícia ou mesmo aos órgãos superiores da escola. Um outro aspeto importante a destacar, é o facto de antes de se proceder a qualquer denúncia, se dever ter certeza sobre se se trata efetivamente de uma situação de maus tratos. Com efeito, este aspeto precisa ser acautelado sob pena de se estar a contribuir para uma situação alarmista e de estigmatização da criança. Os professores s45 e s49 não responderam à questão.

Em síntese, tal como referimos inicialmente, as opiniões dos profissionais sobre o tema são muito diversas, no entanto prevalecem três pontos de vista: para alguns professores, deve-se primeiro contactar os pais e, posteriormente, a CPCJ, a assistente social ou mesmo à equipa médica que acompanha a criança; para outros docentes, o primeiro passo a tomar é informar os órgãos máximos da escola e ainda para outros, após a suspeita de maus tratos deve proceder-se imediatamente à sua denúncia, no entanto apenas um dos docentes deste grupo menciona uma entidade específica, neste caso a CPCJ. Salientamos ainda o facto de alguns profissionais salvaguardarem que a denúncia só deve acontecer quando há certezas da ocorrência de maus tratos.

VI.1.3.2. Denúncia de situações de maus tratos

Com esta categoria, que teve por base uma pergunta de resposta aberta, pretendemos compreender **a quem, na opinião dos professores de EE, compete denunciar uma situação de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, e o porquê**. Ao analisarmos as suas respostas, verificamos que a maior parte destes profissionais considera

que a denúncia destas situações é da competência de todos os cidadãos. Este ponto de vista é corroborado pelos seguintes discursos:

“A denúncia deve ser feita por qualquer pessoa que tenha conhecimento ou se depare com a situação. Porque são situações que não podem nem devem ser encobertas para benefício da criança/jovem com deficiência. É uma obrigação cívica” (s15, s19; s41; s42);
“A toda a comunidade. Os maus tratos físicos ou psicológicos são crime público. Deve ser denunciado por qualquer pessoa que tenha conhecimento da sua existência.” (s6, s7, s8;s17);

“A denúncia deve ser feita por quem visualize a situação. Porque perante as entidades estas situações poderão ser camufladas” (s50).

Outras opiniões são sustentadas por alguns docentes, segundo os quais:

“A todos os adultos que com ela convivem. Todos nós (amigos, professores, familiares) temos obrigação de denunciar situações atípicas” (s5);

“A pessoa que está com a criança. A pessoa que está com a criança seja professor, auxiliar, tem o dever de fazer o necessário para ajudar a criança em questão” (s12);

“Ao adulto responsável pela criança. Porque é a pessoa que pode tomar alguma decisão para colmatar este tipo de situações” (s13);

“A todas as pessoa que tratam deles e são sabedores uma vez que os maus tratos são crime público” (s38).

A análise destes discursos mostra que todos os docentes referem que as pessoas que devem denunciar são aquelas que convivem diretamente com a criança ou que tratam dela. Em convergência com ideias já explicitadas, alguns professores reafirmam a importância de se denunciarem as situações às autoridades competentes, como podemos verificar pelos seguintes excertos:

“ Devemos expor as nossas dúvidas a outros colegas, médicos, psicólogos, assistentes sociais... e às autoridades competentes e outros profissionais formando uma equipa onde não sejam as suspeitas mas dados concretos analisados por todos.” (s4);

“Quem verificar tal situação deve informar os superiores hierárquicos para tomarem as devidas resoluções.” (s16).

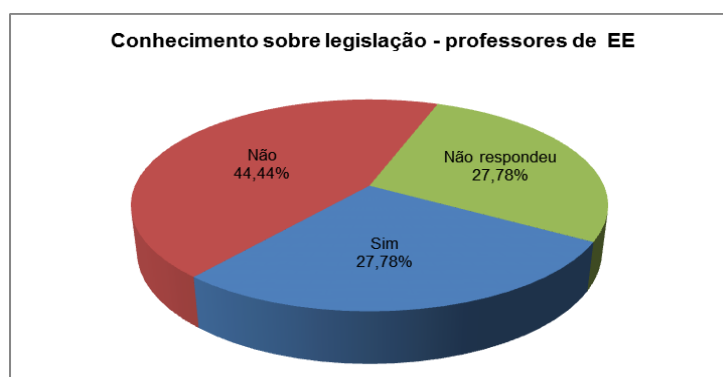
Assim, em forma de síntese, verificamos a presença de duas opiniões centrais. Uma, que defende que todos nós devemos denunciar uma situação de maus tratos, sendo que, para alguns, isso deve acontecer por ser um crime público, para outros por ser uma obrigação de todos e na opinião de um profissional porque estas situações não devem ser encobertas. O segundo ponto de vista, centra-se na ideia de que a denúncia deve partir das pessoas que

cuidam ou que convivem com a mesma pois é uma obrigação de todas as pessoas que lidam com a criança denunciar a situação para a ajudar.

VI.1.3.3. Conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia

Ao inquirirmos estes profissionais **se conhecem alguma legislação que regulamente a sua atuação perante uma situação de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência**, foram dadas respostas que organizamos no gráfico nº13.

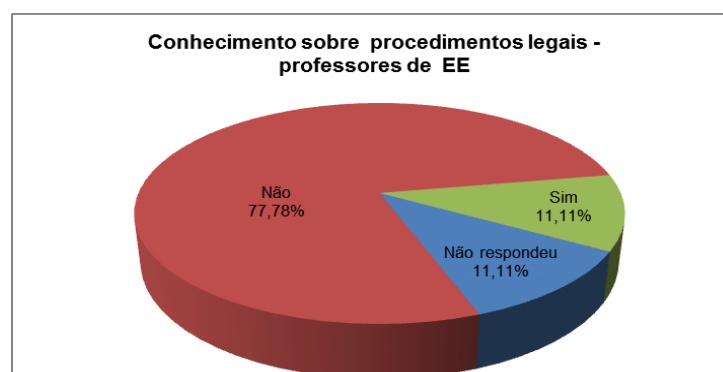
Gráfico nº13 - Conhecimento dos professores de EE sobre legislação



Constatamos, assim, através da análise do gráfico nº13, que 8 (44,44%) referem **não conhecer**, 5 (27,78%) mencionam que **conhecem** e os restantes 5 profissionais (27,78%) não responderam à questão.

Relativamente aos docentes que referem conhecer a legislação, 3 indicam a lei nº147/99 - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo –, 1 menciona a CPCJ e 1 último identifica a Lei nº8069 de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - consignado no Brasil. Em síntese, ressalta a ideia de que, globalmente, não existe um conhecimento aprofundado sobre a legislação em vigor. Relativamente aos **conhecimentos acerca dos procedimentos legais que sucedem uma denúncia de maus tratos** a crianças e jovens com multideficiência, as respostas obtidas foram compiladas no gráfico nº14.

Gráfico nº14 - Conhecimento dos professores de EE sobre os procedimentos legais que sucedem uma denúncia



Verificamos que apenas 2 (1,11%) **referem ter esse conhecimento**. Em relação aos restantes, 14 (77,78%) dizem **não saber** e 2 (11,11%) não responderam à questão.

No que concerne aos docentes que afirmam saber quais são os procedimentos, obtivemos respostas do tipo:

“O único procedimento que conheço é a Comissão de proteção de crianças e jovens” (s13);

“Internamento da criança/jovem em ‘Casa-abrigo’ – retirada do meio familiar” (s38).

Analisando estes discursos, constatamos que o participante s13 refere a entidade que, por vezes, fica a cargo do processo e não os procedimentos, em si. Já o docente s38 menciona apenas uma das medidas de promoção e proteção que podem ser aplicadas pela CPCJ ou pelo tribunal. Esta resposta leva-nos assim a considerar que este participante, apesar de revelar ter algum conhecimento sobre os procedimentos legais, o mesmo é restrito, pois a medida que refere é apenas um dos muitos procedimentos que podem ser adotados.

VI.2. Percepções dos assistentes operacionais

Após a análise e interpretação dos discursos dos professores de EE sobre os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, apresentamos neste ponto, a perspectiva dos assistentes operacionais. Seguimos a mesma linha de análise e, portanto, as mesmas dimensões: a) *percepções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; b) *percepções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; c) *atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*.

VI.2.1. Percepções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Nesta dimensão, estão em análise as seguintes categorias: a) *a importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; b) *maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; c) *contextos de ocorrência de maus tratos*; d) *fatores de risco associados aos maus tratos*.

VI.2.1.1. Importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos

Para sistematizar a opinião dos 13 assistentes operacionais, relativamente à importância que atribuem aos diferentes tipos de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, elaboramos o quadro nº8.

Quadro nº8 – Grau de importância dos diferentes tipos de maus tratos de acordo com os assistentes operacionais

Tipos de Maus Tratos	Grau de Importância					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Abuso Físico	0	0	0	0	13	0
Abuso Emocional	0	0	0	0	13	0
Abuso Sexual	0	0	0	0	13	0
Negligência	0	0	0	1	12	0
Outro	0	0	0	0	0	0

Através da observação do quadro nº8 depreendemos que para a grande maioria dos assistentes operacionais qualquer tipo de maus tratos é de importância extrema. De forma mais detalhada constatamos que a totalidade dos profissionais (13) considera os **abusos físicos, emocionais e sexuais** extremamente importantes.

Abuso físico...

No que concerne ao abuso físico podemos constatar que, de uma forma geral, os assistentes operacionais consideram que os comportamentos aqui mencionados como

formas de abuso físico são de extrema gravidade. O quadro nº9 reflete, de forma mais detalhada, a opinião destes profissionais relativamente ao tema.

Quadro nº9 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso físico de acordo com os assistentes operacionais

Formas de abuso físico	Grau de Gravidade					Não respostas
	1	2	3	4	5	
Bater	0	1	0	1	11	0
Pontapear	0	0	0	0	13	0
Abanar	1	0	0	0	12	0
Morder	0	0	0	0	13	0
Queimar	0	0	0	0	13	0
Sufocar	0	0	0	0	13	0
Envenenar	0	0	0	0	12	1
Outra	0	0	0	0	0	0

O **bater** é assinalado, por 11 assistentes operacionais (82,62%), como uma forma de abuso físico extremamente grave, por 1 (7,69%) como muito grave e por 1 (7,69%) pouco grave.

O **pontapear, morder, queimar e sufocar** são, na opinião da totalidade dos participantes (100%), formas de abuso físico de extrema gravidade.

Relativamente ao **abanar**, a maioria dos participantes (92,31%) atribuem a este comportamento um grau de gravidade extrema, no entanto, para 1 dos inquiridos (7,69%) o mesmo não tem qualquer gravidade.

De entre os 13 assistentes operacionais inquiridos, 12 (92,31%) percecionam o **envenenamento** como um comportamento de gravidade extrema. No entanto, 1 destes profissionais (7,69%) não emitiu qualquer opinião.

Perante a descrição dos dados constatamos que, na ótica dos assistentes operacionais, os comportamentos de maior gravidade são: pontapear, morder, queimar e sufocar e o de menor gravidade o abanar.

Abuso emocional...

O grau de gravidade atribuído às diferentes formas de abuso emocional (com a exceção da rejeição) varia entre muita gravidade e gravidade extrema. Salientamos o facto de 1 inquirido não ter respondido a nenhuma das questões e 1 outro, não ter emitido opinião sobre a gravidade da negação de respostas emocionais.

Para podermos observar e analisar com mais detalhe as suas opiniões apresentamos de seguida o quadro nº10.

Quadro nº10 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso emocional de acordo com os assistentes operacionais

Formas de abuso emocional	Grau de Gravidade					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Rejeição	1	0	0	1	10	1
Humilhação	0	0	0	1	11	1
Aterrorização	0	0	0	0	12	1
Isolamento	0	0	0	4	8	1
Práticas erradas de socialização	0	0	0	6	6	1
Exploração	0	0	0	4	8	1
Negação de respostas emocionais	0	0	0	6	5	2
Limitação/restrição	0	0	0	2	10	1
Falta de respeito pela privacidade da criança/jovem	0	0	0	2	10	1
Atitudes de intolerância para com a criança/jovem	0	0	0	2	10	1
Atitudes de indiferença para com a criança/jovem	0	0	0	1	11	1
Outra	0	0	0	0	0	0

Analisando o quadro, podemos observar que: 10 assistentes operacionais (76,92%), indicam a **rejeição** como um abuso de carácter emocional de extrema gravidade; 1 (7,69%) assinala como muito grave e 1 (7,69%) como ausente de gravidade. Esta resposta pode, como sublinhamos anteriormente, estar eventualmente relacionada com a não compreensão da escala. Verificamos também que a **humilhação** e as **atitudes de indiferença** para com a criança/jovem com multideficiência são comportamentos assinalados com o mesmo valor (extremamente graves) para 11 inquiridos (84,62%) e como muito graves para 1 (7,69%). O comportamento de **aterroização** é percecionado por todos os respondentes, ou seja por 12 (92,31%) como sendo extremamente grave.

No que concerne ao **isolamento** e à **exploração**, 8 inquiridos (61,54%) indicam estes comportamentos como extremamente graves e 4 (30,77%) como muito graves. O grau de gravidade das **práticas erradas de socialização** divide as respostas dos participantes. Enquanto 6 inquiridos (46,16%) indicam esta forma de abuso emocional como sendo de extrema gravidade e 6 (46,16%) consideram-na muito grave.

A **negação de respostas emocionais**, obtém maior percentagem (46,16%) de respostas no item 4 da escala que corresponde à percepção de que se trata de um comportamento muito grave. No entanto, para 5 dos participantes (38,46%) esta atitude reveste-se de extrema gravidade. A **limitação/restrição** de movimentos, a **falta de respeito pela privacidade** da criança/jovem e as **atitudes de intolerância** para com os mesmos, são percecionadas de igual forma pelos assistentes operacionais. Assim, 10 inquiridos (76,92%) assinalam estas formas de abuso como sendo extremamente graves e 2 (15,38%) consideram-nas muito graves.

Em forma de síntese, podemos verificar que a **aterroização** é, a forma de abuso emocional considerada mais grave.

Abuso sexual...

Constatamos unanimidade nas respostas dos inquiridos no que diz respeito ao grau de gravidade das diferentes formas de abuso sexual. Assim, para todos os profissionais (100%), qualquer uma das formas (***incesto, pedofilia, exibicionismo, molestação, sadismo sexual, pornografia infantil e violação***)   de extrema gravidade. O quadro n 11 ilustra a percepção destes participantes relativamente ao tema.

Quadro n 11 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso sexual de acordo com os assistentes operacionais

Formas de abuso sexual	Grau de Gravidade					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Incesto	0	0	0	0	13	0
Pedofilia	0	0	0	0	13	0
Exibicionismo	0	0	0	0	13	0
Molestação	0	0	0	0	13	0
Sadismo sexual	0	0	0	0	13	0
Pornografia infantil	0	0	0	0	13	0
Violação	0	0	0	0	13	0
Outra	0	0	0	0	0	0

Negligência...

Relativamente à ***negligência***, e de acordo com o quadro n 8 anteriormente apresentado, 12 dos inquiridos (92,31%) atribuem-lhe um grau de importância elevada, havendo apenas 1 respondente que entende a negligência como sendo uma forma de maus tratos muito importante. O quadro n 12 esquematiza a percepção dos assistentes operacionais sobre o grau de gravidade das diferentes formas de negligência.

Quadro n 12 – Grau de gravidade das diferentes formas negligência de acordo com os assistentes operacionais

Formas de negligência	Grau de Gravidade					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Cuidados de saúde	0	0	1	0	11	1
Higiene pessoal	0	0	2	5	5	1
Alimentação	0	0	0	1	11	1
Segurança doméstica	0	1	0	3	8	1
Condições sanitárias	0	1	2	4	5	1
Condições habitacionais	1	0	1	4	6	1
Abandono	0	0	0	0	13	0
Supervisão	0	0	0	2	10	1
Educacional	0	0	1	1	10	1
Emocional	0	0	0	1	11	1
Exposição � violência	0	0	0	0	13	0
Outra	0	0	0	0	0	0

A **recusa, ausência** ou **atraso em garantir os cuidados de saúde** física e mental, necessários, é uma forma de negligência assinalada por 11 assistentes operacionais (84,62%) como extremamente grave e por 1 (7,69%) com alguma gravidade.

Relativamente à **falta de cuidados de higiene pessoal**, 5 profissionais (38,46%) indicam-na como uma situação de elevada gravidade, 5 inquiridos (38,46%) como muito grave e 2 (15,38%) como com alguma gravidade. A **negligência a nível emocional** e a **incapacidade de prestar os cuidados de alimentação necessários** a uma criança ou jovem com multideficiência, são duas formas de negligência percecionadas de forma semelhante pelo grupo de assistentes operacionais. Assim, 11 (84,62%), atribuem-lhe gravidade extrema e 1 (7,69%) indica-as como muito graves. A **falta de segurança doméstica** é registada por mais de metade dos assistentes operacionais, ou seja, por 8 (61,54%) como uma situação extremamente grave e 3 (23,08%) atribuem-lhe muita gravidade. No entanto, para 1 (7,69%) esta forma de negligência é indicada como pouco grave.

Observando a tabela, constatamos também que a **falta de condições sanitárias** é sinalizada por 5 assistentes operacionais (38,46%) como uma situação de extrema gravidade; por 4 (30,77%) como muito grave; por 2 (15,38%) como tendo alguma gravidade e por 1 (7,69%) como pouco grave. No que diz respeito à **falta de condições habitacionais**, 6 profissionais (46,15%) entendem que tem uma gravidade extrema, 4 (30,77%) que é muito grave, 1 (7,69%) como sendo de alguma gravidade e 1 (7,69%) como não sendo grave. Quando as crianças e jovens com multideficiência são expostas frequentemente a **situações de violência** ou são **abandonadas**, todos os assistentes operacionais (100%) consideram que é extremamente grave.

A **falta de supervisão** por parte dos cuidadores é, na ótica de 10 inquiridos (76,92%), um comportamento de extrema gravidade e para 2 inquiridos (15,38%) muito grave. Já no que diz respeito à **incapacidade, por parte dos cuidadores, de promover uma educação adequada**, 10 profissionais (76,92%) atribuem-lhe um grau de gravidade extrema, 1 (7,69%) muita gravidade e 1 (7,69%) alguma gravidade.

Em síntese, a análise permitiu depreender que o **abandono** e a **exposição a situações de violência** são as formas de negligência que, na opinião destes profissionais são mais graves. Por outro lado, a **falta de condições habitacionais** é percecionada como a menos grave. Acrescentamos ainda o facto desta última forma de negligência conjuntamente com a **falta de condições sanitárias** serem aquelas que apresentam maior multiplicidade de respostas.

VI.2.1.2. Maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Através da análise das respostas a uma pergunta aberta, relativa à opinião dos assistentes operacionais acerca dos maus tratos a crianças e jovens em geral e a crianças e jovens com multideficiência, foi possível verificar a existência de duas opiniões centrais distintas. Assim, para a maioria destes profissionais, os maus tratos são considerados graves independentemente da criança ser ou não portadora de multideficiência, como podemos constatar pelos seguintes discursos:

“É bastante grave tanto nas crianças/jovens em geral como com multideficiência” (s1);

“Os maus tratos a crianças/jovens independentemente de serem normais ou com deficiência é gravíssimo” (s10);

“Em qualquer das situações é grave” (s11);

“Acho muito grave” (s37).

Tratando-se de uma pergunta de opinião, o participante s1 argumenta que “...todos são vulneráveis e precisam de proteção”. Os restantes inquiridos sublinham as repercussões que os maus tratos causam em qualquer criança e jovem:

“Os maus tratos (...) mais tarde são refletidos na sua vida adulta, são crianças revoltadas formando mesmo famílias disfuncionais” (s10);

“Pois os maus tratos seja a que nível for marcam as crianças psicologicamente e fisicamente para toda a vida” (s11),

“Acho muito grave porque pode levar a consequências muito graves” (s37).

Por outro lado, três participantes, apesar de considerarem graves os maus tratos a crianças e jovens em geral, atribuem maior gravidade aos maus tratos perpetrados a crianças e jovens com multideficiência. Este ponto de vista pode ser confirmado pelos seguintes discursos:

“A situação de maus tratos é bastante grave nas duas situações sendo que em crianças e jovens com multideficiência é mais porque elas não se sabem defender e são muito mais vulneráveis por isso precisam de mais proteção” (s2);

“Os maus tratos a crianças e jovens com ou sem multideficiência é um ato de cobardia por quem agride ainda com maior gravidade em crianças/jovens portadores de multideficiência pois estes não conseguem defender-se nem sequer exprimir por palavras os atos de que são vítimas” (s3);

“Maus tratos a crianças/jovens é revoltante e custa-me aceitar mas a crianças/jovens com multideficiência é igualmente revoltante mas mais ainda” (s18).

Podemos assim constatar que para estes profissionais, os maus tratos a crianças com multideficiência são mais graves, sobretudo pelo facto de estas serem mais vulneráveis e não se conseguirem defender nem comunicar, necessitando, assim, de maior proteção. Este ponto de vista vai de encontro ao que é defendido por alguns professores de EE.

Outras ideias são também retiradas dos discursos dos assistentes operacionais, no que diz respeito aos maus tratos:

“Penso que quando se trata de maus tratos, deve-se comunicar o mais rápido possível à CPCJ” (s9);

“Na minha opinião os maus tratos a crianças não deveriam existir mas quando isso acontece deve ser denunciado” (s14);

“Na minha opinião deveria haver uma lei que punisse severamente as pessoas que maltratam as crianças” (s35);

“Todas as pessoas que cometem os crimes de qualquer um dos acima mencionados deveriam ser punidas pela lei severamente” (s36).

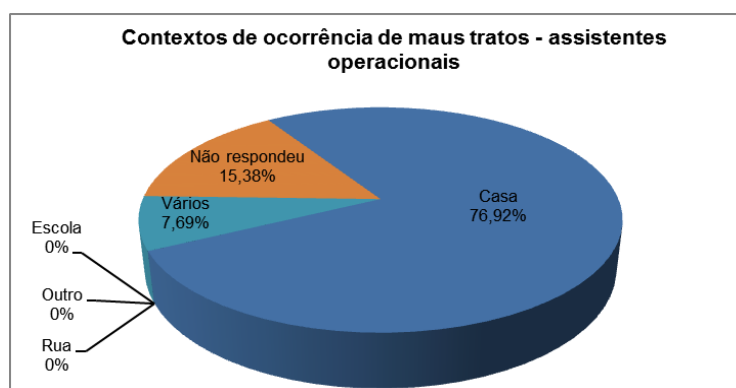
Como podemos observar, todos estes discursos se direccionam para os procedimentos que devem ser tomados face a uma situação de maus tratos, nomeadamente a importância da denúncia e a necessidade de uma lei que puna severamente os abusadores. Relativamente a esta última ideia podem levantar-se duas questões: será que os inquiridos não têm conhecimento de qualquer legislação relativa aos maus tratos? Ou será que apesar de saberem da existência de leis a este nível, não as consideram suficientemente severas?

Deste modo podemos concluir que, se para alguns assistentes profissionais os maus tratos se revestem de igual gravidade para todas as crianças, independentemente de serem portadoras de multideficiência, sendo necessário protegê-las a todas; para outros profissionais, os maus tratos perpetrados a crianças e jovens com multideficiência são mais graves devido à maior vulnerabilidade das mesmas. Salienta-se ainda dos discursos, a importância de denunciar todas as situações de maus tratos e a necessidade de uma lei que puna severamente os abusadores.

VI.2.1.3. Contextos de ocorrência de maus tratos

Quando questionamos os assistentes operacionais, através de pergunta fechada, sobre qual o contexto onde consideram que ocorrem mais frequentemente maus tratos, foi possível sistematizar a informação que o gráfico nº15 evidencia.

Gráfico nº15 - Contextos de ocorrência de maus tratos de acordo com os assistentes operacionais



Verificamos que dos 13 profissionais, 10 (76,92%) indicam o contexto casa, 1 (7,69%) seleciona mais do que um contexto e 2 (15,38%) não responderam.

Relativamente à **justificação** da escolha do **contexto casa**, convocamos um excerto de um dos inquiridos, que ilustra a representatividade das respostas nessa opção: “Da minha experiência profissional de 20 anos com estas crianças, o que tenho assistido mais são os maus tratos em casa” (s18).

Os motivos apontados prendem-se, como indica um dos inquiridos, com “falta de formação, civismo, de informação e muitas vezes falta de apoio” (s10). Dois participantes focam a sua resposta no facto destas crianças serem muitas vezes vítimas de negligência por parte dos seus cuidadores, o que, na sua opinião, revela que os maus tratos ocorrem preferencialmente em casa. Como sustentam:

“As crianças chegam à escola muito negligenciadas, eu considero mal tratadas” (s36);

“Quando há falta de higiene, alimentação e saúde eu considero haver negligência” (s37).

Mas será que a falta de cuidados de alimentação e de higiene serão, em todas as situações, formas de negligência? Aspetos como dificuldades financeiras ou habitações sem condições, cansaço físico e psicológico dos pais para tratar da higiene destas crianças, que muitas vezes apresentam problemas motores, não poderão estar muitas vezes por trás desta “falta” de cuidados? Um ponto de vista diferente é defendido por um assistente operacional, para quem a **escola** e a **rua** são os locais onde as situações de maus tratos ocorrem mais regularmente devido à falta de sensibilização da nossa sociedade para a problemática da deficiência. Assim, de acordo com o mesmo:

“Quero dizer que a nossa sociedade ainda tem muito que aprender porque há muita discriminação e separação destes, mesmo no nosso dia a dia. Ou seja, não há condições para se deslocarem ou poderem ser autónomos.” (s35).

De uma forma geral, percebemos que, tal como acontece com os professores de EE, também os assistentes operacionais são, na sua maioria, da opinião que o local mais frequente para a ocorrência de situações de maus tratos é a casa. Esta situação ocorre muitas vezes por falta de formação, de informação, de apoio e de civismo. A negligência é para alguns destes profissionais a forma de maus tratos mais recorrente no contexto casa. Todavia, face a estes dados podemos questionar-nos porque é que apenas um assistente operacional refere a escola como sendo um contexto onde ocorrem com frequência maus tratos. Nesta nossa interrogação estamos a ter em conta o facto de as crianças e jovens com multideficiência passarem grande parte do seu dia na escola, o que em si, poderá constituir uma condição que pode induzir a situações de cansaço psicológico, físico ou à falta de tolerância para com estas crianças.

VI.2.1.4. Fatores de risco associados aos maus tratos

No que respeita aos **fatores de risco associados aos maus tratos**, a análise dos discursos dos assistentes operacionais relativos à pergunta aberta “Em sua opinião que fatores de risco podem estar associados a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência?”, permitiu constatar que estes apenas referem fatores de **nível individual**, relacionados com características das crianças e dos seus pais/cuidadores. Constatamos ainda, que três participantes não responderam a esta questão. Relativamente aos aspetos relacionados com as características das crianças, são apontados argumentos do tipo:

“Os fatores de risco são: o serem crianças que não têm auto-defesa e terem limitações” (s35);

“Todo o tipo de maus tratos são considerados de risco porque uma boa parte delas não se manifestam verbalmente e isso coloca-as numa situação indefesa e vulnerável” (s36).

Em complementaridade com estas ideias, é referido o facto de “a não aceitação da criança como diferente” (s18) poder ser um motivo para que os pais apresentem comportamentos mais violentos para com a mesma.

Outros fatores são associados aos pais/cuidadores, como podendo influenciar a ocorrência de maus tratos:

“Pais alcoólicos, toxicodependência, problemas emocionais e financeiros da família, (...), baixa escolaridade, prostituição, desemprego, etc” (s9, s10, s18, s37).

A baixa escolaridade, os problemas financeiros, associados a problemas emocionais e ao desemprego, surgem com alguma centralidade nos discursos, como podendo constituir fatores que podem estar na origem de maus tratos. Destacamos ainda o

discurso de um dos inquiridos, segundo o qual: “pessoas que sofreram maus tratos têm tendência a reproduzir os comportamentos a que foram sujeitos” (s1).

Em suma, os fatores de risco que mais prevalecem entre os discursos dos assistentes operacionais são o **consumo de álcool e drogas** e as **dificuldades financeiras** da família. Todavia, na ótica de alguns, a **baixa escolaridade** dos pais/cuidadores, o facto de os **abusadores terem sido vítimas de maus tratos durante a infância** e os **problemas emocionais** dos pais/cuidadores, podem de igual modo despoletar situações de maus tratos. Por outro lado, o facto de os **pais não aceitarem a problemática do filho** e o facto de este **ser mais vulnerável devido às suas limitações**, são, fatores também considerados, como podendo desencadear situações de maus tratos.

VI.2.2. Perceções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Os sinais de alerta constituem a segunda dimensão em análise. Para analisar a mesma, definimos duas categorias: 1) *contacto com situações de maus tratos* 2) *grau de importância de sinais de alerta*. Para efeitos de análise, estas categorias serão analisadas de forma articulada.

VI.2.2.1. Contacto com situações de maus tratos e grau de importância de sinais de alerta

Perante a questão “Na sua atividade profissional já se confrontou com situações de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?”, as respostas dos assistentes operacionais distribuíram-se, conforme evidencia o gráfico nº16.

Gráfico nº16 - Confronto dos assistentes operacionais com situações de maus tratos



A leitura do gráfico permite constatar que 6 assistentes operacionais (46,15%) referiram que **nunca** se confrontaram com situações de maus tratos. No entanto, 4 (30,77%) mencionaram já terem estado perante as mesmas **algumas vezes** e 1 (7,69%) respondeu mesmo que tal, já aconteceu **muitas vezes**. Verificamos ainda que 2 inquiridos (15,38%) não responderam à questão e que 1 dos que mencionou já se ter confrontado algumas vezes, não referiu quais os sinais de alerta que identificou nessas situações.

No que respeita ao **grau de importância que atribuem aos diferentes sinais de alerta**, a informação sistematizada no quadro nº13 permite uma leitura mais pormenorizada das respostas dos assistentes operacionais.

Quadro nº13 – Grau de importância de sinais de alerta de maus tratos de acordo com os assistentes operacionais

Sinais de alerta	Grau de Importância					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Comportamentos agressivos por parte da criança/jovem	1	0	1	1	10	0
Comportamentos de violência autodirigida	1	0	0	2	10	0
Tristeza persistente	0	0	0	0	13	0
Lesões físicas em diferentes estádios de evolução	1	0	0	1	11	0
Lesões com diferentes localizações	0	0	0	2	11	0
Lesões figuradas	2	0	0	0	11	0
Intoxicações	1	0	0	0	11	1
Uso recorrente da mesma roupa	0	0	1	3	9	0
Má nutrição	0	0	1	4	8	0
Faltas recorrentes a consultas médicas	0	0	1	3	9	0
Ficar sozinho em casa por longos períodos de tempo	0	0	1	4	8	0
Faltas recorrentes à escola	0	0	1	2	10	0
Dificuldades de socialização	0	0	1	7	5	0
Outro	0	0	0	0	0	0

Como se pode observar, as respostas distribuem-se pelas diferentes opções, ainda que com maior índice de respostas na opção 5. Por outro lado, **tristeza persistente** é o sinal de alerta com maior número de respostas na opção 5, o que significa que lhe é atribuída pelos inquiridos importância elevada enquanto sinal de alerta.

Para 10 assistentes operacionais (76,92%), os **comportamentos agressivos** por parte da criança/jovem com multideficiência constituem um sinal de alerta extremamente importante. Apenas 1 (7,69%) o considera como muito importante; 1 atribui (7,69%) alguma importância e 1 (7,69%) não o valoriza.

Relativamente aos **comportamentos de violência autodirigida**, 10 (76,92%) consideram que os mesmos são de extrema importância e 2 (15,38%) indicam-nos como sendo muito importantes (valor 4 da escala). Uma opinião oposta é assinalada por 1

inquirido (7,69%), na medida em que para si, estes comportamentos não têm qualquer importância.

No que respeita às lesões: as **lesões físicas em diferentes estádios de evolução**, são assinaladas por 11 profissionais (84,62%) como sinais de alerta extremamente importantes; 1 (7,69%) perceciona-as como muito importantes e 1 (7,69%) não lhe atribui sem qualquer importância; as **lesões com diferentes localizações** reúnem também bastante consenso, sendo que 11 (84,62%) consideram que são um indicador extremamente importante e 2 (15,38%) atribuem-lhe muita importância; as respostas ao item **lesões figuradas** distribuem-se por dois grupos: 11 assistentes (84,62%) assinalam-nas como um sinal de alerta de maus tratos de extrema importância; e 2 profissionais (15,38%) indicam-nas como não tendo qualquer importância.

Quanto às **intoxicações**: para 11 profissionais (84,62%) estas são um sinal de alerta de maus tratos extremamente importante e para 1 (7,69%) não têm qualquer importância. Salientamos também o facto de 1 inquirido (7,69%) não ter respondido a esta questão.

O uso **recorrente da mesma roupa** bem como as **faltas constantes a consultas médicas** constituem sinais de alerta face aos quais os assistentes operacionais apresentam a mesma opinião. Assim, podemos verificar que para 9 profissionais (69,23%), estes são indicadores que se revestem de extrema importância, para 3 participantes (23,08%) são muito importantes e para 1 (7,69%) têm alguma importância.

A **má nutrição** e o **facto de a criança ficar sozinha em casa** por longos períodos de tempo, são sinais de alerta percecionados de igual forma, ou seja: 8 (61,54%) assinalam-nos como sendo extremamente importantes; 4 (30,77%) como muito importantes e 1 (7,69%) atribui-lhes apenas alguma importância.

No que diz respeito às **faltas recorrentes à escola**, 10 assistentes (76,92%) consideram que esta situação constitui um sinal de alerta extremamente importante, 2 profissionais (15,38%) atribuem muita importância e 1 participante (7,69%) atribui alguma importância.

As **dificuldades de socialização** constituem um indicador que desencadeia respostas um pouco diferentes relativamente aos restantes sinais de alerta: é o único em que a maioria dos participantes, ou seja, 7 (53,85%) assinala como muito importante; 5 (38,46%) percecionam-no como extremamente importante e 1 (7,69%) atribui-lhe apenas alguma importância.

Em suma, a **tristeza persistente** é, de acordo com os assistentes operacionais, o sinal de alerta de maus tratos a que atribuíram maior importância e as **lesões figuradas** o menos importante. Paralelamente, os **comportamentos agressivos** por parte da criança/jovem constituem o indicador que apresenta opiniões mais variadas, no que diz respeito ao seu grau de importância.

VI.2.3. Atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Partindo do tema central desta investigação, que é compreender as perceções que os profissionais que trabalham em UAEEAMS têm sobre os maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, torna-se essencial, entre outros aspetos, perceber quais as atitudes que os mesmos tomam, ou pensam que devem ser tomadas face a essas situações. Assim, e na linha que temos vindo a seguir ao longo deste capítulo, tomamos aqui como categorias de análise as seguintes: a) *atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos*; b) *denúncia de situações de maus tratos*; c) *conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia*.

VI.2.3.1. Atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos

Neste ponto, foi nosso intuito compreender, através de uma pergunta de resposta aberta, ***como é que os assistentes operacionais que já suspeitaram de maus tratos, atuaram*** face a essa situação. Deste modo, os participantes que já se depararam com uma suspeita, referem ter tomado as seguintes atitudes:

“Falei com os profissionais que lá trabalham” (s35);

“Levo o problema às minhas professoras da sala” (s36);

“Participei às entidades competentes” (s37).

Dissecando as três respostas, podemos perceber que o participante s35 quando menciona “profissionais que lá trabalham” está, na nossa opinião, a referir-se aos professores e aos técnicos da UAEEAMS. O assistente s36 é claro na sua resposta, indicando que comunica imediatamente a situação às professoras da UAEEAMS. Relativamente à resposta do participante s37, constatamos que a mesma é um pouco ambígua, na medida em que a expressão “entidades competentes” leva a várias interpretações, ou seja, podem ser os professores da UAEEAMS, o diretor do Agrupamento, a assistente social, a CPCJ, entre outras.

Analisando agora os discursos relativos a ***atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos***, as opiniões dos assistentes operacionais podem ser agrupadas segundo três pontos de vista. Assim, de acordo com alguns profissionais, a primeira atitude a tomar é comunicar aos professores responsáveis pela sala ou à equipa. Esta ideia é corroborada pelos seguintes discursos:

“Se alguma vez suspeitar de alguma situação de maus tratos, é meu dever comunicar às professoras da sala, que por sua vez deverão comunicar às entidades competentes” (s3);

“Deve-se comunicar à equipa onde trabalhamos. Para que esta situação seja comunicada a entidades superiores para encaminharem a estâncias superiores” (s11);

“Como assistente operacional levo a informação às professoras responsáveis pela sala” (s36).

Destacamos a ideia relativa à importância de “conversar com a família e se o problema continuar denunciar à CPCJ” (s9). Ao analisarmos este discurso podemos questionar-nos sobre quem é que deve estabelecer o contacto com a família. Somos de opinião de que a abordagem familiar tem de ser cuidadosa e sustentada em dados consistentes sob pena de em vez de contribuir para o encaminhamento e resolução do problema o venha a agravar.

Outros discursos enfatizam a importância de as situações deverem ser denunciadas às autoridades:

“Devemos identificar maus tratos e notificá-los às autoridades” (s1);

“Devemos estar atentos a todos os casos que nos pareçam suspeitos de maus tratos. Devemos notificar estes casos às autoridades.” (s2);

“Denunciar às autoridades competentes” (s10);

“A primeira atitude a tomar é denunciar estes casos de maus tratos” (s14);

“Primeiro é necessário certificar-se em diferentes situações se é mesmo uma situação de maus tratos em seguida contactar a CPCJ expondo a situação através de um relatório” (s18);

“Deve-se fazer queixa às entidades competentes” (s35);

“Deve-se participar os casos às autoridades competentes” (s37).

Ao cruzarmos estes excertos percebemos que têm um ponto em comum: todos consideram que perante uma suspeita de maus tratos se deve proceder à denúncia do caso às “autoridades/entidades competentes”. Mais uma vez, tal como sucede nos discursos dos professores de EE, fica a dúvida sobre quem é que estes profissionais consideram ser as entidade competentes. Salientamos também o facto de o participante s18 referir que a denúncia à CPCJ só deve ocorrer se houver certezas dos maus tratos. Destacamos ainda o facto de um profissional não ter respondido a esta questão.

Em suma, a análise permitiu apurar, como ideias principais, a de que o primeiro passo a tomar é informar os profissionais que trabalham diretamente com as crianças podendo, à posteriori, a situação ser encaminhada, nomeadamente auscultando os pais ou sinalizando para as entidades competentes, especificamente para a CPCJ.

VI.2.3.2. Denúncia de situações de maus tratos

Os assistentes operacionais, quando questionados sobre **quem deve denunciar uma situação de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência**, apontam, na sua maioria, que todas as pessoas o devem fazer. Esta ideia encontra-se patente nos seguintes discursos:

“Todos nós temos obrigação de denunciar estas situações. “ (s2);

“A todos. Porque é da nossa responsabilidade zelar pelo bem estar das nossas crianças” (s3);

“Toda a comunidade em geral. Temos o dever e obrigação por lei de denunciar” (s9);

“Qualquer pessoa que tenha certeza que existe maus tratos. Penso que qualquer pessoa tem a obrigação de o fazer (vizinho, amigo, professor, auxiliar). Deve pedir ajuda caso não saiba a quem se dirigir, para o fazer” (s18);

“Todas as pessoas que tenham conhecimento, ou seja, vizinhos, professores, colegas...” (s35).

As justificações dadas apoiam-se, quer em aspetos de ordem legal, quer na ideia de responsabilização de todos em zelar pelo bem estar das crianças, ainda que alguns inquiridos atribuam maior responsabilidade à escola, a partir dos seguintes argumentos:

“A coordenação superior da escola. Porque é quem tem maiores meios para resolução dos problemas” (s11);

“Devo denunciar aos meus superiores. Como trabalho na escola deve ser o/a diretor/a a resolver.” (s14).

Também a polícia, a assistência social ou as entidades competentes são entidades mencionadas como sendo responsáveis por denunciar estas situações, como se pode constatar:

“Polícia, segurança social.” (s10);

“As entidades da assistência social. A mesma foi criada para ajudar a resolver este tipo de problemas.” (s36);

“As autoridades competentes. Porque são eles que sabem como atuar.” (s37).

Mais uma vez observamos o uso da expressão “autoridades competentes”, a qual não nos permite perceber concretamente a quem é que os participantes se estão a referir.

Em suma, apesar da maior parte dos assistentes operacionais considerarem que é uma obrigação/responsabilidade de todos denunciar situações de maus tratos, encontramos, no entanto, alguns que consideram que a denúncia deve partir da coordenação da escola considerando que tem mais meios para resolver/encaminhar a situação.

VI.2.3.3. Conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia

De acordo com as respostas obtidas à pergunta “Tem conhecimento de alguma legislação que regule a atuação dos profissionais quando se deparam com uma situação de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?”, os dados foram sistematizados no gráfico nº17.

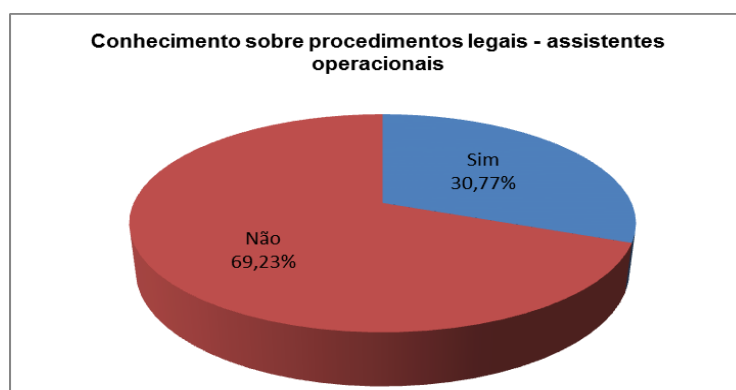
Gráfico nº17 - Conhecimento dos assistentes operacionais sobre legislação



Assim, observamos que 6 assistentes (46,15%) mencionam **conhecer legislação**, 4 (30,77%) referem que **não** e 3 (23,08%) não responderam à questão. Centrando-nos nas respostas dos 6 profissionais que indicam conhecer alguma legislação, verificamos que 3 mencionam a CPCJ, 1 identifica a Lei nº147/99 (Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco) e outro menciona a CPCJ e o Ministério Público. Salientamos ainda o facto de, 1 profissional, apesar de ter referido conhecer legislação sobre o tema, posteriormente não a discriminou.

Paralelamente, quando questionamos os profissionais se têm **conhecimento dos procedimentos legais que sucedem uma denúncia de maus tratos** a crianças e jovens com multideficiência, os dados obtidos foram os que sistematizamos no gráfico nº18.

Gráfico nº18 - Conhecimento dos assistentes operacionais sobre os procedimentos legais que sucedem uma denúncia



Da leitura do gráfico, observa-se que 9 (69,23%) afirmam ***não ter conhecimentos*** sobre o tema e que os restantes 4 (30,77%) ***referem saber*** quais são os procedimentos. Contudo, um dos participantes que deu resposta positiva, não referiu posteriormente nenhum desses procedimentos.

No que diz respeito aos participantes que responderam afirmativamente, algumas das suas respostas foram as seguintes:

“Importa avaliar a família para verificar o grau de maus tratos” (s10);

“Tenho conhecimento de que é a entidade de proteção de menores e entidade local, e, alegadamente, o Ministério Público” (s36).

As respostas dadas apontam mais para aspetos que os inquiridos reconhecem ser importantes avaliar, e para entidades que consideram ser responsáveis por estas situações e não propriamente para procedimentos legais.

VI.3. Percepções dos técnicos de saúde

Tal como procedemos para os professores de EE e para os assistentes operacionais, também neste ponto analisamos a perspetiva dos técnicos de saúde relativamente às seguintes dimensões: a) *percepções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; b) *percepções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; c) *atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*.

VI.3.1. Percepções sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

As percepções dos técnicos de saúde relativamente aos maus tratos a crianças e jovens com multideficiência são, neste ponto analisadas, tendo por base as seguintes categorias: a) *a importância/gravidade que atribuem aos diferentes tipos de maus tratos*; b) *maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência*; c) *contextos de ocorrência de maus tratos*; d) *fatores de risco associados aos maus tratos*.

VI.3.1.1. Importância/gravidade dos diferentes tipos de maus tratos

Tal como sucede com os outros profissionais, também os técnicos de saúde, de uma forma geral, percecionam os diferentes tipos de maus tratos como se revestindo de extrema importância. No entanto, através da análise do quadro nº14, podemos verificar algumas variações em cada um dos tipos de maus tratos.

Quadro nº 14 – Grau de importância dos diferentes tipos de maus tratos de acordo com os técnicos de saúde

Tipos de Maus Tratos	Grau de Importância					Não respostas
	1	2	3	4	5	
Abuso Físico	0	0	0	2	17	0
Abuso Emocional	0	0	0	3	16	0
Abuso Sexual	0	0	0	0	19	0
Negligência	0	1	0	2	16	0
Outro	0	0	0	0	0	0

Abuso físico...

Analisando detalhadamente o quadro nº14, podemos observar que, no que diz respeito ao abuso físico, 2 técnicos de saúde (10,53%) consideram que o mesmo tem muita importância e os restantes 17 (89,47%) importância extrema. Quanto às diferentes formas que o abuso físico pode assumir, podemos observar que os técnicos de saúde, no geral,

consideram qualquer uma das formas, comportamentos de extrema gravidade. No entanto, encontramos algumas variações entre as diferentes formas de abusar fisicamente uma criança ou jovem com multideficiência. Para uma análise mais detalhada dessas mesmas variações, apresentamos de seguida o quadro nº15.

Quadro nº15 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso físico de acordo com os técnicos de saúde

Formas de abuso físico	Grau de Gravidade					Não respostas
	1	2	3	4	5	
Bater	1	0	0	5	13	0
Pontapear	0	0	0	2	17	0
Abanar	0	2	2	7	8	0
Morder	0	0	0	1	18	0
Queimar	0	0	0	0	19	0
Sufocar	0	0	0	0	19	0
Envenenar	0	0	0	0	19	0
Outra	0	0	0	0	0	0

Relativamente ao **bater**, 13 técnicos de saúde (68,42%), consideram-no um comportamento de extrema gravidade e 5 profissionais (26,32%) são da opinião que este é muito grave. No entanto, 1 dos inquiridos (5,26%) assinala-o como um comportamento sem qualquer gravidade. Quanto ao **pontapear**, a posição dos técnicos varia entre situar o comportamento num grau de gravidade muito elevado para 2 deles (10,53%) e num grau de gravidade extrema para 17 (89,47%), sendo esta última opinião a mais prevalente. O **abanar** revela-se o comportamento que mais divide opiniões entre os inquiridos. Assim, para 8 participantes (42,11%) é apontado como um comportamento extremamente grave, para 7 inquiridos (36,84%) é uma forma de abuso físico muito grave, para 2 dos respondentes (10,53%) é um comportamento com alguma gravidade e para outros 2 (10,53%) revela-se pouco grave.

No que diz respeito ao **morder**, apenas 1 técnico de saúde (5,26%) perceciona este comportamento como muito grave. Os restantes 18 (94,74%) consideram-no extremamente grave. Para os 19 profissionais (100%), os comportamentos de **queimar**, **sufocar** e **envenenar** são formas de abuso físico de extrema gravidade.

Podemos assim concluir que, em geral, para os técnicos de saúde, o comportamento **bater** é considerado o menos grave enquanto os comportamentos **queimar**, **sufocar** e **envenenar** se revestem de maior gravidade. Salientamos ainda o facto de o comportamento **abanar** ser aquele que divide mais as opiniões entre estes profissionais.

Abuso emocional...

Relativamente ao abuso emocional (quadro nº14), constatamos que a maior parte dos inquiridos, ou seja, 16 (84,21%) atribui um grau de extrema importância ao mesmo havendo no entanto 3 profissionais (15,79%) a considerarem este tipo de maus tratos como muito

importante. Centrando-nos nas formas de abuso emocional, constatamos que, o grau de gravidade que os profissionais atribuem às diferentes formas é muito variável. Assim, no intuito de perceber melhor o valor que atribuem às diferentes formas como o mesmo pode ser perpetrado, apresentamos uma síntese dessa informação no quadro nº16.

Quadro nº16 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso emocional de acordo com os técnicos de saúde

Formas de abuso emocional	Grau de Gravidade					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Rejeição	0	0	0	4	15	0
Humilhação	0	0	0	1	18	0
Aterrorização	0	0	0	2	17	0
Isolamento	0	0	0	6	13	0
Práticas erradas de socialização	0	0	3	9	7	0
Exploração	0	0	1	5	13	0
Negação de respostas emocionais	0	1	0	8	10	0
Limitação/restrrição	0	0	3	5	11	0
Falta de respeito pela privacidade da criança/jovem	0	0	2	6	11	0
Atitudes de intolerância para com a criança/jovem	0	1	0	6	12	0
Atitudes de indiferença para com a criança/jovem	0	0	1	6	12	0
Outra	0	0	0	0	0	0

Observando o quadro, constatamos que o comportamento **rejeição** é considerado por 15 técnicos de saúde (78,95%) uma forma de abuso emocional extremamente grave e para os restantes 4 (21,05%) muito grave.

A **humilhação** é assinalada por 18 (94,74%) como um comportamento de extrema gravidade, sendo que apenas 1 inquirido (5,26%) a considera muito grave. De igual modo, a **aterrorização** é para 17 participantes (89,47%) considerado um comportamento de extrema gravidade, havendo apenas 2 técnicos (10,53%) que o assinalam como muito grave. No que concerne ao **isolamento** como forma de abuso, 13 profissionais (68,42%) atribuem-lhe um grau de gravidade extrema e 6 (31,58%) consideram-no muito grave.

As **práticas erradas de socialização** são comportamentos considerados muito graves para 9 participantes (47,37%), extremamente graves para 7 (36,84%) e com alguma gravidade para 3 (15,79%). Relativamente à **exploração**, 13 técnicos de saúde (68,42%) consideram ser uma forma de abuso emocional extremamente grave, 5 (26,32%) muito grave e apenas 1 dos profissionais (5,26%) considera que tem alguma gravidade. Para 10 participantes (52,63%), a **negação de respostas emocionais** é um comportamento extremamente grave, todavia entre os restantes, a opinião divide-se: se para 8 (42,11%) é considerado muito grave, para 1 (5,26%) é indicado como sendo pouco grave. No que diz respeito à **limitação e/ou restrição dos movimentos** da criança/jovem por parte do cuidador, verificamos que 11 inquiridos (57,89%) consideram que esta é extremamente

grave, 5 participantes (26,32%) registam-na como muito grave e os restantes 3 (15,79%) atribuem-lhe alguma gravidade. A **falta de respeito pela privacidade** da criança/jovem com multideficiência é igualmente uma forma de abuso emocional apontada por 11 dos técnicos de saúde (57,89%) como sendo extremamente grave, como muito grave para 6 (31,58%) e como tendo alguma gravidade para os restantes 2 (10,53%).

Quanto às **atitudes de intolerância** por parte dos cuidadores para com estas crianças e jovens, 12 profissionais (63,16%) consideram que as mesmas são de extrema gravidade, 6 participantes (31,58%) muito graves e apenas 1 (5,26%) as considera pouco graves. Por último, para 12 técnicos de saúde (63,16%) as **atitudes de indiferença** para com a criança/jovem são consideradas extremamente graves, muito graves para 6 (31,58%) e com alguma gravidade para 1 (5,26%). De acordo com a análise realizada, podemos constatar que o comportamento assinalado com maior gravidade é a **humilhação**. Já a **negação de respostas emocionais** e as **atitudes de intolerância** para com a criança/jovem, foram registadas como formas de abuso emocional com menor gravidade.

Abuso sexual...

No que diz respeito ao abuso sexual, verifica-se unanimidade na resposta dos técnicos de saúde (100%), quanto ao seu grau de importância, assinalando-o com valor máximo na escala (quadro nº14). Verifica-se, igualmente existir consenso nas perceções dos técnicos de saúde relativamente ao grau de gravidade das diferentes formas que o mesmo pode assumir. Para ilustrar esta realidade, apresentamos seguidamente o quadro nº17.

Quadro nº17 – Grau de gravidade das diferentes formas de abuso sexual de acordo com os técnicos de saúde

Formas de abuso sexual	Grau de Gravidade					Não respostas
	1	2	3	4	5	
Incesto	0	0	0	0	19	0
Pedofilia	0	0	0	1	18	0
Exibicionismo	0	0	2	2	15	0
Molestação	0	0	0	1	18	0
Sadismo sexual	0	0	0	0	19	0
Pornografia infantil	0	0	0	3	16	0
Violação	0	0	0	0	19	0
Outra	0	0	0	0	0	0

Face aos dados presentes no quadro nº17 verificamos que o grau de gravidade do **incesto**, do **sadismo sexual** e da **violação** reúne consenso entre os técnicos de saúde, na medida em que os 19 (100%) consideram que estes comportamentos se revestem de extrema gravidade. No que diz respeito à **pedofilia** e à **molestação**, 1 dos inquiridos

(5,26%) assinala estes comportamentos como muito graves e os restantes 18 (94,74%) consideram-nos extremamente graves. O **exibicionismo** é uma forma de abuso sexual considerada por 15 dos participantes (78,95%) extremamente grave, por 2 (10,53%) muito grave e por 2 (10,53%) com alguma gravidade. Relativamente à **pornografia infantil**, 16 técnicos de saúde (84,21%) consideram-na um comportamento extremamente grave e 3 (15,79%) muito grave.

Constatamos assim que o **incesto**, o **sadismo sexual** e a **violação** são as formas de abuso sexual consideradas mais graves. Paralelamente, verificamos que o **exibicionismo** é, não só o comportamento que reúne menor consenso entre os técnicos no que diz respeito ao grau de gravidade, como também o único a que alguns participantes atribuem apenas alguma gravidade.

Negligência...

A negligência é o tipo de maus tratos que reúne menos consenso no que diz respeito ao grau de importância. Assim, podemos observar no quadro nº14 que para 1 dos inquiridos (5,26%) esta é pouco importante, na opinião de 2 técnicos (10,53%) é muito importante e para 16 (84,21%) é extremamente importante. No que concerne ao grau de gravidade de diferentes formas de negligência, de modo geral, as respostas dos técnicos de saúde variam entre a pouca gravidade e a gravidade extrema. No entanto, para uma análise mais pormenorizada destes dados, apresentamos o quadro nº18.

Quadro nº18 – Grau de gravidade das diferentes formas negligência de acordo com os técnicos de saúde

Formas de negligência	Grau de Gravidade					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Cuidados de saúde	0	0	0	2	17	0
Higiene pessoal	0	0	0	9	10	0
Alimentação	0	1	0	1	17	0
Segurança doméstica	0	1	5	6	6	1
Condições sanitárias	0	0	4	9	6	0
Condições habitacionais	0	1	4	12	2	0
Abandono	0	0	0	0	19	0
Supervisão	0	0	1	9	9	0
Educacional	0	1	0	11	7	0
Emocional	0	1	1	6	11	0
Exposição à violência	0	0	2	2	15	0
Outra	0	0	0	0	0	0

A **falta de cuidados de saúde** é, para 17 técnicos (89,47%) uma situação de extrema gravidade, sendo que apenas 2 (10,53%) a percecionam como muito grave.

Relativamente à **falta de cuidados de higiene pessoal**, as respostas estão mais divididas: se para 10 dos profissionais (52,63%) esta é uma atitude extremamente grave, para os outros 9 (47,37%) é muito grave.

A **incapacidade de garantir uma alimentação adequada** é percebida por 17 técnicos de saúde (89,47%) como se tratando de uma situação extremamente grave e para 1 (5,26%) como uma situação muito grave. Uma outra opinião é dada por 1 profissional (5,26%), para quem esta situação tem pouca gravidade.

Analisando o ponto de vista dos inquiridos sobre a **falta de segurança doméstica**, podemos constatar que as opiniões são muito variadas: por um lado, 6 (31,58%) consideram esta forma de negligência extremamente grave e 6 (31,58%) consideram-na muito grave; por outro lado, 5 (26,32%) atribuem-lhe apenas alguma gravidade e 1 (5,26%) pouca gravidade.

A **falta de condições sanitárias** é, no entender de 6 profissionais (31,58%) uma situação de extrema gravidade, para 9 inquiridos (47,37%) muito grave e para os restantes 4 (21,05%) uma situação com alguma gravidade.

Observamos também que 2 (10,53%) consideram a **falta de condições habitacionais** extremamente grave; 12 (63,16%) assinalam este aspeto como sendo muito grave, 4 (21,05%) como tendo alguma gravidade e 1 (5,26%) como uma situação pouco grave.

O **abandono** reúne consenso entre os técnicos, na medida em que todos (100%) lhe atribuem extrema gravidade.

A **falta de supervisão** é percebida por 9 destes profissionais (47,37%) como extremamente grave, por 9 (47,37%) como muito grave e por 1 (5,26%) com alguma gravidade.

No que diz respeito à **incapacidade ou ausência de cuidados para promover uma educação adequada** a estas crianças e jovens, 11 participantes (57,89%) consideram ser muito grave, 7 (36,84%) extremamente grave e 1 (5,26%) pouco grave.

A **negligência emocional** é uma situação considerada por 11 inquiridos (57,89%) como sendo extremamente grave, por 6 (31,58%) como muito grave, por 1 (5,26%) como tendo alguma gravidade e por 1 (5,26%) como pouco grave.

A **exposição a situações recorrentes de violência** é para 15 técnicos (78,95%) uma forma de negligência extremamente grave, para 2 muito grave (10,53%) e para os restantes 2 (10,53%) um comportamento com alguma gravidade.

Em suma, através da análise do quadro verificamos que, tal como evidenciou a análise relativa aos outros profissionais, o **abandono** é, no entender dos técnicos de saúde a forma de negligência mais grave. Por outro lado, **a falta de cuidados ao nível da alimentação, a falta de segurança doméstica e de condições habitacionais e a negligência educacional e emocional** são as formas de negligência assinaladas como menos graves.

VI.3.1.2. Maus tratos a crianças e jovens versus maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Para a maioria dos técnicos de saúde os maus tratos a crianças e jovens em geral são considerados graves, no entanto no caso das crianças e jovens com multideficiência o grau de gravidade é maior, como podemos perceber pelos seguintes excertos:

“Condeno estas situações tanto no geral como em crianças com multideficiência. Nestas últimas a situação torna-se muito pior” (s20);

“Em relação a crianças/jovens com multideficiência considero ainda mais grave” (s30);

“É gravíssima a exibição de maus tratos a qualquer criança/jovem em geral e muito mais com multideficiência” (s32);

“Condeno quaisquer tipos de maus tratos a crianças e jovens em geral e com maior veemência a crianças e jovens com multideficiência” (s34);

“É um ato totalmente condenável e em crianças com multideficiência torna-se ainda mais grave” (s40).

O facto destas crianças e jovens apresentarem muitas vezes problemas de comunicação é, para alguns destes profissionais, uma das razões para os maus tratos às mesmas serem mais graves. Esta ideia é corroborada pelos discursos que a seguir apresentamos:

“...Nos casos de multideficiência existe a agravante de, muitas vezes, as crianças/jovens estarem impedidos de comunicar estes mesmos maus tratos a alguém que possa avaliar a situação”(s22);

“Os maus tratos a crianças/jovens em geral são tão graves como a crianças/jovens com multideficiência com a agravante que estes podem não apresentar as competências de comunicação (...) para se queixarem” (s25);

“Condeno (...) com maior veemência a crianças e jovens com multideficiência visto que muitos não possuem capacidades de exprimir os atos perpetrados” (s34);

“... em crianças/jovens com multideficiência torna-se ainda mais grave, pois este tipo de população na sua grande maioria não é capaz de explicar por palavras o que lhe foi feito” (s40).

Seguindo a mesma linha de pensamento, alguns dos inquiridos entendem que além das limitações comunicativas também as dificuldades em defender-se, podem ser vistas como fator agravante, no que diz respeito aos maus tratos a crianças e jovens com multideficiência. Como salientam alguns técnicos:

“No caso das crianças/jovens com multideficiência é um atentado ainda mais grave uma vez que na maioria das vezes estas crianças/jovens não têm forma de se defender ou comunicar” (s28);

“Quando se trata de uma criança que não se pode defender nem muitas vezes comunicar o que se passa, a situação ainda se torna mais grave” (s31);

“... e muito mais com multideficiência que por vezes nem queixas sabem fazer ou defender-se” (s32);

“No que respeita a crianças/jovens com multideficiência ainda tem a agravante de que é uma classe que tem menos capacidade de se defender e de pedir ajuda ou denunciar” (s39);

“... tendo em conta que as crianças/jovens com multideficiência não têm capacidade de defesa e de comunicar a terceiros uma situação de maus tratos, tal ação assume uma gravidade de maior extensão” (s46);

“... especialmente em crianças com multideficiência uma vez que são mais indefesas e não possuem na maioria das vezes uma forma de comunicação eficaz para denunciar elas próprias a situação” (s47).

Um outro técnico acrescenta ainda que, devido às limitações apresentadas por estas crianças e jovens “... é necessária atenção redobrada por parte dos profissionais e familiares que fazem parte das suas vidas” (s47).

Contudo, alguns técnicos não partilham da mesma opinião, sustentando que o grau de gravidade é o mesmo independentemente das vítimas serem ou não crianças e jovens com multideficiência. Para um dos inquiridos:

“Tanto para crianças/jovens em geral como em crianças com multideficiência, trata-se de um problema grave que necessita de toda a atenção e empenho de todos os profissionais envolvidos, de forma a identificar e resolver eficazmente o problema” (s23).

Alguns técnicos, contudo, apesar de não compararem a gravidade dos maus tratos entre dois grupos de crianças e jovens, ressaltam alguns aspetos como a dificuldade de se defenderem e uma maior atenção, na medida em que os sinais de alerta podem não ser tão visíveis:

“Qualquer tipo de maus tratos a crianças e jovens tenham ou não multideficiência constituem atentados graves aos seus direitos humanos tendo implicações gravosas no seu desenvolvimento. É certo que, nos casos das crianças e jovens com multideficiência a atenção deveria ser maior uma vez que os sinais de alerta poderão estar mais camuflados” (s21);

“Não diferencio apenas porque considero reprovável para todos, exalto o facto de as crianças com multideficiência nem sempre serem capazes de se defender” (s27);

“Penso que todos os profissionais devem estar com atenção redobrada para estes casos de multideficiência e deverá haver uma participação mais ativa dos assistentes sociais e da Comissão de Proteção de Menores” (s33).

Podemos ainda destacar nos discursos, o facto de os maus tratos serem considerados um atentado aos direitos humanos:

“Qualquer tipo de maus tratos é por si só uma violação dos direitos humanos” (s28);

“...são uma violação aos direitos humanos” (s29).

Alguns argumentos ainda são colocados nas mudanças sociais e nas características do meio familiar e social das crianças:

“É uma realidade cada vez mais presente, tendo em conta a dinâmica familiar e contexto sociocultural em que estas crianças estão inseridas” (s26);

“Julgo ser uma realidade cada vez mais comum face às mudanças sociológicas, padrão de rotina, bem como postura dos muitos intervenientes que trabalham com as crianças” (s29).

Tal como pudemos verificar nos professores de EE e nos assistentes operacionais, também para alguns técnicos é essencial denunciar todas as situações de maus tratos que, por sua vez, devem ser punidos pelas entidades responsáveis. Estas ideias estão presentes nos seguintes excertos:

“Para mim, todo o tipo de maus tratos é algo desumano, que deveria ser punido pelas entidades responsáveis” (s22).

“Os maus tratos a crianças em qualquer contexto devem ser denunciados” (s47);

Uma posição distinta de todas as outras que até agora expusemos, é assumida pelo participante s24 de acordo com o qual:

“Neste momento, a nossa sociedade atravessa uma fase muito específica em relação aos maus tratos, onde uma ‘sapatada’ no rabo é considerada maus tratos. Considero que existe o mesmo pensamento em relação a crianças/jovens com multideficiência” (s24).

Pelo que parece, pode depreender-se deste excerto que este inquirido considera que atualmente “caímos” no exagero de considerar qualquer tipo de comportamento como forma de maus tratos.

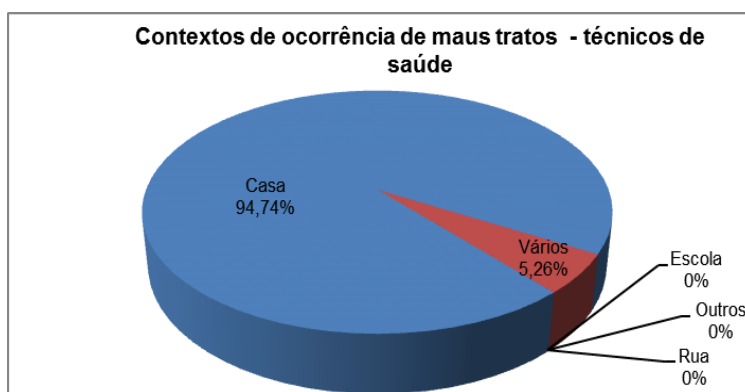
Face aos dados supramencionados, podemos constatar que entre os técnicos de saúde predomina a ideia de que os maus tratos são graves quando perpetrados em qualquer criança ou jovem, no entanto quando se trata de população com multideficiência a gravidade aumenta, pelo facto de não serem capazes de comunicar nem de se defender, sendo, por isso necessário maior atenção pois, muitas vezes, os sinais de alerta não são visíveis. Todavia, apesar de ser este o ponto de vista que mais prevalece, para alguns técnicos

ambas as situações se revestem de igual gravidade, sendo necessário o envolvimento de todos os profissionais que lidam com as crianças e jovens para se identificar e resolver os problemas. É contudo de salientar que, apesar desta opinião, este grupo de participantes ressalva o facto de ser necessário estar mais atento às crianças e jovens com multideficiência. Outra ideia-chave que emerge dos discursos destes profissionais é a de que os maus tratos são considerados um atentado aos direitos humanos e que atualmente ocorrem mais frequentemente do que seria desejável devido às novas dinâmicas de vida social. A importância de denunciar todas as situações de maus tratos bem como a necessidade de punir os abusadores são também ideias presentes.

VI.3.1.3. Contextos de ocorrência de maus tratos

No que respeita a esta categoria, as respostas obtidas, através de uma pergunta fechada, foram sistematizadas no gráfico nº19.

Gráfico nº19 - Contextos de ocorrência de maus tratos de acordo com os técnicos de saúde



Da análise do gráfico constatamos que 18 técnicos (94,74%) identificam a casa como o contexto mais frequente e 1 (5,26%) assinala vários contextos. À semelhança do que a análise evidenciou relativamente aos outros profissionais, a casa é o contexto onde consideram que ocorrem com mais frequência maus tratos a crianças e jovens com multideficiência. Relativamente aos **motivos de indicação da casa como o local mais frequente**, podemos verificar que um dos motivos mais referidos pelos participantes é o facto de este contexto ser mais reservado e distante dos olhares alheios, o que pode favorecer a ocorrência destas situações. Esta ideia é corroborada pelos seguintes discursos:

“Porque é um ambiente sem supervisão onde as crianças estão isoladas com as famílias/cuidadores e são contextos desprotegidos” (s20);

“É um contexto mais reservado” (s24);

“Na minha opinião a casa é onde podem ocorrer mais frequentemente situações de maus tratos, pois é um contexto onde a situação pode ser mais camuflada passando por

vezes despercebida aos restantes intervenientes que interagem com as crianças/jovens” (s30);

“Em ambiente doméstico, os familiares podem exhibir maus tratos longe de olhares de outros indivíduos que possam fazer queixas” (s32);

“O sítio mais acolhedor para a criança também pode ser o mais perigoso” (s33).

Algumas caraterísticas da família/contexto familiar são também apontadas por estes profissionais, como podendo ser potenciadoras de situações de maus tratos em casa. A falta de informação é uma caraterística mencionada pelos técnicos de saúde, e que vai de encontro à opinião tanto dos professores de EE como dos assistentes operacionais. Esta ideia está patente nos excertos que de seguida apresentamos:

“Os prestadores de cuidados em casa nem sempre têm conhecimento, o interesse e a disponibilidade de dar os devidos cuidados à criança com multideficiência” (s23);

“Considerando todo o tipo de maus tratos, com exceções, julgo que a ausência ou escassa formação/tempo/disponibilidade leva a que em casa, este tipo de comportamentos seja mais frequente” (s29);

“Penso que estas situações ocorrem mais em ambientes domésticos por parte dos cuidadores e pessoas mais próximas ou conhecidos”(s46).

Dos discursos dos inquiridos salientamos a referência à falta de interesse, de tempo, de disponibilidade e a intolerância, que podem originar situações de maus tratos. Associados a estes aspetos, são também indicados outros como sendo a pobreza, o alcoolismo, o perfil parental, as questões socioeconómicas:

“As famílias consideram por vezes que são detentoras de um poder absoluto sob as crianças e jovens e exercem práticas educativas parentais ora excessivamente punitivas ou permissivas. Também o alcoolismo, miséria e perturbação mental são fatores que interferem” (s21);

“Devido ao meio socioeconómico e à dinâmica familiar em que estão inseridas” (s26);

“Muitas destas crianças/jovens provêm de famílias desestruturadas, onde a violência, por vezes, é o único argumento para lidar com as frustrações e as dificuldades. Por vezes pode surgir como resposta a um comportamento disruptivo da criança/jovem, pois este tipo de família por vezes não compreende que violência gera violência” (s40).

A **escola**, embora seja referenciada não assume a mesma centralidade nos discursos dos técnicos. Transcrevemos, assim, alguns excertos que dão conta de que os maus tratos podem também ocorrer na escola:

“Apesar de também poderem acontecer em escolas, penso que este contexto é mais protegido no que diz respeito a esta temática, no entanto também é frequente encontrar

maus tratos neste ambiente, nomeadamente por parte de outras crianças sem deficiência e, por vezes, pelos cuidadores e responsáveis” (s46).

“Se considerarmos os maus tratos a nível da negligência, pode considerar-se que muitas vezes estes alunos sofrem deste tipo de maus tratos na escola, pois é o “menos visível” mas talvez o que ocorra mais frequentemente. Devido, em parte, à falta de formação das pessoas que lidam com este tipo de população” (s22).

A questão da **negligência** está também patente no discurso de outros técnicos de saúde, e é partilhada por alguns assistentes operacionais, no entanto, ao contrário do inquirido s22, os outros técnicos, consideram que esta forma de maus tratos ocorre com mais frequência no contexto casa:

“Pela experiência que tenho vejo habitualmente acontecerem maus tratos (essencialmente negligência) em casa, pelos pais e familiares que tomam conta das crianças/jovens. A negligência que vejo ser mais comum prende-se com a higiene e cuidados básicos de saúde” (s25);

“Pela pouca experiência que tenho na área é visível diariamente vários tipos de negligência uns mais graves e com mais ocorrência, outras com menos gravidade mas usualmente parte de casa com os pais” (s39).

Em síntese, através da análise dos discursos dos técnicos de saúde constatamos que a casa é o contexto onde consideram ocorrer com mais frequência situações de maus tratos. São vários os argumentos utilizados por estes participantes para justificar o seu ponto de vista. Características da família e/ou do contexto familiar como por exemplo a falta de formação, informação, tempo, disponibilidade e interesse para lidar com a mesma; famílias desestruturadas; um baixo nível socioeconómico; situações de alcoolismo e de perturbações mentais em membros da família e práticas parentais demasiadamente punitivas ou permissivas são alguns dos motivos que podem favorecer a ocorrência de maus tratos em casa. Outros argumentos prendem-se com o facto da criança passar muito tempo em casa, e da casa ser um local menos exposto aos olhares das pessoas e por isso mais propícios à ocorrência de situações de maus tratos. É ainda de salientar que na ótica de alguns dos inquiridos, a negligência é a forma mais frequente de maus tratos em casa. Relativamente aos outros contextos, alguns participantes referem que na escola os maus tratos também ocorrem, tanto por parte das crianças sem deficiência como por parte dos cuidadores, muitas vezes por falta de formação, sendo para um deles a negligência, a forma mais recorrente de maltratar as crianças nestes contextos.

VI.3.1.4. Fatores de risco associados aos maus tratos

Os **fatores de risco associados aos maus tratos a crianças e jovens com multideficiência** podem, de acordo com o discurso dos técnicos de saúde, ser identificados a 2 níveis: a **nível individual** e a **nível relacional**. Os que se enquadram no nível individual, nomeadamente aqueles relacionados com as características dos pais/cuidadores e com as características das crianças, são os mais referidos por estes profissionais.

Partindo dos fatores de risco que associamos às características dos pais/cuidadores (**nível individual**), verificamos que a maioria dos participantes refere o baixo nível socioeconómico, a baixa escolaridade (falta de formação e informação) e o consumo abusivo de álcool e drogas, como fatores que podem despoletar situações de maus tratos. Estas ideias são corroboradas pelos seguintes discursos:

- “Nível socioeconómico baixo, toxicodependências” (s21);
- “...o alcoolismo, o desemprego e situação socioeconómica desfavorável” (s22);
- “Dificuldades económicas dos cuidadores, (...), consumo de drogas por parte dos cuidadores” (s23);
- “Falta de informação relativamente às capacidades e incapacidades das crianças/jovens com multideficiência tendo em conta o seu quadro clínico” (s24);
- “...falta de informação/educação sobre cuidados” (s28);
- “Alcoolismo ou outras adições, baixo nível cultural” (s32);
- “As classes sócio culturais baixas pela má informação ou baixa escolaridade” (s39);
- “Não saber lidar com as características específicas de cada patologia, condições socioeconómicas desfavoráveis, alcoolismo” (s40).

O “desgaste emocional”, que muitas vezes resulta em depressões, é um outro aspeto mencionado por alguns participantes, como sendo um fator de risco para maus tratos. Como sabemos, cuidar e educar estas crianças é uma tarefa difícil devido a todas as exigências decorrentes do quadro clínico apresentado. Assim, lidar diariamente com esta situação, acaba, muitas vezes, por deixar os pais/cuidadores fragilizados a nível emocional. Paralelamente, alguns profissionais referem ainda que a existência de problemas do foro psiquiátrico ou défice cognitivo por parte dos cuidadores, pode condicionar a sua capacidade de cuidar dos filhos e, consequentemente, resultar em situações de maus tratos, bem como o facto de os cuidadores terem sido vítimas de maus tratos durante a infância. Os seguintes excertos são representativos deste ponto de vista:

- “...A existência de psicopatologia (perturbações mentais, debilidade mental) pode induzir em situações de maus tratos” (s21);
- “... distúrbios psicológicos podem constituir motivo de maus tratos” (s23);

“Desequilíbrios psíquicos, perpetuação dos abusos a que foram sujeitos em crianças ou então, limitações cognitivas que levam ao desconhecimento ou incapacidade para cuidar de forma adequada uma criança com multideficiência” (s46);

“... a debilidade psicológica dos familiares que coabitam com a criança pode levar a situações de maus tratos” (s47).

No que diz respeito às características das crianças/jovens com multideficiência (**nível individual**) que podem desencadear maus tratos, destacamos, de entre os discursos dos técnicos de saúde, o facto de os pais não aceitarem a situação do seu filho ser portador de deficiência. Esta ideia é corroborada pelos seguintes excertos:

“... dificuldade em lidar com o facto da criança/jovem ser multideficiente” (s22);

“... não aceitação da condição do próprio filho” (s23);

“... frustração por ter um filho com multideficiência” (s40).

Já para um outro participante, “A ausência de uma forma verbal de comunicação por parte da criança” (s47) é também um fator de risco. Assim, podemos pensar que, na ótica do mesmo, esta limitação torna a criança mais vulnerável à perpetração de maus tratos. Um outro aspeto referido por alguns participantes, prende-se com a exposição das crianças a comportamentos desadequados, nomeadamente a situações de violência no seio familiar:

“... crianças institucionalizadas expostas a comportamentos desadequados, crianças expostas a situações de violência doméstica” (s20);

“... violência doméstica” (s21);

“Violência doméstica (entre pais ou outros cuidadores que estão com a criança a seu cargo” (s22).

Passando agora ao **nível relacional**, retiramos dos discursos dos inquiridos, alguns fatores que se enquadram neste nível. Assim, o participante s21 aponta os “fatores sociais relacionados com a exclusão e marginalização” destas crianças, como aspetos que muitas vezes desencadeiam situações de maus tratos às mesmas. Na mesma linha de pensamento, o inquirido s34 menciona o “isolamento” como sendo um fator de risco. Optamos por enquadrar este aspeto neste nível por considerarmos que o técnico se está a referir ao afastamento da criança da restante sociedade decorrente, do seu quadro clínico. Já o participante s25 refere as “famílias desestruturadas” como uma característica do contexto onde a criança está inserida que pode estar na origem da ocorrência de maus tratos.

Para concluir, analisando os discursos dos técnicos de saúde podemos perceber que as características dos pais/cuidadores são aquelas que mais fatores de risco apresentam para a ocorrência de situações de maus tratos. A este nível, o maior ênfase é colocado nas

dificuldades financeiras, na **baixa escolaridade** dos pais/cuidadores e no **consumo abusivo de drogas e álcool**. No entanto, os **problemas psiquiátricos e cognitivos** bem como o **desgaste emocional** e o facto de os **abusadores terem sido vítimas de maus tratos durante a infância**, são também fatores de risco que se destacam entre as opiniões desta classe profissional. No que diz respeito às características das crianças, os inquiridos referem o facto de os **pais não aceitarem a problemática dos filhos**, a maior **vulnerabilidade das mesmas decorrente das limitações que apresentam** e a sua **exposição a situações de violência**.

Por outro lado, apesar dos fatores relacionados com o nível relacional estarem pouco patentes nos discursos destes profissionais, salientamos a referência ao estabelecimento de **relacionamentos menos positivos entre os membros da família** (famílias disfuncionais) e a **exclusão e marginalização** destas crianças.

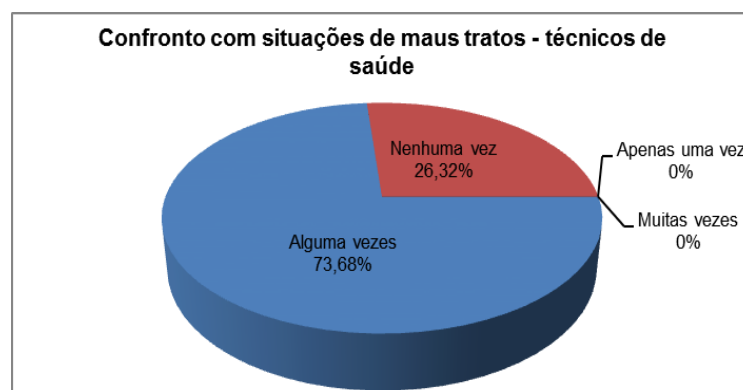
VI.3.2. Perceções sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Nesta dimensão centramo-nos em duas categorias: a) *contacto com situações de maus tratos*; b) *grau de importância de sinais de alerta*. No entanto, para efeitos de análise agrupamo-las numa só categoria.

VI.3.2.1. Contacto com situações de maus tratos e grau de importância de sinais de alerta

O gráfico nº20 que, de seguida apresentamos, ilustra a frequência com que os técnicos de saúde se confrontam com situações de maus tratos.

Gráfico nº20 - Confronto dos técnicos de saúde com situações de maus tratos



Contrariamente ao que acontece nas respostas dadas pelos professores de EE e pelos assistentes operacionais, a maioria dos técnicos de saúde (73,68%) já se confrontou

algumas vezes com situações de maus tratos, sendo que apenas 26,32% refere **nunca** se ter deparado com tal situação.

No que diz respeito à **importância dos sinais de alerta**, para facilitar a análise dos dados apresentamos a sua compilação no quadro nº19.

Quadro nº19 – Grau de importância de sinais de alerta de maus tratos de acordo com os técnicos de saúde

Sinais de alerta	Grau de Importância					
	1	2	3	4	5	Não respostas
Comportamentos agressivos por parte da criança/jovem	1	1	5	7	5	0
Comportamentos de violência autodirigida	1	2	4	7	5	0
Tristeza persistente	0	1	3	7	7	1
Lesões físicas em diferentes estádios de evolução	0	0	1	2	16	0
Lesões com diferentes localizações	0	0	2	1	16	0
Lesões figuradas	0	0	0	0	18	1
Intoxicações	0	1	1	4	13	0
Uso recorrente da mesma roupa	0	1	1	8	9	0
Má nutrição	0	0	2	5	12	0
Faltas recorrentes a consultas médicas	0	1	1	6	11	0
Ficar sozinho em casa por longos períodos de tempo	0	0	2	9	8	0
Faltas recorrentes à escola	0	1	1	9	8	0
Dificuldades de socialização	0	1	3	7	8	0
Outro	0	0	0	0	0	0

Os **comportamentos agressivos** por parte da criança/jovem constituem um sinal de alerta que, de acordo com 7 técnicos (36,84%) é muito importante e para 5 profissionais (26,32%) é extremamente importante. Por outro lado, 5 participantes (26,32%) consideram que este indicador tem apenas alguma importância, 1 (5,26%) assinala-o como pouco importante e 1 (5,26%) não lhe atribui qualquer valor. Relativamente aos **comportamentos de violência autodirigida**, verificamos uma situação semelhante à anterior: para 7 dos participantes (36,84%) este sinal é muito importante e para 5 (26,32%) é extremamente importante. Já 4 dos técnicos (21,05%) consideram que o mesmo tem só alguma importância, 2 (10,53%) atribuem-lhe pouca importância e 1 (5,26%) não o valoriza.

O posicionamento relativamente à **tristeza persistente** é também diverso: se para 7 participantes (36,84%), esta constitui um indicador de maus tratos extremamente importante e para outros 7 (36,84%) é um indicador de muita importância, já para 3 (15,79%) é um sinal de alerta apenas com alguma importância e para 1 (5,26%) é mesmo pouco importante. No que diz respeito às **lesões físicas em diferentes estádios de evolução**, observamos que os posicionamentos são um pouco diferentes, comparativamente com os sinais de alerta acima descritos. Por conseguinte, verificamos que para 16 dos 19 técnicos (84,21%) as

lesões físicas constituem um sinal de alerta de extrema importância, para 2 profissionais (10,53%) de muita importância e para 1 (5,26%) de alguma importância. As **lesões com diferentes localizações** são, para 16 dos inquiridos (84,21%), um indicador de extrema importância, muito importantes para 1 (5,26%) e têm apenas alguma importância para os restantes 2 (10,53%). Quando questionamos estes profissionais sobre a importância das **lesões figuradas**, como sinal de alerta para os maus tratos, verificamos uma unanimidade na resposta, já que os 18 técnicos (94,74%) que responderam, as assinalaram como extremamente importantes.

No que concerne às **intoxicações**, 13 profissionais (68,42%) percecionam-nas como um sinal de alerta de extrema importância, 4 participantes (21,05%) como muito importante, 1 (5,26%) atribui-lhe apenas alguma importância e 1 (5,26%) atribui-lhe pouco valor. Perante uma situação em que a criança **usa recorrentemente a mesma roupa**, os técnicos de saúde interpretam a mesma de formas diferentes. Assim, se por um lado, 9 dos inquiridos (47,37%) consideram que esta situação constitui um sinal de alerta extremamente importante e 8 (42,11%) muito importante, por outro lado, 1 dos técnicos (5,26%) atribui-lhe apenas alguma importância e 1 (5,26%) atribui-lhe pouco valor.

No que diz respeito à **má nutrição**, 12 técnicos de saúde (63,16%) consideram que esta constitui um indicador de maus tratos de importância extrema, 5 (26,32%) indicam-na como muito importante e 2 (10,53%) atribuem-lhe apenas alguma importância. As **faltas recorrentes a consultas médicas** são, para 11 dos inquiridos (57,89%), um indicador de maus tratos extremamente importante e para 6 (31,58%) um sinal muito importante. Já no entender de 1 dos técnicos (5,26%), este indicador tem apenas alguma importância e para 1 outro (5,26%) tem pouco valor. Face a uma situação em que a criança/jovem com multideficiência **fica sozinha em casa** por longos períodos de tempo, 9 técnicos de saúde (47,37%) consideram que esta situação constitui um sinal de alerta de maus tratos muito importante, 8 profissionais (42,11%) atribuem-lhe uma importância extrema e 2 (10,53%) assinalam-na como tendo alguma importância.

As **faltas recorrentes à escola**, são percecionadas por 9 dos participantes (47,37%) como um sinal de alerta muito importante, 8 (42,11%) atribuem-lhe valor máximo na escala, 1 (5,26%) considera que é algo importante e 1 (5,26%) pouco importante. As **dificuldades de socialização** são indicadas por 8 técnicos de saúde (42,11%) como um indicador de maus tratos extremamente importante, 7 profissionais (36,84%) considera-as um sinal de muita importância, 3 (15,79%), atribuem-lhe alguma importância e 1 (5,26%) pouca importância.

De acordo com os dados acima descritos, podemos verificar que as **lesões figuradas** constituem o sinal de alerta a que os técnicos de saúde atribuem maior importância. Já os

comportamentos agressivos por parte da criança/jovem e os comportamentos de **violência autodirigida** são os indicadores de maus tratos, menos valorizados.

VI.3.3. Atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência

Para compreendermos melhor as atitudes face a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, tivemos em conta, tal como para as anteriores situações, as seguintes categorias: a) *atitudes tomadas e a tomar perante uma situação de maus tratos*; b) *denúncia de situações de maus tratos*; c) *conhecimento sobre a legislação e procedimentos legais após denúncia*.

VI.3.3.1. Atitudes tomadas e atitudes a tomar perante uma situação de maus tratos

No que concerne aos **procedimentos seguidos pelos participantes que já suspeitaram de maus tratos**, constatamos que cinco comunicaram, numa primeira fase, aos professores ou à equipa. Esta ideia é corroborada pelos seguintes discursos:

“Dialoguei com o docente responsável pelo aluno, de forma a que a escola desenvolvesse os devidos procedimentos” (s22);

“Comuniquei à professora responsável pela UAEEAMS” (s30);

“O assunto foi discutido com os professores do aluno” (s31);

“Primeiro comuniquei à equipa e coordenadores, 2º foi comunicado ao Agrupamento juntamente com as professoras da sala, 3º foi comunicado à assistente social, 4º falou-se com os pais” (s39);

“Apenas foi discutido em equipa. Os casos já estavam sinalizados na CPCJ” (s47).

Os discursos dos restantes participantes, apesar de não referirem explicitamente que antes de qualquer procedimento informaram a equipa, levam-nos a perceber que esse foi o modo de atuação, uma vez que quase sempre é feita referência a uma atuação conjunta, entre técnicos e professores.

O contacto com os pais é um procedimento mencionado por alguns participantes:

“Foram chamados os encarregados de educação por telefone e por carta registada. Não compareceram nem justificaram. Estamos a avaliar o próximo passo.” (s28);

“Fazendo parte de uma equipa multidisciplinar foi realizada uma reunião e elaborada uma carta para enviar à CPCJ, visto que a abordagem dos progenitores não fez nem faria qualquer mudança de atitude” (s34).

Da análise destes depoimentos, parece haver alguns passos comuns nos procedimentos a seguir nestas situações, nomeadamente a análise com a equipa que intervém com a

criança, depois o contato com as famílias e seguidamente o encaminhamento ou não para a CPCJ. O envolvimento da CPCJ nestas situações é, de facto, também referido por alguns participantes, assim como outras instituições com responsabilidades neste domínio:

“Como trabalho em Agrupamentos de escolas ficou à responsabilidade do mesmo ativar a CPCJ” (s20);

“ A criança/jovem foi levada pela professora responsável pela sala ao Instituto de Medicina Legal para que fosse observada” (s40);

“A equipa técnico-pedagógica reencaminhou o caso para a assistente social destacada para a família, de seguida a CPCJ tomou conta do caso” (s46).

Destes depoimentos, parece também ficar claro que nem sempre o procedimento segue a mesma ordem, dependendo isso das características da própria situação.

Em suma, as atitudes tomadas revelam, como referimos, haver alguma orientação institucional, ainda que não pareça ser por todos apropriada e seguida. Os dados evidenciaram que os inquiridos agem de forma mais ou menos comum, nomeadamente na comunicação da situação à equipa ou aos professores da UAEEAMS; no contacto com a família, assistente social e com a CPCJ ou com outras instituições como é o caso do Instituto de Medicina Legal, para ser observado.

Tendo agora em atenção os dados relativos às **atitudes que devem ser tomadas** perante uma situação de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, as respostas também são dispersas, ainda que convergentes com as ideias anteriormente explicitadas.

Assim, de acordo com a opinião de alguns técnicos, num primeiro momento, devem-se contactar os familiares/suspeitos. Esta ideia está patente nos seguintes discursos:

“Salvaguardar que se trata mesmo de uma situação de maus tratos, entrevistando o possível agressor. “ (s20);

“Averiguar a situação junto dos suspeitos de maus tratos e sinalizar à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco” (s21);

“Conversar com os encarregados de educação da criança/jovem e mediante os acontecimentos posteriores, passar para as medidas legais (nomeadamente CPCJ)” (s24);

“Primeiro deve-se falar com a família. E deve-se reportar à CPCJ” (s31);

“Primeiro analisar toda a situação sócio-familiar, inquirir as pessoas envolvidas e, se se mantiver a suspeita, encaminhar o caso para o serviço social e/ou CPCJ” (s46).

Com efeito, os depoimentos dos técnicos relativamente às atitudes que devem ser tomadas perante uma situação de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência não se distanciam das ideias relativas às atitudes tomadas perante uma situação concreta. Acrescentam todavia os aspetos legais, a importância de comunicar à escola/Agrupamento,

e advertem para a necessidade de se realizar uma análise cuidada da situação, informando as entidades apenas em situações extremas, sob pena de se “catalogarem” crianças e famílias. Os depoimentos seguintes ilustram essa advertência:

“Tentar perceber se se trata efetivamente de uma situação de maus tratos, como e quando ocorre e porquê.” (s22);

“Depende da situação, se a desconfiança for por parte do cuidador sinalizar junto das entidades responsáveis. Caso não seja deve-se ir de encontro ao encarregado de educação” (s27);

“Ter atenção em confirmar se os sinais são constantes e consistentes, e comunicar à assistente social” (s30);

“Deve ser discutido o assunto em equipa, estar alerta aos sinais, devem ser avisadas as direcções dos agrupamentos e posteriormente indicar o caso para as autoridades competentes, neste caso CPCJ” (s47).

Em forma de síntese, podemos perceber, através dos discursos destes profissionais, a presença de três modos de atuação. Assim, um primeiro grupo de técnicos de saúde considera que a primeira atitude que se deve tomar é informar os professores/equipa/escola. Um outro procedimento mencionado, foca-se na importância de, numa primeira instância contactar a família/suspeito para averiguar a situação, intervindo primeiro junto da família e, só no caso de a situação permanecer e houver certezas relativamente aos maus tratos, se denunciar à CPCJ ou à assistente social. O terceiro modo de atuação referido por alguns profissionais assenta na ideia de que, após a suspeita de maus tratos, se deve denunciar o caso à CPCJ e/ou à assistente social. Todavia, perante os dados mencionados, podemos levantar uma questão: quando os técnicos de saúde referem que, num primeiro momento, se deve contactar com os pais ou então denunciar o caso de imediato à CPCJ ou à assistente social, será que são os próprios a tomar essas atitudes, ou será que antes desses procedimentos informam os professores/escola e por isso todos os passos são tomados em conjunto com estes? Os dados não permitiram tirar conclusões a este respeito.

VI.3.3.2. Denúncia de situações de maus tratos

Relativamente à perceção dos técnicos de saúde sobre ***quem deve denunciar uma situação de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência***, constatamos que, a maioria, considera que a denúncia deve ser feita por qualquer pessoa que se depare com a situação. Os discursos que de seguida apresentamos, apoiam este ponto de vista:

“Toda a gente com conhecimento da situação. Porque violência/maus tratos constituem crime público” (s27);

“Qualquer pessoa que seja confrontada com esta situação. Por considerar um dever ético e cívico que a todos assiste.” (s29);

“Quem detetar a situação. Pois serão os que se aperceberam da situação que poderão dar o argumento legal” (s30);

“A qualquer pessoa que assista ou aos professores ou técnicos que acompanham a criança/jovem. Porque se for violência doméstica trata-se de um crime público e qualquer um pode denunciar, no caso de ser outro tipo de maus tratos, só quem lida diariamente com a criança/jovem pode conhecer os sinais de alerta e denunciar” (s40);

“A qualquer pessoa que se aperceba da situação. Se não existir obrigação legal para o fazer, existe pelo menos obrigação moral de denunciar estas situações e proteger qualquer pessoa em risco” (s46);

“Todo o cidadão. Uma vez que constitui um problema de saúde pública todos os membros da sociedade têm obrigação/dever de denunciar situações de maus tratos a crianças e jovens” (s47).

Ao analisarmos estas respostas, percebemos que são vários os motivos pelos quais estes profissionais consideram que todos devemos denunciar estas situações: por se considerar um crime público; por ser uma obrigação moral, ética e de cidadania; uma responsabilidade de todos e por ser um problema de saúde pública, etc.

Todavia, outro ponto de vista está presente nos seguintes discursos:

“Os envolvidos no processo educativo e social da criança/jovem. É um dever de todos proteger as crianças assim como é um direito das crianças viver sem angústias e opressões” (s20);

“A qualquer profissional que contacte com a criança/jovem. Se se tratar de uma criança/jovem que esteja na escola, o seu responsável (diretor de turma, docente de turma ou outro) deverá, desde que tendo certeza da situação, acionar os mecanismos legais de proteção da criança.” (s22);

“Aos responsáveis pela educação. A escola é um contexto onde as crianças/jovens passam mais tempo, logo os professores conseguem estar mais atentos e alertas para essas situações sabendo se são esporádicas ou contínuas.” (s24);

“Principalmente o responsável da sala (professora). Em casos extremos qualquer profissional que interage com a criança. Porque na escola a professora é a primeira responsável pelas crianças.” (s32);

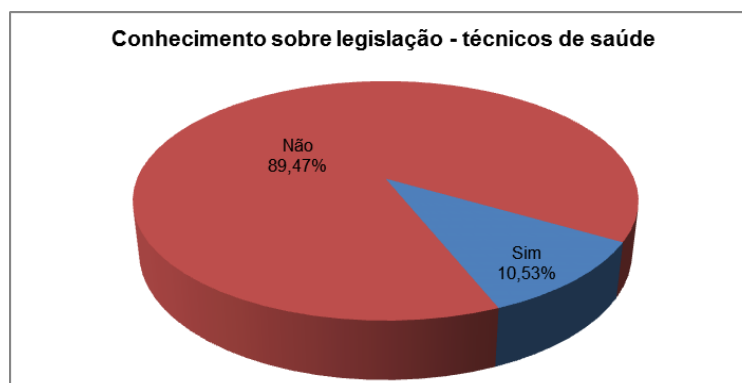
“O professor responsável pela sala. É a pessoa que melhor conhece a criança e tem maior contacto com os pais.” (s33).

Fica patente a ideia de que quem deve denunciar, em primeira instância, são as pessoas que lidam diariamente com as crianças, nomeadamente os professores e os técnicos que intervêm na escola, pois serão quem melhor identifica os sinais de alerta.

VI.3.3.3. Conhecimento sobre legislação e procedimentos legais após denúncia

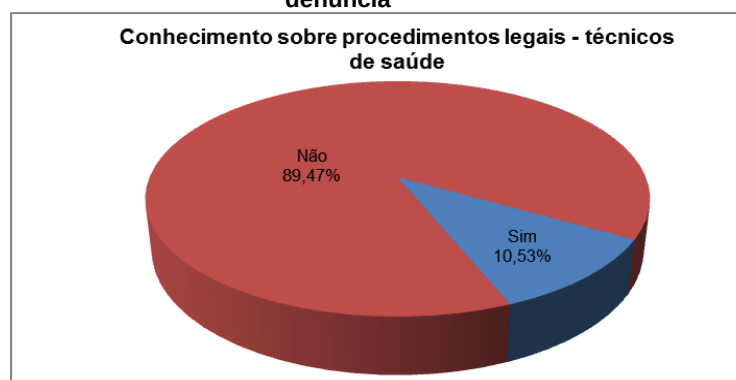
Quando questionamos os técnicos de saúde **se conhecem legislação que regula a atuação dos profissionais face a uma situação de maus tratos**, obtivemos os dados que organizamos no gráfico nº21.

Gráfico nº21 - Conhecimento dos técnicos de saúde sobre legislação



Verificamos, através do mesmo que, 17 dos 19 profissionais, ou seja, 89,47% afirma **não conhecer** qualquer legislação e 2 (10,53%) indicam que **conhecem**. A legislação que referem conhecer é a Lei nº147/99 de 1 de Setembro, ou seja, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e ainda a Lei nº31/2003 de 22 de Agosto. Esta última, introduz algumas alterações à Lei nº147/99. Podemos assim constatar que ambas as respostas vão de encontro ao solicitado nesta questão, o que revela que os 2 técnicos de saúde têm algum conhecimento sobre a matéria. No que respeita ao **conhecimento dos procedimentos legais que sucedem a uma denúncia de maus tratos** a crianças e jovens com multideficiência, apresentamos o gráfico nº22 que ilustra a presença ou não desse mesmo conhecimento entre os técnicos de saúde.

Gráfico nº22 - Conhecimento dos técnicos de saúde sobre os procedimentos legais que sucedem uma denúncia



Observando o gráfico, percebemos que a grande maioria 17 (89,47%) refere que **não tem conhecimento** sobre a matéria, e apenas 2 (10,53%) **afirma saber** quais são os

procedimentos. Relativamente aos técnicos que responderam afirmativamente, as suas respostas foram as seguintes:

1º autorização dos suspeitos para atuação da CPCJ, 2º caso haja autorização, acordo de promoção e proteção, caso não haja, encaminhamento para Ministério Público” (s21);

“Primeiro o processo passa pelas entidades da comunidade que se não resolverem o caso encaminham para a CPCJ, caso esta não resolva o caso é levado a tribunal” (s47).

Como podemos constatar, estes discursos são semelhantes e complementares, sendo que os 2 referem os procedimentos que, conforme constatamos da análise aos normativos, são tomados nestas situações. Dizemos que são complementares, na medida em que o participante s47 refere o facto de o processo ser seguido, numa fase inicial, pelas entidades da comunidade, ou seja, pelas entidades competentes em matéria de infância e juventude, que caso não consigam remover a situação de perigo, sinalizam o caso à CPCJ. A medida que se sucede é a obtenção da autorização dos pais/cuidadores para a intervenção da CPCJ, como refere o técnico s21. Nesta altura, podemos deparar-nos com duas situações, como menciona ainda o mesmo participante: os pais/cuidadores autorizam e por isso inicia-se um acordo de promoção e proteção ou, caso a autorização não seja dada, a situação é encaminhada para o Ministério Público. No entanto, pode acontecer ainda, que apesar da autorização ser obtida, a CPCJ não consiga resolver o caso, e nessa situação, o mesmo é levado a tribunal.

VI.4. Discussão dos dados

Neste ponto discutimos os dados obtidos através da análise aos discursos dos três grupos de profissionais, dando conta dos posicionamentos que assumiram face às várias questões em análise. Pretendemos assim, sistematizar as principais ideias que caracterizam os seus discursos. Deste modo, no que diz respeito ao **grau de importância dos diferentes tipos de maus tratos**, os dados permitiram construir a ideia de que, de modo geral, todos os maus tratos são percecionados pelos três grupos de profissionais como extremamente importantes. Este facto revela que, efetivamente, nenhuma das formas de maus tratos identificadas pela OMS e ISPCAN (2006) na definição de maus tratos, é desvalorizada pelos participantes, o que pode revelar que os mesmos estão alerta para esta problemática. Todavia, observamos também que o **abuso emocional** e a **negligência**, apesar de serem considerados extremamente importantes por muitos dos inquiridos, reuniram menor consenso. Esta pequena variação pode, na nossa opinião, dever-se ao facto de ambos serem objeto de maior subjetividade, tanto na sua identificação como na visibilidade das suas consequências.

No que respeita ao **grau de gravidade das diferentes formas de abuso físico** os dados permitiram constatar que para todos os profissionais que participaram na investigação, o **queimar** e o **sufocar** são as formas de abuso que se revestem de maior gravidade. Os técnicos de saúde e os professores de Educação Especial (EE) consideram ainda que o **envenenamento** apresenta o mesmo grau de gravidade que os comportamentos anteriormente mencionados. Já na opinião dos assistentes operacionais, **pontapear** e **morder** são comportamentos que se revestem de igual gravidade que **queimar** e **sufocar**. **Abanar** uma criança foi dos comportamentos considerados menos graves quer pelos professores de EE quer pelos assistentes operacionais. Apesar de se constatar alguma diversidade de opiniões nas respostas dos profissionais inquiridos, de modo geral, todas as formas de abuso físico são percecionadas, pela maioria dos profissionais, como muito ou extremamente graves. Esta tendência dos dados é corroborada por alguns estudos (Dias, Ribeiro e Magalhães, 2010) e pelos próprios discursos expressos no documento elaborado em 2006 pela OMS e pela *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) que atribuem igual gravidade às diferentes formas de abuso. Quanto ao **grau de gravidade das diferentes formas de negligência** constatamos que o **abandono** é a forma de negligência considerada mais grave pelos diferentes profissionais. Paralelamente, verificamos que algumas formas de negligência, nomeadamente a **falta de condições habitacionais** e a **falta de condições sanitárias**, são percecionadas como menos graves que as restantes.

Estes dados parecem infirmar o conceito de negligência apresentado no documento da OMS e ISPCAN (2006), quando nele é preconizado que a mesma ocorre quando os pais/cuidadores não providenciam o bem estar da criança em algumas áreas, nomeadamente saúde, alimentação, segurança, condições habitacionais, salvaguardando, no entanto, que se deve ter em conta se os mesmos estão em condições de o fazer.

Sobre o **grau de gravidade das diferentes formas de abuso sexual** observamos que, de forma geral a opinião dos participantes é semelhante, verificando-se apenas algumas variações. Uma das ideias-chave que retiramos da análise, é a unanimidade assinalada pelos assistentes operacionais ao considerarem que qualquer uma das formas de abuso sexual é de extrema gravidade. Já a posição dos professores de EE e dos técnicos de saúde é mais distribuída. Assim, para estes dois grupos de profissionais o **incesto** e a **violação** são os comportamentos considerados mais graves, no entanto os primeiros consideram ainda a **molestação** e os segundos o **sadismo sexual**. Por outro lado, o **exibicionismo** é aquele que divide mais as opiniões tanto dos docentes como dos técnicos. Esta perceção parece subentender um entendimento do exibicionismo como algo não muito grave, podendo estabelecer-se aqui uma ponte com o conceito sustentado por Moreira (2007, apoiando-se em Christian, 1999), segundo o qual, o exibicionismo consiste na “exposição de áreas sexuais” (p.24), não implicando contacto físico, ou seja, o facto de não implicar toque, pode justificar a pouca gravidade que lhe é atribuída.

No que respeita à **gravidade das diferentes formas de abuso emocional** verificamos que, enquanto os professores consideram que a **humilhação**, a **aterrorização**, a **exploração** e as **atitudes de indiferença para com a criança/jovem** são os comportamentos que se revestem de maior gravidade, já os assistentes operacionais partilham da mesma opinião apenas no que diz respeito à **aterrorização**, e os técnicos de saúde no que diz respeito à **humilhação**. Relativamente à forma de abusos emocionais considerada menos grave, constatamos que os professores e os assistentes operacionais indicam ser a **rejeição**, enquanto os técnicos de saúde indicam as **atitudes de intolerância** para com a criança/jovem bem como a **negação a respostas emocionais**. Salientamos ainda o facto de alguns assistentes operacionais e professores considerarem que a rejeição não tem qualquer gravidade. Este aspeto colide com a perspetiva de Moreira (2007, apoiando-se em Pagelow, 1997) para quem todas as formas de abuso emocional apresentam algum tipo de gravidade.

Quando questionamos os profissionais relativamente à sua **opinião sobre os maus tratos a crianças e jovens sem e com multideficiência**, emergem duas ideias-chave. A primeira, partilhada pela maioria dos profissionais, sustenta que, apesar dos maus tratos serem graves quando são perpetrados contra qualquer criança ou jovem em geral, a sua gravidade aumenta no caso das crianças e jovens com multideficiência. Este ponto de vista

assenta no facto de estes serem considerados mais vulneráveis, devido às dificuldades comunicativas e às limitações que apresentam para se defenderem. Estabelece-se aqui uma relação com a perspetiva sustentada por Hershkowitz, Horowitz e Lamb (2007), de acordo com os quais, as crianças com deficiência são mais suscetíveis de serem vítimas de maus tratos e apresentam maior dificuldade em denunciar os abusos, comparativamente com os seus pares sem deficiência. Na mesma linha de pensamento, também Fisher (2009), apoiando-se num estudo de Sullivan e Knutson (2000), refere que as crianças com deficiência são mais maltratadas, experienciam mais frequentemente várias formas de maus tratos e sofrem mais frequentemente episódios recorrentes, em vez de episódios únicos, comparativamente com as crianças sem deficiência.

Os profissionais argumentam ainda a necessidade de todos os técnicos e professores que interagem com estas crianças estarem, nestes casos, mais atentos pois, muitas vezes, os sinais de alerta não são tão visíveis. Esta ideia é corroborada por Hibbard *et al* (2007 apoiando-se em Ammerman e Baladerian, 1993), que defendem que apesar de os sinais de alerta serem difíceis de identificar nas crianças em geral, no caso das crianças com deficiência, essa tarefa torna-se ainda mais complicada pelo facto de muitas vezes, as mesmas apresentarem problemas cognitivos e de comunicação que as impedem de denunciar e de perceber que foram vítimas de maus tratos.

A segunda ideia-chave defendida por alguns dos profissionais, assenta no pressuposto que os maus tratos são graves independentemente da criança ou jovem ser ou não portador de deficiência. Para estes, todas as crianças são vulneráveis sendo necessário protegê-las, uma vez que os maus tratos acarretam repercussões graves em todas as situações. Govindshenoy e Spencer (2006) realizaram uma revisão sistemática da literatura face à qual referem que, de acordo com a patologia apresentada, as crianças com deficiência podem ou não apresentar o risco de sofrer maus tratos. Salvaguardam no entanto que “O pequeno número de estudos de base populacional identificado por esta revisão revela uma base de evidências relativamente pobre para a visão comum de que crianças com deficiência são mais vulneráveis aos maus tratos infantis”⁴³ (p.557). Assim, de acordo com os autores, o seu estudo não lhes permite afirmar que as crianças com deficiência são mais vulneráveis que as outras. Este ponto de vista vai, de certa forma, ao encontro do que defendem os participantes supramencionados, que consideram que todas as crianças, sem exceção são vulneráveis.

Estabelecendo agora comparações entre os três grupos profissionais, constatamos que, no caso dos técnicos de saúde e dos professores de EE o primeiro ponto de vista prevalece relativamente ao segundo. Relativamente aos assistentes operacionais, verifica-se que a segunda ideia-chave reúne maior consenso que a primeira, apesar de a diferença não ser

⁴³ Tradução realizada pela autora.

significativa. Contudo, apesar das duas ideias-chave centrais serem as anteriormente mencionadas, destacam-se outros pontos de vista, nomeadamente o facto dos maus tratos serem uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade devido aos novos estilos de vida, a importância de denunciar qualquer situação de maus tratos e de punir mais severamente os abusadores, o entendimento dos maus tratos como um atentado aos direitos humanos e, por último, o facto de na sociedade atual todos os comportamentos um pouco mais violentos serem entendidos como maus tratos.

Relativamente ao **contexto de ocorrência de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência**, a opinião que prevalece entre os profissionais é que estas situações ocorrem maioritariamente em **casa**. São vários os argumentos que apoiam este ponto de vista. A **falta de formação e informação** dos pais relativamente à forma de lidar com estas crianças é uma opinião partilhada pelas três categorias profissionais. O entendimento da casa como um **local menos exposto** a olhares alheios e que por isso favorece a ocorrência destas situações; a pertença destas crianças a **famílias desestruturadas** e o **muito tempo que as crianças passam em casa**, são outros argumentos presentes entre os discursos destes profissionais, nomeadamente entre professores de EE e técnicos. O **baixo nível socioeconómico**; a presença de situações de **alcoolismo** e de **perturbações mentais** entre os familiares da criança; a **falta de tempo, disponibilidade e interesse** por parte dos cuidadores e o uso de **práticas parentais excessivamente punitivas ou permissivas** são argumentos mencionados unicamente pelos técnicos de saúde.

Analisando agora os argumentos apresentados pelos profissionais que na sua ótica justificam a ocorrência de maus tratos em casa, constatamos que a maioria coincide com os fatores de risco que, de acordo com os mesmos, potenciam a ocorrência de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência. Assim, a falta de formação e informação, o baixo nível sócioeconómico, a presença de alcoolismo e de perturbações mentais entre os familiares da criança e as práticas parentais excessivamente punitivas ou permissivas são aspetos que o documento da OMS e ISPCAN (2006) identifica como fatores de risco de nível individual, relacionados com as características dos pais/cuidadores. A falta de tempo, disponibilidade e interesse, apesar de não serem identificados pela OMS e ISPCAN (2006), podem na nossa ótica enquadrar também este nível. Quando alguns participantes alegam a pertença da criança a famílias desestruturadas, como sendo um fator de risco, estão a focar um indicador que de acordo com a OMS e ISPCAN (2006) se enquadra no nível relacional. Um outro aspeto importante a acrescentar, apesar de não ser entendido como uma justificação para o tema, prende-se com o facto de, para alguns assistentes operacionais e técnicos de saúde, a **negligência** ser a forma de maus tratos que, em sua perspetiva, ocorre mais frequentemente em casa, nomeadamente pela falta de cuidados de saúde, higiene e alimentação. De facto, segundo Dias, Ribeiro e Magalhães, (2010), a negligência é

uma forma de maus tratos que pode ocorrer a diversos níveis, nomeadamente, saúde, higiene e alimentação. No entanto, os mesmos alertam para o facto de ser importante compreender se a falta de cuidados a este nível é deliberada ou consequência da falta de capacidade dos cuidadores. Por outro lado, alguns profissionais embora também considerem que é em casa que ocorrem mais frequentemente maus tratos, consideram, igualmente, as **escolas** e as **instituições** como locais onde os maus tratos podem ocorrer. Também nestes casos, a falta de formação de alguns profissionais que intervêm na escola e nas instituições é apontado como justificação.

Face aos dados supramencionados, importa aqui fazer uma reflexão: porque será que a maioria dos profissionais indica a casa como o contexto onde ocorrem mais frequentemente maus tratos? Será que o facto das crianças passarem, atualmente, a maior parte do seu dia na escola, não torna este um contexto também propício para a ocorrência destas situações? Terão, os profissionais que inquirimos, algum receio em admitir que o seu contexto de trabalho é também um local suscetível à ocorrência de maus tratos? As respostas dos participantes não nos permitem tirar conclusões a este nível.

Quando questionamos os profissionais sobre quais os **fatores de risco que podem estar associados a situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência** verificamos que a maioria enuncia fatores de nível individual, relacionados com características dos pais/cuidadores. Observamos ainda que, a este nível, todos os grupos profissionais fazem também referência a algumas características da própria criança. Aspetos de nível relacional são apenas mencionados pelos técnicos de saúde e pelos professores de Educação Especial (EE), sendo que estes últimos acrescentam ainda fatores de nível comunitário. A organização dos fatores de risco de acordo com quatro níveis, vai de encontro ao Modelo Ecológico inicialmente desenvolvido por Garbarino (1978) e Bronfenbrenner (1979) e adotado pela OMS para compreender a ocorrência dos maus tratos (OMS, 2002). No entanto, e como podemos perceber, o quarto nível – nível social – não é mencionado por nenhum dos inquiridos.

No que diz respeito ao **nível individual**, mais concretamente aos **fatores de risco associados aos pais/cuidadores**, a análise permitiu notar que existe um conjunto de aspetos que todos os profissionais apontam como sendo fatores de risco para a ocorrência de maus tratos. Os mais mencionados são: as **dificuldades financeiras**, a **baixa escolaridade** dos pais/cuidadores e o **consumo abusivo de álcool e drogas**. O facto de os **abusadores terem sido vítimas de maus tratos durante a infância** e os **problemas emocionais** dos pais/cuidadores, nomeadamente o **desgaste emocional**, são também fatores que identificamos nos discursos dos participantes, apesar de tal acontecer com menos frequência, comparativamente com os mencionados anteriormente. A incapacidade de cuidar de um filho decorrente do **déficite cognitivo** ou de **perturbações de foro**

psiquiátrico apresentadas pelos cuidadores, são, ainda para alguns técnicos de saúde, fatores de risco para a ocorrência de maus tratos. Como podemos constatar, quase todos estes fatores de risco são válidos, tanto no caso das crianças e jovens com multideficiência como das crianças e jovens em geral, pois, tal como é mencionado no documento de 2001 elaborado conjuntamente pelo *Committee on Child Abuse and Neglect* (CCAN) e pelo *Committee on Children with Disabilities* (CCD) geralmente, os fatores de risco associados aos maus tratos, são os mesmos para todas as crianças. No entanto, tal como refere o documento, alguns aspetos podem aumentar o risco para as crianças com deficiência. Um desses aspetos, o **desgaste emocional**, é mencionado por alguns dos participantes, o que vai ao encontro ao que é expresso no documento da CCAN e CCD (2001, apoiando-se em Benedict *et al*, 1990) relativamente às exigências a nível emocional, que recaem sobre os pais/cuidadores das crianças com deficiência, poderem levar a esse desgaste emocional.

No que concerne a **fatores de risco associados às características das crianças**, constatamos que todos os profissionais aludem o facto de os **pais não aceitarem que os filhos são portadores de deficiência**. Alguns professores acrescentam ainda o facto de a **criança não ser um bebé desejado**. Como podemos constatar, as ideias dos profissionais vão ao encontro ao que é sustentado por documentos oficiais da OMS e ISPCAN (2006) que identificam como fatores de risco relacionados com características das crianças:

”a) ser um bebé não desejado ou não ir de encontro às expectativas ou desejos dos pais – nomeadamente em relação ao seu sexo, aparência, temperamento ou anomalias congénitas; b) ser uma criança com muitas necessidades – por exemplo, aqueles que nasceram prematuramente, que choram constantemente, que têm deficiência mental ou física ou que têm uma doença crónica”⁴⁴ (p.14).

Para alguns assistentes operacionais e alguns técnicos de saúde as limitações que estas crianças apresentam, nomeadamente **não serem capazes de se defenderem nem de comunicarem**, torna-as mais vulneráveis aos maus tratos. Esta ideia é corroborada pelo documento de CCAN e CCD (2001), segundo o qual “Os problemas de comunicação podem impedir estas crianças de divulgar o abuso”⁴⁵ (p.509). Alguns técnicos de saúde indicam ainda que, constitui igualmente um fator de risco o facto de estas crianças estarem **expostas a comportamentos desadequados** como, por exemplo, situações de violência doméstica. Também este aspeto vai de encontro ao preconizado pela OMS e ISPCAN (2006) quando associa o facto de a criança se deparar frequentemente com comportamentos problemáticos, nomeadamente violência entre pares íntimos, a um fator de risco para a ocorrência de maus tratos.

⁴⁴ Tradução realizada pela autora.

⁴⁵ Tradução realizada pela autora.

Como referimos anteriormente, os aspetos relativos ao **nível relacional** e **comunitário** estão menos patentes entre os discursos dos profissionais, sendo que os assistentes operacionais não fazem qualquer referência aos mesmos. Deste modo, no que diz respeito ao nível relacional, tanto os professores como os técnicos de saúde consideram que constitui fator de risco o facto das **relações no seio familiar serem desadequadas**, sobretudo quando têm na base famílias disfuncionais. Por outro lado, um técnico de saúde é também da opinião que a **marginalização** e a **exclusão social** destas crianças são igualmente situações que podem despoletar a ocorrência de maus tratos. Estas ideias defendidas pelos profissionais, vão de encontro aos fatores de risco que o documento da OMS e ISPCAN (2006) identifica a **nível relacional**, nomeadamente a desagregação familiar (ex: problemas no casamento ou numa relação íntima, que pode resultar em infelicidade, tensão ou disputas de custódia) ou a discriminação contra a mesma, devido à existência de situações de deficiência no seu seio.

Relativamente ao **nível comunitário**, um professor considera que, a **falta de serviços de apoio às famílias** pode desencadear situações destas. Este fator coincide com as ideias patentes no documento da OMS e ISPCAN (2006) de acordo com o qual, as características dos contextos, nomeadamente a falta de serviços de apoio às famílias, constituem fatores de risco. Paralelamente, e no caso concreto das crianças com multideficiência, Ammerman e Baladerian (1993, citados nos CCAN e CCD, 2001) sustentam que a falta de apoio social e comunitário aos pais de crianças com deficiência constitui um fator de risco de maus tratos na medida em que estes, muitas vezes, se sentem sobrecarregados ou incapazes de lidar com as responsabilidades exigidas para cuidar e supervisionar os filhos com deficiência.

Focando a atenção na **frequência com que os profissionais de saúde se deparam, durante o exercício das suas funções**, com situações de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência, constatamos que os técnicos de saúde são aqueles que mais se confrontaram com essa situação. Este facto pode parecer contraditório, se comparado com os anos de serviço de cada categoria profissional. Como constamos anteriormente na caracterização dos profissionais, os técnicos são aqueles que exercem funções há menos tempo e também os mais novos. Este aspeto poderia indicar que este grupo de profissionais seria aquele que menos vezes se deparou com situações de maus tratos, todavia, tal não se verifica. Uma questão se nos levanta: Estarão os técnicos de saúde mais sensíveis para identificarem as situações de maus tratos?

Os dados obtidos sobre o **grau de importância de alguns sinais de alerta** permitiram apurar que as **lesões figuradas** são, na opinião dos professores de EE e dos técnicos de saúde, o sinal de alerta de maus tratos de maior importância, todavia, um ponto de vista oposto é apresentado pelos assistentes operacionais, para quem este indicador é o menos importante. A importância que os professores e os técnicos de saúde atribuem a este

indicador encontra convergência com a opinião de Flores, Huertas e González (1997), Johnson (1993), Torre e Martin, (1997) e Villamarín (1997), citados por Magalhães *et al* (2010), que consideram as lesões figuradas, um sinal de abuso físico bastante relevante. Já a opinião dos assistentes operacionais é contrária à dos restantes profissionais e dos autores supramencionados, o que nos faz questionar se os mesmos terão efetivamente compreendido o significado de “lesões figuradas” uma vez que este é um conceito de difícil compreensão para o cidadão comum. Na ótica destes profissionais, a **tristeza persistente** é o sinal de alerta mais importante. Esta ideia é também sustentada por Peixoto e Ribeiro (2010) que, apoiando-se num estudo realizado por Glaser e Doyle (1997), mencionam que este indicador vem, muitas vezes, associado ao abuso emocional.

No que diz respeito ao ponto de vista dos docentes e dos técnicos relativamente aos sinais de alerta menos importantes, constatamos que ambos consideram ser os **comportamentos agressivos** por parte da criança/jovem e os **comportamentos de violência autodirigida**. No entanto, os professores apontam as **intoxicações** como sendo um indicador pouco importante, o que de certa forma colide com a teoria, pois de acordo com Magalhães *et al* (2010, apoiando-se em Flores, Huertas e González, 1997, Johnson, 1993, Torre e Martin, 1997 e Villamarín, 1997), as mesmas constituem um sinal de alerta relevante, especialmente quando ocorrem frequentemente com sinais e sintomas inexplicados e de início agudo.

Relativamente aos sinais de alerta que suscitam maior variedade de opiniões no que diz respeito ao grau de importância, podemos observar que, no caso dos técnicos de saúde e dos docentes, são os **comportamentos de violência autodirigida** e os **comportamentos agressivos** por parte da criança/jovem, sendo para os assistentes operacionais apenas os últimos. Os comportamentos agressivos, de acordo com o documento da DGS (2008), podem indiciar negligência a nível emocional, todavia para, Peixoto e Ribeiro (2010), apoiando-se em estudos realizados por Kolko (2002), este mesmo sinal pode indicar uma situação de abuso físico. Já a violência autodirigida é, na ótica de Finkelhor e Browne (1986) e de Kendall-Tackett *et al* (2001, citados por Peixoto e Ribeiro, 2010) um indicador de abuso sexual. Contudo, importa ressaltar o facto destes indicadores, no caso das crianças com multideficiência, poderem ser ambíguos pois, se por um lado, tal como é sustentado no documento elaborado pelo *National Resource Center on Child Abuse and Neglect* (NRCCAN) conjuntamente com *Prevent Child Abuse America* (PCAA) (n.d.), estas alterações comportamentais podem ser interpretadas como características da patologia que a criança apresenta e por isso serem desvalorizadas, por outro, e também como é expresso num documento da FENACERCI (2010) essas mesmas características podem ser confundidas com sinais de alerta de maus tratos. Esta ambiguidade pode justificar o facto de

estes indicadores serem também os que suscitaram maior variedade de opiniões, entre os profissionais, no que diz respeito ao seu grau de importância.

Relativamente à categoria que procura **compreender como é que os profissionais que já suspeitaram de maus tratos atuaram perante a situação**, podemos constatar, através da análise dos discursos que, enquanto que, de uma forma geral, os assistentes operacionais e os técnicos de saúde indicam terem informado os professores e/ou a equipa, os professores de EE não o fizeram. Dos seus discursos podemos também perceber quais os procedimentos que a equipa tomou face a uma situação de maus tratos. Atitudes, como por exemplo, informar o Agrupamento ou entrar em contacto com os familiares são procedimentos descritos pelos técnicos de saúde e pelos docentes. Já a passagem de informação à assistente social e à CPCJ é um aspeto apenas referido pelos técnicos de saúde. Relativamente ao contacto com assistente social verificamos que, por vezes, o mesmo é feito pela equipa e outras vezes pelo Agrupamento. Relativamente à CPCJ, constatamos que por vezes é informada, logo numa fase inicial, pelo Agrupamento, outras vezes acontece depois do contacto com a assistente social ou com os pais. Como podemos constatar, são diversas as medidas tomadas por estes profissionais, sendo que as atitudes tomadas numa fase inicial centram-se na comunicação à equipa/professor ou ao Agrupamento. No entanto, podemos também observar que o contacto com a família, com a assistente social e com a CPCJ por vezes é feito pela própria equipa ou pelo professor. De acordo com a tese defendida por Montano (2010) podemos perceber que, sendo a escola uma entidade com competência em matéria de infância e juventude e por isso poder atuar a um primeiro nível, numa primeira instância, o diretor da escola/Agrupamento é o responsável pela avaliação e intervenção de uma situação de risco, sendo que este pode designar alguns profissionais para proceder às mesmas. Assim, apoiando-nos em Montano (2010), se por um lado alguns profissionais tomam a medida correta ao contactar com o Agrupamento num primeiro momento, por outro, aqueles que contactam a família, a assistente social ou mesmo a CPCJ sem, pelo menos, informar o diretor da situação, acabam por não seguir os pressupostos defendidos pelo autor.

Sistematizando agora as ideias quanto às **atitudes que se devem tomar perante a suspeita de uma situação de maus tratos**, estas centram-se em três ideias-chave. No que concerne à primeira, os profissionais referem que, num primeiro momento, se deve contactar os familiares/suspeitos e só depois denunciar o caso às entidades competentes. No entanto, importa salvaguardar que, enquanto na opinião de alguns esta denúncia só deve ocorrer se o diálogo com os pais não surtir efeito, para outros este contacto serve apenas para confirmar ou tentar perceber a situação, sendo que a denúncia deve ser sempre feita. Este ponto de vista colide com o defendido por Montano (2010), que defende que, num primeiro momento, deve comunicar-se a situação ao diretor do Agrupamento. Uma

segunda ideia que emana dos discursos dos profissionais centra-se no facto de que mediante a suspeita, o caso deve ser denunciado às entidades competentes. Todavia, se por um lado, na ótica de alguns basta haver suspeitas para se denunciar, para outros é essencial haver certezas. O terceiro aspeto a considerar refere-se à ideia de que a primeira informação deve ser dada aos professores/equipa/escola. No entanto, dentro deste ponto de vista encontramos algumas variantes. No caso dos professores de EE, verificamos que alguns referem que antes de qualquer outro procedimento a situação deve ser comunicada ao coordenador da escola ou ao Agrupamento, o que vai de encontro ao defendido por Montano (2010). Já os técnicos de saúde e os assistentes operacionais referem maioritariamente que o primeiro passo é informar a equipa e/ou o professor responsável pela UAEEAMS. Sendo os professores os responsáveis pela UAEEAMS, podemos considerar que esta atitude se sintoniza com o ponto de vista de Montano (2010) se, de seguida, o Agrupamento for informado da situação.

Comparando agora as atitudes tomadas e as que se devem tomar perante uma situação de maus tratos, podemos constatar que as mesmas são semelhantes, pois, em ambos os casos, há quem refira que, num primeiro momento, informou ou se deve informar a equipa/professor/Agrupamento, quem mencione o contacto com a família e quem aponte a necessidade de denúncia às entidades competentes, nomeadamente, à assistente social e à CPCJ.

No que diz respeito **a quem compete denunciar uma situação de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência** constatamos que, em todos os grupos profissionais a opinião que prevalece é a de que todos os cidadãos devem proceder à denúncia, sendo semelhantes as justificações dadas. Assim, alguns referem que os maus tratos são **crime público** e, por isso, devem ser denunciados por todos os cidadãos, outros mencionam que é uma **obrigação** e uma **responsabilidade de todos**, bem como um **dever cívico**. Este ponto de vista vai de encontro ao legislado no artigo 66º da Lei nº147/99 de 1 de Setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo segundo o qual “A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem”. Também o artigo 242º do Código de Processo Penal preconiza que a denúncia é obrigatória por parte dos funcionários públicos que detetem situações de maus tratos durante o exercício das suas funções. Por outro lado, alguns docentes consideram que são as pessoas que lidam diariamente com a criança que devem denunciar estas situações, pois é uma obrigação/responsabilidade ética e moral. Como podemos constatar, este ponto de vista, colide com o que está preconizado nas leis supramencionadas, pois, de acordo com as mesmas a denúncia deve partir de qualquer cidadão que se depare com a situação. Paralelamente, alguns assistentes operacionais e técnicos de saúde assinalam que a

denúncia deve partir da escola. Relativamente a esta posição, podemos considerar que se enquadram no que está estabelecido na lei se assumirmos que, no contexto escolar, face a uma situação de maus tratos, os profissionais que trabalham nas UAEEAMS denunciam a situação aos órgãos hierarquicamente superiores que, por sua vez, tomam as medidas necessárias para a resolução do problema.

Quando questionamos os profissionais relativamente ao **conhecimento de legislação que regula a atuação dos profissionais face a uma situação de maus tratos**, verificamos que o grupo dos assistentes operacionais é o único que apresenta maior número respostas positivas, relativamente às negativas. Por outro lado, ao analisarmos as respostas dadas pelos profissionais que afirmam conhecer legislação sobre a matéria, constatamos que relativamente aos assistentes operacionais, só uma das cinco respostas menciona corretamente a Lei nº147/99 de 1 de Setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Das cinco respostas dadas pelos professores, apenas uma menciona esta lei. No que diz respeito às respostas dos dois técnicos, ambas referem a lei nº147/99, sendo que um deles acrescenta ainda a Lei nº 31/2003 de 22 de agosto, que introduz algumas alterações à lei supramencionada. No entanto, o facto de alguns profissionais mencionarem a Lei nº 147/99 (que estabelece um modelo de intervenção, de acordo com o qual a um primeiro nível intervêm as entidades com competência na matéria da infância e juventude, nomeadamente a escola), não significa por si só, que os mesmos conheçam as suas responsabilidades, nomeadamente as mencionadas no artigo 66º desta Lei que determina que todas as pessoas que se deparem com situações de maus tratos devem denunciá-las. Além disso, nenhum profissional mencionou o artigo 242º do Código de Processo Penal que especifica a obrigação dos funcionários públicos em denunciar situações constatadas durante o exercício das suas funções. No que concerne aos profissionais que identificam de forma incorreta a legislação, verificamos que a referência à CPCJ foi a resposta mais comum dada pelos docentes e pelos assistentes operacionais.

Por último, analisando o **conhecimento dos profissionais sobre os procedimentos que sucedem uma denúncia de maus tratos a crianças e jovens com multideficiência**, constatamos que em todos os grupos profissionais, a maioria dos participantes refere não ter conhecimento sobre a matéria. Relativamente aqueles que afirmam conhecer os procedimentos, verificamos que as suas respostas referenciam as entidades responsáveis pelos procedimentos legais, nomeadamente a CPCJ e o Ministério Público. De facto, de acordo com a Lei nº147/99, a CPCJ intervém a um segundo nível, quando as entidades com competência em matéria de infância e juventude não conseguem intervir de forma adequada ou suficiente para remover o perigo em que a criança se encontra (artigo 8º), e o Ministério Público atua a um terceiro nível, quando a CPCJ, por algum motivo, não consegue intervir (artigo 11º). No entanto, as respostas destes participantes levam-nos a pensar que estes,

apesar de saberem quem são as entidades competentes na matéria, parecem não estar a par dos procedimentos em si.

Os dois técnicos de saúde que afirmam conhecer os procedimentos legais, descrevem o procedimento que sucede a denúncia, preconizado na Lei 147/99, nomeadamente: a intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude (artigo 7º); a sinalização à CPCJ (artigo 8º); o pedido de autorização aos pais para esta entidade poder intervir (artigo 9º); a elaboração do acordo de promoção e proteção, caso a autorização seja dada (artigo 36º) e o encaminhamento do caso para tribunal se os pais/cuidadores não autorizarem ou se a intervenção da CPCJ não reduzir a situação de perigo (artigo 11º e artigo 68º). Mais uma vez, parece estarmos perante uma situação de maior esclarecimento por parte dos técnicos e saúde que advirá, pensamos, da especificidade da sua área de formação e dos contactos que a sua atividade profissional implica com diferentes pessoas, técnicos, serviços e parceiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último ponto, é nosso intuito expor as ideias principais a que chegamos com esta investigação, tendo por base os objetivos e as questões que nortearam o presente estudo. Assim, para mais facilmente construirmos um olhar sistematizado sobre os dados, evocamos as questões:

- i) *Quais as percepções que os profissionais (professores de Educação Especial, técnicos de saúde e assistentes operacionais) têm relativamente ao fenómeno dos maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?;*
- ii) *Qual o conhecimento que os profissionais têm sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?;*
- iii) *Como atuam os profissionais perante a deteção de uma situação de maus tratos, a uma criança/jovem com multideficiência?;*
- iv) *Qual o conhecimento que os profissionais têm sobre legislação e sobre procedimentos legais após uma denúncia de maus tratos?*

Focando-nos na primeira questão, a investigação permitiu-nos perceber que as diferentes formas de maus tratos, nomeadamente o **abuso físico, emocional, sexual e negligência**, consignadas no documento *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence* elaborado conjuntamente pela OMS e pela *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) em 2006, são, de modo geral, percecionadas como extremamente importantes pelos professores de Educação Especial (EE), pelos assistentes operacionais e pelos técnicos de saúde. Esta constatação leva-nos a pensar que os participantes no estudo estão alerta para a problemática dos maus tratos, uma vez que todas as formas que os mesmos podem assumir foram por eles assinaladas. No entanto, percebemos também que apesar do **abuso emocional** e da **negligência** serem globalmente percecionados como extremamente importantes, constituíram as formas de maus tratos que reuniram menor consenso entre os profissionais, no que diz respeito ao seu grau de importância. No nosso entender, este aspeto pode prender-se com o facto de os mesmos estarem envolvidos em maior subjetividade quer na sua identificação como na visibilidade das suas consequências.

Quanto ao grau de gravidade das diferentes formas como cada tipo de maus tratos pode ser perpetrado, constatamos que, no que diz respeito ao **abuso físico** e **sexual**, as respostas dos participantes foram consensuais, na medida em que todas as formas foram percecionadas, por quase todos os participantes, como muito ou extremamente graves. Esta evidência vai de encontro aos estudos de Dias, Ribeiro e Magalhães (2010), ao que é preconizado no documento da OMS e ISPCAN (2006) e às ideias defendidas por Moreira, (2007, apoiando-se em Christian, 1999) ao não diferenciarem o grau de gravidade das formas como o abuso físico e sexual podem ser perpetrados. Já no que diz respeito à

negligência e ao **abuso emocional**, constatamos haver uma maior diversidade de respostas, situação que se assemelha às respostas dadas pelos profissionais relativamente ao grau de importância dos quatro tipos de maus tratos. Ou seja, em ambas as situações (grau de gravidade e grau de importância), verificamos que a **negligência** e o **abuso emocional**, são os maus tratos que apresentam menor consenso entre os profissionais.

Especificando a percepção sobre as formas que a **negligência** pode assumir, pudemos perceber que as consideradas menos graves foram a falta de condições habitacionais e a falta de condições sanitárias. Este aspeto leva-nos a considerar tal como Dias, Ribeiro e Magalhães (2010), a dificuldade de se compreender até que ponto a **negligência** é deliberada ou ocorre por ignorância ou por falta de capacidade, nomeadamente de ordem financeira, dos cuidadores. Ainda no que diz respeito à primeira questão verificamos que:

1) alguns profissionais, apesar de considerarem que os maus tratos a crianças e jovens em geral são graves, consideram ser mais graves os que são perpetrados a crianças e jovens com multideficiência devido à sua maior vulnerabilidade decorrente da sua dificuldade em se defender e comunicar, bem como à maior dificuldade em se detetarem sinais de alerta, sugerindo, por isso, maior atenção nestes casos. Estas ideias são corroboradas pelos estudos de Hershkowitz, Horowitz e Lamb (2007), de Fisher (2009, apoiando-se em Sullivan e Knutson, 2000) e de Hibbard *et al* (2007).

2) outros profissionais registam ambas as situações como sendo graves, justificando serem todas as crianças vulneráveis e, por isso, necessitarem de proteção. Este posicionamento vai de alguma forma de encontro ao estudo de Govindshenoy e Spencer (2006) que consideram que não há evidências que comprovem a maior vulnerabilidade das crianças com deficiência face a uma situação de maus tratos.

O contexto casa é percecionado, pela grande maioria dos participantes, como o local onde podem ocorrer mais frequentemente situações de maus tratos. Os argumentos apresentados recaem essencialmente sobre características dos pais/cuidadores. Por outro lado, alguns participantes, além de referirem o contexto casa, identificam também a escola e outras instituições como locais onde podem ocorrer maus tratos.

Um último ponto referente a esta questão, relaciona-se com os fatores de risco que os profissionais entendem estar na base da ocorrência de maus tratos. Assim, pudemos perceber que os mesmos apontam essencialmente **fatores de nível individual** associados a características dos cuidadores/pais e da criança. Foram, a este nível, identificados fatores como dificuldades financeiras, baixa escolaridade dos pais/cuidadores, consumo abusivo de álcool e droga, o facto de os abusadores terem sido vítimas de maus tratos durante a infância, défice cognitivo ou perturbações de foro psiquiátrico apresentadas pelos cuidadores, desgaste emocional, o facto da criança não ser um bebé desejado, a não

aceitação da problemática da mesma e a sua maior vulnerabilidade decorrente das dificuldades em se defender e em comunicar.

Os fatores de risco de **nível relacional e comunitário** (OMS e ISPCAN, 2006) mencionados, focam a existência de relações desadequadas entre os membros da família, a marginalização e exclusão social destas crianças e a falta de apoios às famílias de crianças com deficiência. A percepção de que os fatores de risco se situam em diferentes níveis, vai de encontro ao modelo ecológico adotado pela OMS (2002), e inicialmente desenvolvido por Garbarino (1978) e Bronfenbrenner (1979), que pretende compreender o fenómeno dos maus tratos a partir de um quadro de leitura multirreferencial. Salientamos ainda o facto do desgaste emocional, da não aceitação da problemática da criança, a maior vulnerabilidade, a marginalização e a exclusão da mesma e a falta de apoios à família, serem fatores intimamente ligados às crianças com multideficiência.

Relativamente à segunda questão: Qual o conhecimento que os profissionais têm sobre sinais de alerta de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?; os dados revelaram que os técnicos de saúde foram os profissionais que mais vezes se confrontaram com situações de maus tratos durante o exercício das suas funções, apesar de serem quem trabalha há menos tempo em UAEEAMS. Uma outra ideia a que se chega nesta investigação, revela que as **lesões figuradas** são o sinal de alerta percecionado como mais importante pelos técnicos de saúde e professores, em conformidade com os estudos realizados por Magalhães *et al* (2010). Por seu lado, a **tristeza persistente** é percecionada como sinal de alerta mais importante pelos assistentes operacionais, ideia que é validada por Peixoto e Ribeiro (2010, apoiando-se em Glaser e Doyle, 1997) quando sustentam que a tristeza persistente é um sinal relevante de abuso emocional.

Já os sinais de alerta apontados como menos importantes pelos professores e pelos técnicos de saúde são os **comportamentos agressivos** por parte da criança, a **violência autodirigida** e as **intoxicações**. Para os assistentes operacionais são as **lesões figuradas**. A percepção das **lesões figuradas** e das **intoxicações**, como menos importantes colide com a opinião de Magalhães *et al* (2010) que consideram estes dois indicadores relevantes na identificação de situações de abuso físico

Quanto ao modo como atuam os profissionais perante a deteção de uma situação de maus tratos, e que configura a terceira questão norteadora desta investigação, a análise permitiu concluir haver uma certa concordância entre a forma como atuaram os profissionais diante de uma situação de suspeição de maus tratos e o conhecimento que têm das medidas que devem ser tomadas perante essa situação. Face aos dados explanados concluímos ainda que, apesar de terem sido enunciadas linhas semelhantes de atuação, nomeadamente, informar a equipa/escola/Agrupamento, contactar a família ou comunicar às entidades competentes, nomeadamente à CPCJ e à assistente social, revelando algum

conhecimento sobre o tema, não há um procedimento comum de atuação entre todos os profissionais.

Paralelamente, verificamos que a maioria dos profissionais considera que a denúncia destas situações pode, e deve, ser feita por qualquer cidadão, enquanto responsabilidade social e um dever cívico, uma vez que os maus tratos são crime público, tal como está preceituado no artigo 66º da Lei nº147/99 de 1 de Setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, bem como no artigo 242º Código de Processo Penal.

Focando-nos no conhecimento que os profissionais têm sobre legislação e sobre procedimentos legais, a análise permitiu concluir que, de um modo geral, os profissionais não têm conhecimento sobre a legislação e os procedimentos a seguir numa situação de denúncia.

Apresentada a síntese de ideias principais na sua relação com as questões orientadoras da pesquisa, importa agora refletir um pouco sobre o percurso desta investigação, ponderando sobre algumas limitações que acompanharam esse percurso.

Assim, uma das limitações do estudo prendeu-se com a dificuldade em encontrar bibliografia relacionada com a problemática dos maus tratos a crianças com multideficiência. Por outro lado, dada a especificidade do objeto de estudo, a definição dos instrumentos de investigação a utilizar constituiu também uma limitação, tendo em conta os aspetos particulares que nos interessavam contemplar dentro da problemática mais ampla dos maus tratos. Tratando-se de um estudo focado nas perceções de profissionais da educação, a construção do inquérito por questionário implicou a realização de várias pesquisas sobre instrumentos deste tipo, no sentido de validarmos o inquérito a aplicar na investigação.

Uma outra limitação teve a ver com a dificuldade sentida na obtenção das autorizações por parte dos agrupamentos, bem como no tempo que mediou entre o envio do inquérito e a sua receção. Estes constrangimentos acabaram por limitar o estudo na definição da amostra.

Sendo o nosso intuito conhecer as perceções dos profissionais que trabalham em contexto de uma UAEEAMS específica, relativamente aos maus tratos a crianças com deficiência, as conclusões a que chegamos não podem ser generalizadas a todos os profissionais que trabalham em contextos similares. No entanto, a investigação tornou-se no nosso entender enriquecedora para os profissionais que nela participaram, uma vez que, de algum modo, os mesmos foram levados a refletir sobre tema e possivelmente ficaram mais alerta para a problemática dos maus tratos, o que pode constituir uma mais valia para o exercício futuro das suas funções. No que diz respeito à investigadora, a realização do estudo e o aprofundamento dos conhecimentos nesta área, tornou-se aliciante, por se tratar de uma problemática não específica da sua área de intervenção, no entanto extremamente importante para um melhor desempenho profissional em contexto escolar.

Esperamos, finalmente que este estudo contribua para um aprofundamento do debate acadêmico sobre esta problemática, nomeadamente ao nível da formação inicial de professores e de técnicos de saúde, e da formação contínua para assistentes operacionais, atores que intervêm diretamente com crianças com multideficiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alabama Civil Justice Foudation. (n.d.). *Educator's resource manual on child abuse* (3ª ed.): Alabama Children's Trust Fund. Acedido em maio 5, 2012, em <http://ctf.state.al.us/archived%20info/pdfs/educatorsresource.pdf>.
- Alves, S. (2007). *Filhos da Madrugada: percursos adolescentes em lares de infância e juventude*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Socias e Políticas.
- Amaro, F. (1986). Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade. *Cadernos do CEJ*, 2, 113.
- Ammerman, R. T., & Baladerian, N. J. (1993). *Maltreatment of children with disabilities*. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse.
- Azevedo, M. C., & Maia, A. C. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bairrão, J. (coord.) (1998). *Alunos com necessidades educativas especiais: subsídios para o sistema de educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Baptista, J. (2011). *Introdução às ciências sociais. Temas e problemas da educação inclusiva*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335. (pg.48).
- Benedict, M. I., White, R. B., Wulff, L. M., & Hall, B. J. (1990). Reported maltreatment in children with multiple disabilities. *Child Abuse and Neglect*, 14, 207-217. (pg49).
- Benedict, M. I., Wulff, L. M., & White, R. B. (1992). Current parental stress in maltreating and nonmaltreating families of children with multiple disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 16, 155-163.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bronfenbrenner, V. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carmo, R. (2010). A justiça e o abuso de crianças e jovens: um caminho em constante construção In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da Suspeita ao Diagnóstico* (pp. 189-203). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, F. (2007). *Escola para todos? a educação das crianças com deficiência na perspectiva da ecologia humana*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Christian, C. W. (1999). Child abuse and neglect. In J. A. Silver, B. J. Amster & T. Haecker (Eds.), *Young Children and Fostercare: A Guide for Professionals* (pp. 195-212). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

- Committee on Child Abuse and Neglect & Committee on Children with Disabilities (2001). Assessment of maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 108(2), 508-512. Acedido em maio 1, 2012 em <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/2/508.full.pdf+html>.
- Contreras, M. D. C., & Valencia, R. P. (1997). A criança com deficiências associadas. In R. Bautista (coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp.378-389). Lisboa: Dinalivro.
- Correia, L. M. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais: um guia para educadores e professores* (2ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Davis, L. A. (2004). *Abuse of children with cognitive, intellectual and developmental disabilities*. Washington: The arc. Acedido em maio 13, 2012, em www.faculty.pnc.edu/djpratt/.../qachildabuse.doc.
- De Paúl, J., & Arruabarrena, M. (1996). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em maio 5, 2012, em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AccaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf>.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em julho 17, 2011, em <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0>.
- Dias, I. (2010). Factores de risco de abuso. In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao Diagnóstico* (pp. 31.36). Lisboa: Lidel.
- Dias, I., Ribeiro, C. S. & Magalhães, T. (2010). A construção social do abuso na infância. In T. Magalhães (coord.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da Suspeita ao Diagnóstico* (pp. 7-21). Lisboa: Lidel.
- Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social. (2010). *Roteiro para a prevenção de maus-tratos a pessoas com deficiência intelectual e/ou multideficiência*. Lisboa.
- Ferreira, W. B. (2008). Vulnerabilidade à violência sexual no contexto da escola inclusiva: reflexão sobre a invisibilidade da pessoa com deficiência *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(2), 120-136. Acedido em maio 13, 2011, em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/551/55160210.pdf>.
- Figueiredo, B., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, E., & Matos, R. (2004). História do abuso durante a infância em pais na comunidade. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 9(1), 19-46.
- Finkel, M. A. (2005). Sexual abuse: the medical examination. In A. P. Giardino & R. Alexander (Eds.), *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference* (3ª ed., pp. 253-289). St Louis: GW Medical.

- Finkelhor, D., & Browne, A. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Fisher, M. H. (2009). *Letter to the editor: Literature analysis to determine the inclusion of children with disabilities in abuse interventions*. Unpublished manuscript. Acedido em maio 19, 2011, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2744459/pdf/nihms113539.pdf>.
- Flores, J. C., Huertas, J. D., & González, J. A. M. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santo.
- Garbarino, J., & Crouter, A. (1978). Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 49, 604-616.
- Geertz, C. (1973). Thick description: toward an interpretive theory of culture. In *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Glaser, D., & Doyle, C. (1997). Is the term child protection applicable to emotional abuse? *Child Abuse Review*, 6, 315-329.
- González, M. C. O. (2003). Educação inclusiva: uma escola para todos. In L. L. Correia (Ed.), *Educação Especial e Inclusão: Quem Disser Que Uma Não Sobrevive Sem a Outra Não Está no Seu Perfeito Juízo* (pp. 57-72). Porto: Porto Editora.
- Govindshenoy, M. & Spencer, N. (2006). Abuse of the disabled child: a systematic review of population-based studies. *Child: Care, Health and Development*, 33(5), 552-558.
- Hart, S., Brassard, M., Binggeli, N., & Davidson, H. (2002). Psychological maltreatment. In J. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2ª ed., pp. 79-103). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, 26, 645-659.
- Hershkowitz, I., Horowitz, D., & Lamb, M. E. (2007). Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 629-635.
- Hershkowitz, I., Horowitz, D., & Lamb, M. E. (2007). Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 629-635.
- Hibbard, R. A., Larry, W. D., Neglect, C. o. C. A. a. & Disabilities, C. o. C. w. (2007). Maltreatment of children with disabilities. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 119, 1018-1025. Acedido em maio 13, 2011, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/5/1018.full.pdf+html>.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Jardim, P., & Magalhães, T. (2010). Indicadores físicos e biológicos de abuso sexual. In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da Suspeita ao Diagnóstico* (pp. 109-118). Lisboa: Lidel.

- Jiménez, R. (1997). Uma escola para todos: a integração escolar. In R. Bautista (coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 21-35). Lisboa: Dinalivro.
- Johnson, C. F. (1993). Physical abuse: accidental versus intentional trauma in children. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 206-226). London: Sage Publications.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L., & Finkelhor, D. (2001). Impact of sexual abuse on children: a review and syntesis of recent empirical studies. In R. Bull (Ed.), *Children and Law: The Essencial readings* (pp. 31-70). Malden: Blackwell.
- Kolko, D. (2002). Child physical abuse. In J. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2ª ed., pp. 21-54). Thousand Oaks: Sage Publications
- Leite, C., Gomes, L., & Fernandes, P. (2001). *Projectos curriculares de escola e de turma: conceber, gerir e avaliar* (3ª ed.). Porto: Edições Asa.
- Leite, C. (2003). *Para uma escola curricularmente inteligente*. Porto: Edições Asa.
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais* (4ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Magalhães, T. (coord.) (2010a). *Abuso de crianças e jovens: da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel.
- Magalhães, T. (2010b). *Violência e abuso: respostas simples para questões complexas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Magalhães, T., Jardim, P., Santos, L., Pinto, N. F., Oliveira, R. J. D. O., & Caldas, I. M. (2010). Indicadores físicos de abuso. In T. Magalhães (coord.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da Suspeita ao Diagnóstico* (pp. 51-107). Lisboa: Lidel.
- Mantoan, M. T. E. (2006). O direito de ser, sendo diferente, na escola. In D. Rodrigues (org.), *Inclusão e Educação: Doze Olhares sobre a Educação Inclusiva* (pp. 183-211). São Paulo: Summus Editorial.
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (coord.) (2009). *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Montano, T. (coord.) (2010). Promoção e proteção dos direitos das crianças: guia de orientações para os profissionais da educação na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo. Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. Acedido em março 21, 2012, em <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?03.09>
- Moreira, P. (2007). *Guia do educador face aos maus tratos*. Porto: Porto Editora.
- National Dissemination Center for Children with Disabilities. (2012). Categories of disability under IDEA. Acedido em abril 4, 2012, em <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/gr3.pdf>.

- National Resource Center on Child Abuse and Neglect & Prevent Child Abuse America. (n.d.). *Fact sheet: maltreatment of children with disabilities*. Chicago. Acedido em maio 20, 2012, em <http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/maltreatment.pdf?docID=124>.
- Orelove, F. P., & Sobsey, D. R. N. (2000). *Educating children with multiple disabilities: a transdisciplinary approach* (3ª ed.). Baltimore: Paul Brookes.
- Organização Mundial da Saúde. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Acedido em julho 11, 2011, em http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Acedido em julho 17, 2011, em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf.
- Organização Mundial da Saúde & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Acedido em julho 17, 2011, em http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Acedido em janeiro 22, 2012, em <http://dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>.
- Organização das Nações Unidas. (1989). *Convenção Sobre os Direitos das Crianças*. Acedido em julho 15, 2011, em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- Organização das Nações Unidas (2007). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Acedido em março 12, 2012, em <http://www.redesolidaria.org.pt/legislacao/convencao.pdf>.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (1990). *Declaração Mundial Sobre Educação Para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem*. Conferência Mundial sobre Educação para Todos. Jomtien, Tailândia. Acedido em março 15, 2012, em <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (1994). *Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Práticas na área das Necessidades Educativas Especiais*. Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade. Salamanca. Acedido em março 15, 2012, em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139394por.pdf>.

- Pagelow, M. D. (1997). Child neglect and psychological maltreatment. In O. W. Barnett, C. L. Miller-Perrin & R. D. Perrin (Eds.), *Family Violence Across the Lifespan - An Introduction* (pp. 105-132). London: Sage Publications.
- Peixoto, C., & Ribeiro, C. (2010). Indicadores psicológicos de abuso. In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao Diagnóstico* (pp. 39-49). Lisboa: Lidel.
- Pereira, F. (coord.) (2004). *Avaliação e intervenção em multideficiência*. Lisboa: Ministério da Educação. Direcção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular.
- Pereira, F. (2005). *Unidades Especializadas em Multideficiência: normas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Pereira, F. (coord.) (2008). *Alunos com multideficiência e com surdocegueira congénita: organização da resposta educativa*. Lisboa: Direcção - Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, C. S. & Magalhães, T. (2010). Aspectos epidemiológicos do abuso. In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da Suspeita ao Diagnóstico* (pp. 23-29). Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, L. L. (coord.) (2007). *Percursos de educação inclusiva em Portugal: dez estudos de caso*. Cruz Quebrada: Fórum de Estudos de Educação Inclusiva.
- Roig, M., & De Paúl, O. (1993). *Mau trato y abandono en la infancia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Secretariado Nacional de Reabilitação (1984). *Sistema de educação em Portugal: Relatório dos peritos estrangeiros sobre a 1a fase do projecto da OCDE/CERI "A educação dos jovens deficientes e a sua transição para a vida activa"*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Silva, M. (2006). *Contributos para o estudo das Unidades Especializadas em Multideficiência: estudo observacional de três Unidades Especializadas em Multideficiência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C., et al. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a populational based study. *Pediatrics*, 116, 609-613.
- Stainback, S., & Stainback, W. (1992). *Curriculum considerations in inclusive classrooms: Facilitating learning for all students*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

- Sullivan, P. A., & Cork, P. M. (1996). *Developmental disabilities training project*. Omaha: Center for Abused Children with Disabilities. Boys Town National Research Hospital. Nebraska Department of Health and Human Services.
- Sullivan, P. A., & Knutson, L. T. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257-1273.
- Torre, T. E., & Martín, J. C. A. (1997). Fracturas y lesiones óseas. In J. C. Flores, J. D. Huertas & J. A. M. González (Eds.), *Niños Maltratados* (pp. 53-72). Madrid: Ediciones Díaz Santo.
- Tower, C. C. (2003). *The role of educaors in preventing and responding to child abuse and neglect*. U.S. Departement of Health and Human Services. Administration for Children and Families. Administration on Children, Youth and Families. Office on Child Abuse and Neglect.
- United Nations Children's Fund (1959). *Declaração Universal dos Direitos das Crianças*. Acedido em março 13, 2012, em http://www.ie.uminho.pt/Uploads/NEDH/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf.
- Vasconcelos, A., Cardoso, B. M., Barros, M. & Almeida, H. (2011). Abordagem da criança vítima de maus tratos na urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(1), 8-11. Acedido em julho 18, 2011, em [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/26/20110624100110_Art_Original_Vasconcelos_A_42\(1\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/26/20110624100110_Art_Original_Vasconcelos_A_42(1).pdf).
- Villamarín, V. R. (1997). Lesiones viscerales: torácicas y abdominales. In J. C. Flores, J. D. Huertas & J. A. M. González (Eds.), *Niños Maltratados* (pp. 73-86). Madrid: Ediciones Díaz de Santo.
- Warnock Report (1978). *Special Education Needs: Report of the Comittee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. London: Her Majesty's Stationery Office. Acedido em março 15, 2012, em <http://www.educationengland.org.uk/documents/warnock/>.

Legislação consultada

- Decreto-Lei nº46/86 de 14 de Outubro (1986). Lei de Bases do Sistema Educativo. Diário da República nº237 - I Série. Ministério da Educação. Acedido em abril 2, 2012, em: http://www.gave.min-edu.pt/np3content/?newsId=31&fileName=lei_46_86.pdf.

Decreto-Lei nº319/91 de 23 de Agosto (1991). Diário da República nº193 - I Série. Ministério da Educação. Acedido em abril 2, 2012, em http://paginas.fe.up.pt/~contqf/qualifeup/UOI/documents/Docs_ApoioNEES/DL319_91.pdf.

Decreto-Lei nº6/2001 de 18 de Janeiro (2001). Diário da República nº15 - I Série. Ministério da Educação. Acedido em abril 2, 2012, em <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/015A00/02580265.PDF>.

Decreto-Lei nº3/2008 de 7 de Janeiro (2008). Diário da República nº4 - I Série. Ministério da Educação. Acedido em abril 2, 2012, em <http://dre.pt/pdf1s/2008/01/00400/0015400164.pdf>.

Despacho-Conjunto nº36/SEAM/SERE/88 de 17 de Agosto (1988). Acedido em abril 2, 2012, em <http://portal.ua.pt/projectos/resea/legis/35.htm>.

Lei nº147/99 de 1 de Setembro (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Diário da República nº204 - I Série. Acedido em abril 2, 2012, em <http://dre.pt/pdf1s/1999/09/204A00/61156132.pdf>.

Lei nº31/2003 de 22 de Agosto (2003). Diário da República nº193 - I Série. Acedido em abril 2, 2012, em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=316&m=PDF.

Public Law 94-142 (1975). *Education for All Handicapped Children Act*. Acedido em Março 12, 2012 em <http://www.venturacountyselpa.com/Portals/45/Users/Public%20Law%2094.pdf>.

Recomendação Rec(2006)5 do Comité de Ministros aos Estados Membros. *Plano de Acção sobre Deficiência/Incapacidade*. Acedido em março 23, 2012, em http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec_2006_5%20Portugal.pdf.

Resolução do Conselho de Ministros nº97/2010, de 14 de Dezembro (2010). *Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013*. Diário da República nº240 - I Série. Acedido em março 23, 2012, em http://www.acessibilidade.gov.pt/legis/rcm97_2010_undef.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1 – Inquérito por questionário

Inquérito por questionário⁴⁶

O presente questionário, enquadra-se no estudo que estamos a desenvolver no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde, promovido pela Faculdade de Medicina em parceria com a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade do Porto. Nesta investigação pretendemos estudar “**Perceções de professores, técnicos de saúde e assistentes operacionais sobre maus tratos a crianças e jovens com multideficiência**”. A construção do inquérito teve por base a pesquisa bibliográfica realizada relativamente à problemática em estudo, nomeadamente Dias, Ribeiro e Magalhães (2010), Moreira (2007, apoiando-se em Pagelow, 1997 e em Christian, 1999), Magalhães *et al* (2010), Peixoto e Ribeiro (2010), Govindshenoy e Spencer (2006), Montano (2010) e documentos da Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (2010), da Organização Mundial da Saúde e International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006) e de *Alabama Civil Justice Foundation* (n.d.).

Para a realização deste inquérito, é importante a sua valiosa colaboração.

1. DADOS DE CARATERIZAÇÃO

Assinale, com um X, a resposta que se adequa à sua situação

1.1. Género

Feminino ☐ Masculino ☐

1.2. Idade

Menos de 25 anos ☐ De 25 a 29 anos ☐ De 30 a 35 anos ☐ De 36 a 40 anos ☐
De 41 a 45 anos ☐ De 46 a 50 anos ☐ De 51 a 55 anos ☐ Mais de 55 anos ☐

1.3. Categoria profissional

Professor/a de Educação Especial ☐

Assistente Operacional ☐

Fisioterapeuta ☐

Terapeuta Ocupacional ☐

Terapeuta da Fala ☐

Psicólogo/a ☐

1.4. Há quantos anos desempenha funções em UAEEAMS?

Há menos de 2 anos ☐ De 2 a 4 anos ☐ De 5 a 7 anos ☐ De 8 a 10 anos ☐

De 11 a 15 anos ☐ De 16 a 20 anos ☐ De 21 a 25 anos ☐ Há mais de 25 anos ☐

⁴⁶ Na construção da estrutura do inquérito tivemos por base as ideias sugeridas por Hill, M. M., & Hill, A. (2008).

2. PERCEÇÕES SOBRE OS MAUS TRATOS

2.1. Qual o grau de importância que atribui aos diferentes tipos de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?

Assinale a sua resposta numa escala de 1 a 5 (sendo 1- nenhuma importância e 5-muita importância).

TIPOS DE MAUS TRATOS	1	2	3	4	5
Abuso Físico					
Abuso Emocional					
Abuso Sexual					
Negligência					
Outro: _____					

2.2. Qual a sua opinião sobre os maus tratos a **crianças/jovens em geral**? E em relação a **crianças/jovens com multideficiência**, em particular? _____

2.3. **Assinale com um X o contexto** onde considera ocorrerem mais frequentemente situações de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência.

Casa ☐ Escola ☐ Rua ☐ Outros: _____

Por favor, justifique a sua resposta: _____

2.4. **Assinale, numa escala de 1 a 5** (sendo 1 o valor de gravidade mínimo e 5 o valor de gravidade máximo), quais os comportamentos que considera serem uma situação de **abuso físico** a crianças/jovens com multideficiência.

FORMAS DE ABUSO FÍSICO	1	2	3	4	5
Bater					
Pontapear					
Abanar					
Morder					
Queimar					
Sufocar					
Envenenar					
Outra: _____					

- 2.5. **Assinale, numa escala de 1 a 5** (sendo 1 o valor de gravidade mínimo e 5 o valor de gravidade máximo), quais os comportamentos que considera serem uma situação de **negligência** a crianças/jovens com multideficiência.

FORMAS DE NEGLIGÊNCIA	1	2	3	4	5
Cuidados de saúde (recusa, ausência ou atraso em garantir os cuidados de saúde física e mental necessários)					
Higiene pessoal (não proporcionar os cuidados pessoais e de higiene básicos e normais)					
Alimentação (incapacidade de garantir uma alimentação equilibrada em termos de quantidade e/ou de regularidade)					
Segurança doméstica (habitar numa casa muito vulnerável a acidentes)					
Condições sanitárias (casa com cuidados de limpeza insuficientes)					
Condições habitacionais (instalações da casa inadequadas ou inexistentes)					
Abandono (abandono físico da criança, com consequências potencialmente fatais)					
Supervisão (ausência de supervisão das atividades da criança/jovem de que podem resultar acidentes)					
Educacional (incapacidade ou ausência de cuidados e supervisão para promover uma educação adequada)					
Emocional (os cuidadores não proporcionam a satisfação das necessidades de proximidade, suporte emocional, segurança emocional, encorajamento e acompanhamento)					
Exposição à violência (ausência de proteção por parte dos cuidadores relativamente a cenas de violência: violência conjugal e comportamentos ilegais)					
Outra: _____					

- 2.6. **Assinale, numa escala valorativa de 1 a 5** (sendo 1 o valor de gravidade mínimo e 5 o valor de gravidade máximo), quais os comportamentos que considera serem uma situação de **abuso sexual** a crianças/jovens com multideficiência.

FORMAS DE ABUSO SEXUAL	1	2	3	4	5
Incesto (atividades sexuais envolvendo membros da família)					
Pedofilia (preferência sexual patológica de um adulto por crianças)					
Exibicionismo (exposição de áreas sexuais)					
Molestação (tocar ou acariciar as partes sexuais da criança)					
Sadismo sexual (obter prazer sexual do sofrimento alheio)					
Pornografia infantil (filmes ou fotografias que mostram crianças em atividades sexuais)					
Violação (penetração sexual formada)					
Outra: _____					

2.7. Assinale, numa escala de 1 a 5 (sendo 1 o valor de gravidade mínimo e 5 o valor de gravidade máximo), quais os comportamentos que considera serem uma situação de **abuso emocional** a crianças/jovens com multideficiência.

FORMAS DE ABUSO EMOCIONAL	1	2	3	4	5
Rejeição (comportamentos e atos verbais ou não verbais que revelam sentimentos de rejeição para com a criança/jovem)					
Humilhação (comportamentos ou atitudes verbais e não verbais que depreciam/humilham a criança/jovem)					
Aterrorização (atitudes, comportamentos ou ameaças que causam medos e ansiedade intensos na criança/jovem)					
Isolamento (atitudes que impedem que a criança/jovem se envolva em atividades sociais normais)					
Práticas erradas de socialização (atitudes permissivas e/ou encorajadoras de comportamentos anti-sociais)					
Exploração (atitudes de exploração da criança/jovem para benefício pessoal)					
Negação de respostas emocionais (atos de omissão: o cuidador não responde emocionalmente à criança/jovem e não estimula a sua expressão e exploração emocionais)					
Limitação/restrrição (restringir os movimentos da criança/jovem, impondo barreiras, limites ou proibições desajustadas)					
Falta de respeito pela privacidade da criança/jovem					
Atitudes de intolerância para com a criança/jovem					
Atitudes de indiferença para com a criança/jovem					
Outra: _____					

2.8. Em sua opinião que **fatores de risco** podem estar associados a situações de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência? _____

3. SINAIS DE ALERTA

3.1. Na sua atividade profissional, já se confrontou com situações de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?

Muitas vezes ☐ Algumas vezes ☐ Apenas uma vez ☐ Nenhuma vez ☐

Em caso afirmativo pode, por favor, descrever quais os **sinais de alerta** que a/o levaram a suspeitar de maus tratos em, pelo menos, **numa das situações**? _____

3.2. Qual o grau de importância que atribui aos **sinais de alerta** indicadores de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência?

Assinale a sua resposta numa escala de 1 a 5 (sendo 1- nenhuma importância e 5-muita importância).

SINAIS DE ALERTA	1	2	3	4	5
Comportamentos agressivos por parte da criança/jovem					
Comportamentos de violência autodirigida					
Tristeza persistente					
Lesões físicas em diferentes estádios de evolução (ex: pisaduras com diferentes aparências)					
Lesões com diferentes localizações					
Lesões figuradas (marca de objetos no corpo)					
Intoxicações					
Uso recorrente da mesma roupa					
Má nutrição					
Faltas recorrentes a consultas médicas					
Ficar sozinho em casa por longos períodos de tempo					
Faltas recorrentes à escola					
Dificuldades de socialização					
Outro: _____					

4. ATITUDES FACE A SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS

4.1. Já alguma vez suspeitou de maus tratos a um aluno da UAEEAMS?

Sim ☐ Não ☐ Em caso afirmativo pode, por favor, descrever como atuou perante essa situação?

4.2. Na sua opinião, qual(ais) a(s) **atitude(s)** que se deve(m) tomar quando se suspeita de uma situação de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência? _____

4.3. Em sua opinião **a quem compete denunciar** situações de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência? _____

Por favor justifique a sua resposta: _____

4.4. Tem conhecimento de alguma legislação que regule a **atuação dos profissionais** quando se deparam com uma situação de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência? Se sim qual? _____

4.5. Tem conhecimento dos procedimentos legais/judiciais que devem suceder à denúncia de uma situação de maus tratos de crianças/jovens com multideficiência?

Sim ☐ Não ☐ Se respondeu sim, quais? _____

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 2 – Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE – H. S. JOÃO

PARECER

Título da Investigação: “A perceção de profissionais que intervêm com crianças e jovens com multideficiência face à problemática dos maus tratos”

Investigador: Susana Raquel Silva Ribeiro

Orientador: Prof. Doutora Preciosa Fernandes

Elo de ligação: N.A.

Serviço onde se realizará a Investigação: Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira (UAEEAMS), de 1º ciclo, dos Concelhos de Gondomar, Maia, Porto, Valongo, Matosinhos e Vila Nova de Gaia

Promotor: N.A.

Pertinência do estudo: Os maus tratos a crianças são um fenómeno de grande visibilidade social, que assume maiores proporções quando as vítimas são crianças portadoras de deficiência. Estas, são um alvo fácil, porque podem ser incapazes de se expressar, podem estar imobilizadas ou podem até mesmo não reconhecer o agressor.

Actualmente, as crianças passam a maior parte do tempo na escola, o que confere aos profissionais que trabalham em contexto escolar um papel preponderante no acompanhamento das crianças. Estes profissionais podem intervir ao nível da prevenção e deteção precoce de situações de maus tratos.

Assim, pretende-se com este trabalho:

- compreender em que medida os maus tratos por parte dos cuidadores a crianças/jovens com multideficiência, têm constituído objeto de atenção por parte de profissionais (professores, técnicos de saúde e assistentes operacionais) que trabalham com estas crianças em contexto escolar;
- contribuir para aumentar o seu conhecimento sobre sinais de alerta relativamente a situações de maus tratos;
- compreender modos de actuação destes profissionais perante uma situação de maus tratos identificada.

Concepção do estudo: Projecto de investigação qualitativa, cuja informação será recolhida através de inquérito por questionário, com perguntas abertas e fechadas, administrado aos docentes do Ensino Especial, aos assistentes operacionais, aos fisioterapeutas, aos terapeutas ocupacionais, aos psicólogos e aos terapeutas da fala, por serem estes os profissionais que lidam diariamente com as crianças com multideficiência. O tratamento da informação recolhida será feito através de análise estatística, para as perguntas fechadas, e análise de conteúdo, para as perguntas abertas.

Benefício/Risco: Este estudo permitirá aos participantes aumentar o seu conhecimento sobre os maus tratos a crianças/jovens com multideficiência, os modos de atuação perante estas situações e os sinais de alerta desta problemática.

Os incómodos decorrentes da sua participação são apenas os relacionados com o tempo despendido com o preenchimento do questionário (em média 30 minutos). A participação neste estudo não envolve quaisquer riscos a nível social, profissional ou de saúde.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE – H. S. JOÃO

PARECER

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito: Está prevista a obtenção de Consentimento Informado (mod. CE 01) e foi elaborada Informação Escrita para o Participante, clarificadora dos objetivos, riscos e benefícios decorrentes deste estudo, bem como da sua inteira liberdade para decidir da sua aceitação em participar e o tempo dispendido (cerca de 30 minutos) no preenchimento dos questionários de recolha de dados.

Confidencialidade dos dados: Manter-se-á o anonimato das UAEEAMS, bem como o anonimato de todos os participantes no estudo.

Financiamento: N.A.

Indemnização por danos: N.A.

Propriedade dos dados: investigadora

CV do investigador: A investigadora é Terapeuta da Fala e aluna do Mestrado em Educação para a Saúde promovido pela Faculdade de Medicina da UP em parceria com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da UP, exibindo CV que se adequa às características do projecto em apreciação.

Conclusão: Considerando o âmbito deste estudo e a sensibilidade das questões tratadas, nomeadamente a consciência social sobre a abordagem aos maus tratos, sugere-se a divulgação dos resultados à comunidade, legitimando eticamente a abrangência que o inquérito encerra.

Porto, 10 de Janeiro de 2012

A relatora,



Raquel Ribeiro

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

7. SEGURO

- a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☒

NÃO APLICÁVEL ☐

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Susana Raquel Silva Ribeiro, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 30 de Dezembro de 2011

Susana Ribeiro

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de 10/1 Janeiro 2012	A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.  Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão

VI

ANEXO 3 - Pedido de autorização aos Agrupamentos

Pedido de autorização para realização do estudo



Entrada x

Tese/Questionários x



H [redacted]@mail.com

26 mar ☆



para mim ▾

Boa tarde

No âmbito do pedido formulado, que me foi encaminhado pelo Diretor do agrupamento [redacted], e portanto autorizado a ser realizado, gostaria de saber como pretende proceder e em que medida poderemos ajudar.

Com os melhores cumprimentos



ANEXO 4 - Documento de informação ao participante

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

A percepção de profissionais que intervêm com crianças e jovens com multideficiência face à problemática dos maus tratos

O presente estudo será realizado no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto), pela estudante Terapeuta da Fala Susana Ribeiro, com a orientação da Professora Doutora Preciosa Fernandes.

Os objetivos desta investigação são compreender em que medida os maus tratos a crianças/jovens com multideficiência, têm constituído objeto de atenção por parte de profissionais (professores de Educação Especial, técnicos de saúde e assistentes operacionais) que trabalham com estas crianças em contexto escolar; contribuir para aumentar o seu conhecimento sobre sinais de alerta relativamente a situações de maus tratos; compreender modos de atuação destes profissionais perante uma situação de maus tratos identificada.

Relativamente à metodologia da investigação, optaremos pela administração direta de um inquérito por questionário, com perguntas abertas e fechadas, aos professores de Educação Especial, aos assistentes operacionais, aos fisioterapeutas, aos terapeutas ocupacionais, aos terapeutas da fala e aos psicólogos, por serem estes os profissionais que lidam diariamente com as crianças com multideficiência.

Os resultados deste estudo permitirão aos participantes aumentar o seu conhecimento sobre os maus tratos a crianças/jovens com multideficiência, os modos de atuação perante estas situações e os sinais de alerta desta problemática.

Os incómodos decorrentes da sua participação são apenas os relacionados com o tempo despendido com o preenchimento do questionário (em média 30 minutos). A participação neste estudo não envolve quaisquer riscos a nível social, profissional ou de saúde.

A participação no estudo é voluntária e toda a informação recolhida é confidencial. Terá tempo disponível para refletir sobre o pedido de participação, podendo pedir as opiniões que achar convenientes. Os participantes podem interromper a sua participação no estudo a qualquer momento.

Para quaisquer informações adicionais, poderá contactar a investigadora pelo telemóvel 937451494 ou através do email ribeiro.susi@gmail.com.

ANEXO 5 – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo:

**A percepção de profissionais que intervêm com crianças e jovens com
multideficiência face à problemática dos maus tratos**

Eu, abaixo-assinado, _____,

declaro ter compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 201__

Assinatura do participante: _____

O Investigador responsável:

Nome: Susana Raquel Silva Ribeiro

Assinatura:

ANEXO 6 – Guião orientador da análise de conteúdo das perguntas abertas

Sujeitos	2.3. Assinale com um x o contexto onde considera ocorrerem mais frequentemente situações de maus tratos a crianças/jovens com multideficiência. Por favor justifique a sua resposta.					
	Casa	Escola	Rua	Outro	Justificação	Ideias-chave
S4	xxx	xxx	xxx		xxx	
S5	1				"Uma vez que estas crianças passam muito tempo em casa e muitas vezes a família não está preparada."	Casa: - Muito tempo em casa. - Família não preparada
S6	1				"Ocorre quase sempre por quem conhece melhor a criança."	Casa: - Conhecem melhor a criança.
S7	1				"É normalmente frequente ocorrerem por quem é mais próximo das vítimas."	Casa: - Mais próximos da criança
S8	1				"As situações de maus tratos ocorrem, com maior frequência, por aqueles que estão mais próximos e conhecem melhor as crianças."	Casa: - Conhecem melhor a criança - Mais próximos da criança
S12	1		1		"Não consigo diferenciar a gravidade entre estes três contextos. Os maus tratos são gravíssimos em qualquer um dos contextos acima descritos."	Casa e rua: Ambos graves
S13	1			Instituições não qualificadas	"A falta de orientação, ajuda e formação, por vezes, está na origem."	Casa/ instituições não qualificadas: - Falta de orientação, formação e ajuda
S15	1	1			"Em casa porque muitas das vezes as famílias começam a ficar saturadas da situação e acabam por tomar estas atitudes, mais drásticas. Infelizmente, na escola, para que não deem muito trabalho."	Casa: - Famílias saturadas Escolas:- Para não dar trabalho
S16	1				"É um local mais íntimo onde nem sempre existem outras pessoas que podem alertar a situação."	Casa: - Local menos exposto
S17	1				"Em casa as crianças encontram-se mais distantes do olhar de toda a comunidade"	Casa: - local menos exposto
S19	1				"Da minha experiência de 29 anos a trabalhar na educação especial o que tenho assistido mais são os maus tratos em casa e por vezes tão bem disfarçados que nos custam a acreditar e são por vezes os mais violentos"	Casa: - Mais frequente de acordo com experiência profissional
S38	1				"Considereei a hipótese casa porque a negação da problemática de um filho pode ser talvez uma das maiores violências que se pode fazer a um filho. A negligência a ignorar os problemas, penso que a sociedade em geral e a escola, já estão mais sensibilizadas."	Casa: - Não aceitar a problemática do filho. - ignorar os problemas, Sociedade/ escola: +sensibilizados
S41	1				"É um meio mais escondido e restrito"	Casa: - Local menos exposto
S42	1				xxx	Casa: xxx
S44	1				xxx	Casa: xxx
S45	1				"Não querendo afirmar e concluir nomeadamente o local, mas sendo ou estando presente o défice de formação e informação na maior parte dos casos para atuar da melhor forma"	Casa: - Falta de formação e informação
S49	1				"A nossa prática pedagógica permite-nos concluir que é em casa que os maus-tratos/negligência ocorrem com maior frequência"	Casa: - Mais frequente de acordo com experiência profissional
S50	1				"Quando estão inseridos em famílias sem estrutura, estas acabam por exercer sobre os próprios familiares maus tratos"	Casa: - Famílias destruídas

Legenda:

xxx	- Não respondeu
	- Mais do que uma resposta

ANEXO 7 - Tabela organizadora da análise da informação por categoria

Sujeitos	DIMENSÃO: Percepções sobre maus tratos a crianças/jovens com multideficiência CATEGORIA: Fatores de risco associados aos maus tratos	
	Unidades de registo	Ideias-chave
S20	1 - "Crianças institucionalizadas expostas a comportamentos desadequados" 2 - "crianças expostas a situações de violência doméstica."	Fatores de nível individual: <u>Caraterísticas dos cuidadores</u> Baixo nível sócio económico:12 Toxicod dependência:2 Perturbação/debilidade mental:5 Desgaste emocional:4 Alcoolismo:3 Desemprego:1 Elevado nível de expectativas:1 Falta de formação/informação:8 Perpetuação dos abusos de que foram vítimas:1 <u>Caraterísticas da criança</u> Crianças expostas a violência:4 Não aceitação da problemática da criança:3 Criança com dificuldades em se defender e comunicar:3 Fatores de nível relacional: Exclusão e marginalização:1 famílias desestruturadas:1 Isolamento:1
S21	1-"Nível socio-económico baixo" 2-"toxicod dependências" 3-"perturbações mentais" 4-"debilidade mental" 3-"violência doméstica" 1-"exclusão e marginalização"	
S22	4-"Violência doméstica" 5- "desgaste emocional" 6-"alcoolismo" 7-"desemprego" 8-"situação socioeconómica desfavorável" 9-"elevado nível de expectativas" 5-dificuldade em lidar com o facto da criança/jovem se multideficiente"	
S23	10- "Dificuldades económicas dos cuidadores" 11-"distúrbios psicológicos" 12"consumo de drogas por parte dos cuidadores" 6-"não aceitação da condição do próprio filho"	
S24	13-"Falta de informação"	
S25	14-"Baixo estatuto socio económico" 2-"famílias destruturadas"	
S26	15-"Nível socio-económico" 16-"estado emocional"	
S27	17-"habilitações"	
S28	18-"Nível socio-económico baixo" 19-"falta de informação/educação"	
S29	20-"Nível sócio-económico" 21-"formação académica" 22-"estado emocional"	
S30	7-"não verbalizarem ou não comunicarem" 8-"não serem capazes de se defenderem"	
S31	23-"Nível sócio-económico baixo" 24-"baixo grau de escolaridade"	
S32	25-"Alcoolismo ou outras adições" 26-"baixo nível cultural"	
S33	27-"baixo nível sócio-económico"	
S34	3-"isolamento"	
S39	28-"As classes sócio-culturais baixas" 29-"má informação ou baixa escolaridade"	
S40	9- "frustração por ter um filho com multideficiência" 30-"condições socio-económicas desfavoráveis" 31- "alcoolismo"	
S46	32-"Desequilíbrios psíquicos" 33-"perpetuação dos abusos a que foram sujeitos em crianças" 34-"limitações cognitivas"	
S47	10-"A ausência de uma forma verbal de comunicação por parte da criança" 35-"situação económica da família" 36-"debilidade psicológica dos familiares que coabitam com a criança" 37-"o nível de educação dos cuidadores"	